

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL CON ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES
DE AFRONTAMIENTO PARA MUJERES MASTECTOMIZADAS.**

**TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO
Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

**LORETO MARCHANT RAMÍREZ
ELDA VELÁSQUEZ VILLARROEL**

**PROFESOR PATROCINANTE
FRANCISCO UGALDE BILBAO**

VALPARAÍSO, CHILE

1997

CONTENIDOS

	Pág.
Indice de Tablas	i
Indice de Figuras	ii
Resumen	iii
ANTECEDENTES CONCEPTUALES	1
Psicología de la salud	1
Cáncer	3
Cáncer de mama	5
Epidemiología	5
Diagnóstico	5
Clasificación	6
Factores de riesgo	8
Tratamiento	9
Estrés	11
Afrontamiento	13
Taxonomía	14
ANTECEDENTES EMPÍRICOS	16
Investigaciones en Psicología Oncológica	16
Relación estrés cáncer	19
Estrategias de Afrontamiento	23
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	26
Definición conceptual de variables	27

Sistema de hipótesis	29
MÉTODO	30
Participantes	30
Escenario	31
Materiales	32
Intervención Cognitivo-Conductual	33
Recolección de datos	36
Diseño experimental	40
RESULTADOS	42
Características de los pacientes	42
Análisis de datos	43
DISCUSIÓN	46
Sugerencias y Recomendaciones	51
REFERENCIAS	
APENDICES	
Apéndice A : Protocolo de tratamiento médico.	
Apéndice B : Protocolo de terapia cognitivo-conductual con habilidades de afrontamiento para mujeres mastectomizadas.	
Apéndice C : Instrumentos de medición.	
Apéndice D : Texto guía para la relajación con visualización de imágenes.	
Apéndice E : Manual instructivo de autocuidado para mujeres con cáncer de mama.	
Apéndice F : Resúmenes estadísticos.	

LISTA DE TABLAS

Tabla	Pág
Tabla 1 : Clasificación TNM para el cáncer de mama.	7
Tabla 2 : Características médicas y demográficas de los pacientes.	44

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Pág.
Figura 1 : Promedios de respuestas al cuestionario de estilos de afrontamiento, en el pre y post test.	43
Figura 2 : Promedios de respuestas al cuestionario de estilos de afrontamiento, en el pre y post test.	44
Figura 3 : Valores promedios de índice de adaptación a la enfermedad, en el pre y post test.	45
Figura 4 : Promedios de respuestas correctas al cuestionario de información, en el pre y post test.	45

**Dedicamos este trabajo a nuestras
queridas pacientes, quienes inspiraron
y fueron el motor de nuestros esfuerzos.**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, especialmente al Dr. Guillermo Merino, jefe de cátedra de oncología y la Dra. Erika Pérez, profesora informante, por hacer posible la ejecución de este proyecto.

Agradecemos al Ps. Ph. D. Francisco Ugalde B., profesor patrocinante de esta tesis, por su abnegada dedicación y apoyo.

Finalmente, agradecemos a Patricia, Jeanette e Ivonne, por su disposición a colaborar con nuestro trabajo.

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo el diseño, aplicación y evaluación de un protocolo de terapia cognitivo conductual con entrenamiento en habilidades de afrontamiento para pacientes mastectomizadas. Se usó un diseño experimental simple con un grupo experimental y un grupo control y mediciones antes y después del tratamiento. Las variables evaluadas fueron: estilos de afrontamiento, respuesta al estrés, adaptación a la enfermedad e información manejada acerca de la enfermedad y el autocuidado. Se trabajó con una muestra de 22 pacientes quienes fueron asignados aleatoriamente a la condición de grupo experimental o grupo control. Las pacientes del primero asistieron a 10 sesiones de terapia individual efectuadas por dos terapeutas egresadas de la carrera de psicología. El protocolo de tratamiento empleó provisión de información, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, fijación de metas a corto plazo y moldeamiento de estilo de afrontamiento dirigido al problema. Las pacientes del grupo control no recibieron tratamiento.

La evaluación post tratamiento evidenció que: el grupo tratado mejoró su estilo de afrontamiento a la enfermedad, disminuyó su respuesta al estrés, incrementó su adaptación a la enfermedad y la información manejada, en relación a la evaluación inicial. El grupo tratado mostró resultados superiores al grupo control en todas las variables. El grupo control no presentó variaciones con respecto a su evaluación inicial.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Psicología de la Salud

La antigua percepción dicotomizadora de la persona, que parcelaba su estudio en mente y cuerpo, sentó las bases para una medicina físico-biológica que excluía otros aspectos. Actualmente, distintas disciplinas científicas y profesionales integran sus aportes para una conceptualización de la persona, la salud y la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial (Engel, 1977).

A partir de la década de los setenta inicia su desarrollo la medicina conductual, vinculada en sus inicios a la aplicación de técnicas de biofeedback (Buceta y Bueno, 1990). Se le ha definido como:

"un campo interdisciplinario que integra el desarrollo de las ciencias de la conducta y las biomédicas relevantes a la salud y enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, p. 250).

Nacida al alero de los principios y técnicas de la terapia del comportamiento, se ha traducido en el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, entrenamiento y tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica. Las investigaciones en este sentido, contribuyen al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada a trastornos médicos (Buela-Casal y Caballo, 1991).

Simultáneamente, la psicología de la salud también realiza un importante aporte al desarrollo de la perspectiva psicosocial. Esta última se ha definido como:

"el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantención de la salud, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones

relacionadas, la prevención y tratamiento de enfermedades y para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud (Matarazzo, 1982, p.4).

Desde este enfoque se conceptualiza la salud como un todo, en que los factores fisicoquímicos y psicosociales representan aspectos igualmente significativos, y a la enfermedad como el resultado de la interacción entre factores ambientales, psicológicos y biológicos (Di Matteo y Friedman, 1977; Engel, 1977; Buceta, 1990).

Se visualiza al individuo como un agente activo que interactúa con el medio a través de sus conductas, y son éstas las que pueden tomar diversas direcciones, orientándose hacia la salud, bienestar, prevención de enfermedades y autocuidado o hacia la enfermedad y la disfunción. De este modo el comportamiento de las personas puede tener efectos tanto o más perniciosos para su salud que el proceso de envejecimiento o la invasión de microbios (Millon, 1982; cit. Montecinos y García, 1986).

En este contexto, se definen las llamadas alteraciones biopsicosociales, las que se refieren a anomalías de la salud en las que, de alguna forma parece intervenir el comportamiento humano y el medio social en que el hombre se desenvuelve (Buceta y Bueno, 1990).

En la misma línea, Buceta y Bueno (1990) señalan que los factores psicosociales de riesgo se agruparían en cuatro bloques: (a) alteraciones de la salud, como hipertensión y diabetes, que se verían influidas por factores psicosociales; (b) comportamientos habituales, por exceso o por defecto, poco saludables, como fumar, beber alcohol en demasía, no seguir una dieta alimenticia adecuada o no hacer ejercicio físico de manera adecuada; (c) carcinógenos ambientales relacionados en parte, como lo ha señalado Bayés (1985) con los comportamientos anteriores y otras conductas; (d) elevados niveles de estrés.

Para las alteraciones biopsicosociales la psicología de la salud propone la

manipulación de variables psicosociales relevantes, ya sea para remediar la alteración existente, como también para prevenir el estrés y, más aún, para el aumento de la propia salud con vistas a mejorar el bienestar de las personas durante sus años de vida. Los psicólogos de la salud utilizan técnicas de modificación de conducta, que contribuyen al aprendizaje o eliminación de conductas habituales, utilizándolas para intervenir sobre los estilos de vida perjudiciales para la salud (Buceta y Bueno, 1990).

Cáncer

Aspectos Generales. El cáncer es una enfermedad tan antigua como la historia de la humanidad. Culturalmente se la ha percibido como una entidad patológica incurable, con toda la problemática de una enfermedad crónica, percibida como mutilante, deformante y con profundas alteraciones en la vida de los pacientes en ámbitos sexual, laboral, social y económico.

De acuerdo a la información de la OMS (1994), cada año se diagnostican 6.000.000 de casos nuevos de cáncer en el mundo y 4.000.000 de personas mueren en el mundo a causa de esta enfermedad. Una de cada cinco personas muere de cáncer en los países desarrollados, esperándose que para el año 2.000 el número de fallecimientos a nivel mundial se eleve a ocho millones. La tasa de mortalidad por cáncer se ha elevado en un 20% los últimos 30 años (American Cancer Society, 1994).

Con la denominación cáncer se agrupan una variada gama de afecciones que se caracterizan por una multiplicación anárquica de células, con tendencia invasora sin etiología precisada, de tipo maligno (Armijo, 1986). Es importante considerar que no sólo se trata de una entidad clínica, sino de más de 200 variedades de crecimiento anormal, que dan lugar a tumores. Si las células se multiplican a una velocidad mayor que el porcentaje de muerte de éstas, entonces se habla de neoplasia, pero si en su crecimiento sobrepasan su terreno histológico, el tumor tiene características de

maligno. Este tipo de neoplasia agrupa numerosas enfermedades, de diversos órganos y tejidos, que tienen en común los siguientes factores:

- Anaplasia y diferenciación : Se trata de un clon celular que se desentiende de los mecanismos de regulación celular e inicia un proceso de crecimiento el cuál es ajeno a la morfología, determinismo y arquitectura del resto del organismo.
- Autonomía : Multiplicación celular sin regulación.
- Tendencia a la invasión y metástasis a distancia.
- Origen : Se origina de una célula normal hereditariamente modificada.
- Reacciones : En el organismo las reacciones generadas son de tipo antígeno.
- Dirección del proceso neoplásico : Localizaciones determinadas de tipo primario.

Además de las características antes mencionadas, la proliferación de las células tienen en común las siguientes fases:

1. Fase de inducción. Agentes producen estados de neoplasia incipiente en la célula.
2. Fase in situ. Una vez que se produce la inducción de la neoplasia, es necesario la acción de otros factores que determinan la proporción del proceso maligno. Como por ejemplo, el crecimiento y posterior diseminación del tumor. Los agentes pueden ser los mismos que dan origen a la fase de inducción.
3. Fase de diseminación. Si algunos grupos de células malignas penetran en los vasos sanguíneos o linfáticos y por estas vías llegan a órganos lejanos, donde se multiplican formando más poblaciones celulares denominadas metástasis. Es posible que en ocasiones las metástasis comiencen al mismo tiempo que la fase de invasión.

Si bien, con lo anteriormente expuesto podemos identificar ciertas características comunes en la presentación del cáncer, existen notables diferencias de acuerdo al tipo de cáncer, en relación a los índices identificados en ambos sexos y en distintos países.

Cáncer de Mama

Epidemiología. El cáncer de mama es el tercer cáncer más frecuente en el mundo (OMS, 1988). Se estima que en Chile 1 de cada 34 mujeres está expuesta a desarrollar cáncer de mama (Pabst, 1992). La tasa estandarizada de mortalidad anual es de 11,7 por cada 100.000 mujeres, siendo la primera causa de muerte en el grupo etario de 35 a 59 años y la segunda causa en los grupos restantes (MINSAL, 1995). En la región metropolitana, un 50% del cáncer de mama es diagnosticado en etapas III - IV, un 40 % en etapa II y un 10% en etapa I (MINSAL, 1987). En Valparaíso, es la primera causa de ingreso por cáncer en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Van Bühren, representando del 20 a 25% del total de éstos anualmente.

Diagnóstico: Signos y Síntomas. La manifestación más frecuente por la que consultan las mujeres, la constituye en un 70% la presencia de tumoración, la cual en la gran mayoría de los casos es descubierta por la propia paciente. Esta tumoración se identifica como una masa firme, única, no dolorosa, con márgenes poco definidos. En mujeres premenopáusicas se presentan mamas con nodularidad, en estos casos la masa se palpará diferente de los otros nódulos. Previo al desarrollo de una masa palpable, puede haber sólo una anomalía detectable a través de la mamografía. Las anomalías más frecuentes asociadas a carcinoma de la mama son microcalcificaciones polimórficas en grupos, las que difieren en tamaño y apariencia unas de otras, a menudo con configuraciones en forma de V o Y. Los síntomas menos frecuentes son: dolor en la mama; exudado por el pezón; erosión, retracción, crecimiento o prurito del pezón y endurecimiento generalizado, crecimiento o encogimiento de la mama. Los síntomas más tardíos están constituidos por fijación del tumor en la piel o fascia muscular subyacente, puede presentarse cambios en la piel y en los pezones, la piel puede estar engrosada o edematosa y semejar cáscara de naranja. También es

posible que existan alteraciones en la zona del pezón como retraimiento y umbilicación.

La presencia de ganglios linfáticos axilares o supraclaviculares palpables es un claro signo de estadios más avanzados con metástasis regionales o distantes. Éstas pueden manifestarse a través de dolores de espalda o de los huesos, ictericia o pérdida de peso.

En la primera etapa del examen físico se inspecciona la mama, siendo posible identificar variaciones anormales en el tamaño y contorno de la mama, retracciones mínimas del pezón y ligero edema, enrojecimiento o retracción de la piel, lo que constituye un signo importante. Una manifestación poco usual en el cáncer de mama es el escurrimiento del pezón, cuando ocurre generalmente es un líquido sanguinolento. Sin embargo, la mayor parte de la descarga sanguinolenta se relaciona con tumores benignos.

El diagnóstico diferencial en orden de frecuencia se realiza con: displasia mamaria (enfermedad cística de la mama), fibroadenoma, papiloma intraductal y necrosis grasa. Este diagnóstico diferencial se debe establecer mediante biopsia, por aspiración de un quiste y observando a la paciente hasta que desaparezca la tumoración en el transcurso de unas semanas.

Clasificación. Para determinar el estadio clínico de la enfermedad, se considera la extensión de ésta, lo que se evidencia por los hallazgos físicos y los estudios preoperatorios especiales.

Actualmente, el American Joint Committee on Cáncer y la International Union Against Cáncer (1988), han establecido el sistema de clasificación TNM, basado en el tamaño del tumor, compromiso de ganglios linfáticos y la presencia de metástasis. La Tabla 1 resume la clasificación TNM para el cáncer de mama, en los distintos estadios.

Tabla 1
Clasificación TNM para el cáncer de mama

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T0	N2	M0
IIIA	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4	Cualquier N	M0
IIIB	Cualquier T	N3	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1

Tamaño del tumor (T):

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

T0: Sin evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ; carcinoma intraductal; carcinoma lobular in situ, o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.

T1: 2 cm o menos en su dimensión mayor.

T2: Más de 2 cm, pero no más de 5 cm en su dimensión mayor.

T3: Más de 5 cm en su dimensión mayor.

T4: Cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la piel.

Ganglios linfáticos regionales (N):

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales, (por ejemplo se quitaron con anterioridad).

N0: No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

N1: Metástasis a ganglios linfáticos ipsolaterales móviles.

N2: Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsolaterales fijos uno con otro o a otras estructuras.

N3: Metástasis a ganglios linfáticos ipsolaterales mamarios internos.

Metástasis distantes (M):

Mx: No se puede evaluar la presencia de metástasis distante.

M0: No hay metástasis distante.

M1: Metástasis distante (incluyen metástasis a ganglios linfáticos ipsolaterales supraclaviculares).

Histológicamente, es posible identificar numerosos subtipos anatomopatológicos de cáncer de mama, los cuales se distinguen por el aspecto histológico y el patrón de crecimiento tumoral. Generalmente, el cáncer de mama surge del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande o intermedio (ductal) o del epitelio de los conductos terminales de los lobulillos (lobulillar). Puede ser invasor o in situ.

Algunas formas clínicas especiales de carcinoma de la mama son el carcinoma de Paget y el carcinoma inflamatorio. En el primero, la lesión básica la conforma un carcinoma ductal infiltrante, por lo general bien diferenciado. El epitelio del pezón se encuentra infiltrado, pero las alteraciones de éste a simple vista pueden ser mínimas y tal vez no se palpe una masa de tumor. El primer síntoma suele ser prurito o ardor en el pezón, con una erosión o ulceración superficial. El diagnóstico se establece por biopsia de la erosión.

El carcinoma inflamatorio es la forma más maligna de cáncer, aunque constituye menos del 3% de los casos. Las manifestaciones clínicas consisten en una masa de crecimiento rápido, en ocasiones dolorosa, que aumenta el tamaño de la mama. La piel que la recubre se torna eritematosa, edematosa y caliente. Con frecuencia el tumor infiltra difusamente la mama afectada. El diagnóstico se establece cuando el enrojecimiento incluye más de un tercio de la piel de la mama y la biopsia muestra invasión de los ganglios linfáticos subdérmicos.

Factores de Riesgo. Existen diversos factores de riesgo asociados a la ocurrencia de éste cáncer, dentro de los cuales podemos identificar: Factores genéticos, endocrinos y ambientales.

- **Antecedentes familiares:** el riesgo de contraer cáncer de mama es mayor en mujeres cuyas madres o hermanas han presentado cáncer de mama. Este riesgo aumenta si se presentó antes de la menopausia o fue bilateral (cáncer en ambas

mamas) y si los antecedentes se presentan en familiares de primer grado.

- Embarazo: las mujeres nulíparas y aquellas cuyo primer embarazo fue después de los 35 años, tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad.
- Menopausia: la menarquia temprana, antes de los 12 años y la menopausia natural tardía se asocian con un ligero incremento en el riesgo de desarrollar cáncer mamario.
- Factores dietéticos: se ha establecido una correlación significativa entre la incidencia de cáncer y las dietas alimenticias altas en contenido graso.
- Anticonceptivos orales: éstos no parecen incrementar el riesgo de cáncer, aunque se ha comprobado que la administración de estrógenos a mujeres postmenopáusicas, puede aumentar ligeramente el riesgo, pero sólo si se administra en altas dosis.

Tratamiento. El tratamiento para el cáncer de mama, como para todos los tipos de cáncer, puede ser curativo o paliativo. El primero se aconseja para los estadios I y II (ver Tabla 1); en estadio III es probable que se utilice terapéutica multimodal, aunque en la mayoría de los casos se necesite tratamiento paliativo. El tratamiento paliativo es apropiado para todas las pacientes con enfermedad en estadio IV y para todas aquellas pacientes que ya han sido tratadas previamente que desarrollan metástasis distantes o tienen cánceres locales no resecables.

Tratamiento quirúrgico: Consiste en la extirpación parcial o total de la mama (mastectomía). La cirugía también incluye el análisis o vaciamiento de los ganglios axilares. A continuación se describen sus variantes:

- Tumorectomía. Es una biopsia excisional que consiste en la extirpación de un nódulo en forma completa, dejando solamente un pequeño margen de tejido mamario sano, sin efectuar biopsia contemporánea de los bordes quirúrgicos.

- Tumorectomía ampliada. Igual a la anterior, pero implica además bordes quirúrgicos seguros, aunque sin extirpación de la piel.
- Cuadrantectomía. Tipo de mastectomía parcial en la que se extirpa el territorio glandular con sus conductos excretores hasta los galactóforos principales.
- Mastectomía parcial. Es la extirpación de un tumor en cubo, dejando un margen de tejido mamario sano de 1 cm. y efectuando estudio histológico contemporáneo de los bordes quirúrgicos.
- Disección axilar. Nivel I y II. Corresponde a la extirpación de todos los linfonodos encontrados en la masa axilar.
- Disección axilar Nivel III. Incluye todo lo que está detrás del borde lateral del pectoral menor en profundidad.
- Mastectomía simple o total. Se extirpa la glándula mamaria en forma completa.
- Mastectomía simple extendida. Se extirpa la mama completa y el contenido axilar del nivel I, en continuidad con ésta.
- Mastectomía radical modificada. Se extirpa la mama completa y el contenido axilar de los niveles I y II o I, II y III, en continuidad con ésta, conservando músculos pectorales.
- Mastectomía radical. Se extirpa la mama, el contenido axilar de los niveles I, II y III, y los músculos pectorales mayor y menor.
- Mastectomía radical extendida. Se extirpa la mama, el contenido axilar de los niveles I, II y III, músculos pectorales y los linfonodos de la cadena mamaria interna.
- Biopsia de piel en cáncer inflamatorio. Se extirpa un lozanjo de piel de 1x3 cm. y cuya profundidad incluye a todo el espesor de la piel.

Radioterapia: Terapia utilizada sola o asociada a cirugía, utilizada como tratamiento curativo y /o paliativo. Se aconseja como tratamiento paliativo para cánceres localmente avanzados con metástasis distantes, a fin de controlar la ulceración, el

dolor y las otras manifestaciones en la mama y ganglios regionales.

Quimioterapia: Se considera también como tratamiento curativo o paliativo e incluso como tratamiento profiláctico. Suele utilizarse una combinación de diferentes fármacos.

Hormonoterapia: Terapia utilizada en forma paliativa o curativa en distintas etapas del cáncer. La administración de hormonas, tiene mayor éxito en mujeres postmenopáusicas.

Tratamiento psicológico: El objetivo fundamental del tratamiento, desde el punto de vista psicológico, es la adaptación del paciente y su entorno al cáncer, intentando mantener la carga emocional a niveles favorables que permitan hacer frente al diagnóstico y tratamiento (Estape y Burgos, 1991). Por ello son necesarias las intervenciones de tipo psicológico en aquellas fases de la enfermedad durante las cuales se genera alto estrés, como al momento del diagnóstico, o en la progresión de la enfermedad. Para ello, habitualmente se utiliza psicoterapia de apoyo, entrega de información y consejería en la adaptación a las crisis.

Para mayor abundamiento respecto a las pautas específicas de tratamiento, el Apéndice A contiene el protocolo de tratamiento utilizado en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, según el cual las pacientes con cáncer de mama son atendidas.

Estrés

En 1936, Hans Selye comenzó a utilizar el término "stress" (traducido al español como estrés), definiendo con él un conjunto de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación (Selye, 1954). Un aspecto fundamental en este concepto fue el precisar que el estrés no era una demanda ambiental (estímulo estresor), sino un grupo de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda. Posteriormente, Selye

comentó que en lugar de haber elegido la palabra "stress" debió utilizar el término "strain", que significa forzar o violentar, lo que resulta más consistente con lo que pretendía señalar (Selye, 1954).

Desde que Hans Selye desarrolla su planteamiento, los investigadores han definido estrés por lo menos de tres formas distintas: como estímulo, como respuesta y como la interacción estímulo-respuesta.

Considerado como estímulo, el estudio del estrés está dirigido sobre los estímulos estresores que precisan algún tipo de respuesta adaptativa del organismo; en síntesis, significa cualquier fuerza que actúa sobre una persona. La definición de estrés como respuesta, está más asociada a forzar o violentar, y se refiere a la reacción del organismo ante el estímulo. Finalmente, si se define en términos de relación estímulo-respuesta, se hace referencia a la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo (Omar, 1994).

En 1980, Lazarus y Folkman desarrollan un modelo a partir del cual proveen las bases teóricas de las relaciones existentes entre estresores, estrés y efectos adaptativos, definiendo al estrés como sigue:

" El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante a sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1986).

A partir del planteamiento sugerido por Lazarus y Folkman (1980), se considera que el estrés no está solamente determinado por la naturaleza de un estímulo ni por las características de una persona sino por la interacción entre la evaluación que del estímulo hace la persona y las demandas del estímulo sobre ésta. De acuerdo a este modelo el estrés consta de tres procesos: (a) la evaluación primaria es el proceso de percibir una situación como amenazante, desde la perspectiva de la emoción y la cognición; (b) la evaluación secundaria es el proceso de elaborar una respuesta a la

potencial amenaza; esta evaluación está dirigida a determinar qué es lo que se puede hacer frente a la situación; (c) el afrontamiento es el proceso de ejecutar dicha respuesta (Sánchez-Cánovas, 1991).

Afrontamiento

En 1986, Lazarus y Folkman desarrollaron un modelo explicativo, que se inscribe dentro de la Teoría del Interaccionismo, a partir del cual proveen las bases teóricas para verificar las relaciones existentes entre estrés, estresores y efectos adaptativos. En su formulación, Lazarus y Folkman definen afrontamiento como:

"aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

El modelo de Lazarus y Folkman (1986) considera, por una parte, la situación específica o tipos de situaciones y por otro lado no es la situación desligada de la persona lo que interesa, sino el significado de la situación en tanto es percibida y valorada por el individuo (Sánchez-Cánovas, 1991). El modelo incluye aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del proceso de afrontamiento.

La evaluación cognitiva es definida como el proceso mediante el cual un individuo evalúa la interacción con el medio ambiente y su bienestar (evaluación primaria) y considera las posibles respuestas de afrontamiento (evaluación secundaria), para orientar de este modo las demandas psicológicas y ambientales de dicha interacción (Lazarus y Folkman, 1986). En primer lugar, una persona evalúa si un evento es relevante o no para su bienestar y si las señales lo benefician, amenazan o perjudican; en segundo lugar determina qué opciones y recursos tiene disponibles en el momento para manejar la situación, para finalmente mediatizar las relaciones entre estrés y

adaptación somática y psicológica. El tipo de afrontamiento utilizado, a menudo depende de la evaluación primaria. Cuando ocurre un desajuste entre la evaluación cognitiva y el tipo de afrontamiento se tiene como resultado una conducta desadaptada (Lazarus y Folkman, 1986).

La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de afrontamiento del sujeto. Estos desempeñan un rol crucial en la relación salud-estrés-enfermedad y constituyen características estables de la persona (sin ser un rasgo disposicional del sujeto en el sentido clásico), y del medio ambiente donde ella funciona.

Considerando que las personas responden de maneras diferentes a las situaciones amenazantes y/o estresantes de la vida, entonces tenemos a la base diversas respuestas cognitivas y conductuales que los individuos utilizan como intento para manejar el estrés. Estas respuestas son las estrategias o estilos de afrontamiento.

Taxonomía de las Estrategias de Afrontamiento

Se pueden identificar dos grandes categorías de modos o estrategias de afrontamiento: aquellas enfocadas en el problema o de aproximación, y aquellas enfocadas en la emoción o de evitación (Lazarus y Folkman, 1986).

Algunos estudiosos (Bayés, 1991; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Miller, 1995; Valderrama, Carbellido, Domínguez-Trejo, 1995) apuntan a la identificación de varias técnicas específicas de afrontamiento como: reducción de la tensión, autoreproche, búsqueda de apoyo social, distanciamiento del problema, focalización sobre lo positivo, autoaislamiento, manifestaciones de las emociones, solución activa del problema, respuestas de evitación, respuestas depresivas, cogniciones confortables. Estas clasificaciones pueden ser entendidas dentro de la clasificación más amplia señalada anteriormente.

Dentro de las formas de afrontamiento dirigidos a la emoción, se identifican procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, que incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo más pequeño lo constituyen aquellas formas enfocadas a aumentar el grado de trastorno emocional como el autorreproche o cualquier otra forma de autocastigo. Por otra parte, existen aquellas formas de afrontamiento que modifican la forma de pensar y sentir acerca de la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación cognitiva. Finalmente existen formas de afrontamiento enfocados a la emoción que no cambian directamente el significado del acontecimiento como lo hacen las reevaluaciones cognitivas, es decir en ocasiones, el significado de una interacción puede permanecer invariable aunque algunos aspectos sean ignorados o desaparezcan temporalmente los pensamientos de la persona sobre esta interacción. De igual modo, estrategias como la relajación, el uso de imaginación o buscar apoyo emocional, pueden originar reevaluaciones, pero no son reevaluaciones por sí mismas.

Las estrategias de afrontamiento dirigidos al problema generalmente se orientan a lograr la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas y a la consideración de dichas alternativas en base a su costo, beneficio, elección y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento implica un conjunto de estrategias más amplio que la resolución de problemas; es decir, la resolución de problemas considera un objetivo, un proceso analítico dirigido al entorno, mientras que el afrontamiento también incluye estrategias que hacen referencia a las cogniciones y emociones del sujeto que realiza el proceso (Lazarus y Folkman, 1986).

Ya que las estrategias de resolución de problemas enfocadas al problema dependen del problema a afrontar, ello significa que las comparaciones transituacionales de este

tipo de estrategia son más difíciles de realizar que las comparaciones transituacionales de las estrategias dirigidas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1986).

ANTECEDENTES EMPÍRICOS

Investigaciones en Psicología Oncológica

Las investigaciones en el área de la psicología de la salud actualmente focalizan su atención en aquellas enfermedades crónicas donde las conductas que adopten los sujetos son fundamentales para la mejor evolución clínica, por ejemplo: hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares, trastornos metabólicos y el cáncer. Esta última enfermedad sobresale por alcanzar altas tasas de mortalidad, llegando a ser la segunda causa de muerte en los países occidentales (OMS, 1994), y así también la segunda causa de muerte en Chile, destacándose como la primera causa de muerte en mujeres entre 15 y 44 años (Montecinos, 1986). Además, se caracteriza por ser una enfermedad muy deteriorante tanto del nivel físico como funcional del paciente, a lo que se agregan efectos del tratamiento, cirugía, radioterapia y quimioterapia, que son en sí mismos fuentes severas de estrés y discomfort.

Por todo esto, la psicología de la salud se ha interesado en la investigación del cáncer, abocándose a dos grandes áreas: por un lado estudia los síntomas, tratamientos paliativos, datos epidemiológicos y efectos colaterales; por otro lado realiza estudios orientados a lograr mejoras de la calidad de vida (Burich y Carey, 1986; Burich, Carey, Krozely y Greco, 1987).

Andersen, Anderson y De Prose (1989) realizaron un estudio prospectivo en mujeres con cáncer ginecológico temprano (cáncer de cérvix, endometrio, ovarios o vulva).

Concluyeron que el 30% de estas pacientes presentaban alteraciones en el ciclo de respuesta sexual, caracterizadas por una marcada disminución de la excitación sexual y cambios en las fases de deseo, orgasmo y resolución y proponen el uso de terapia preventiva para ellas. Posteriormente, los mismos investigadores señalan que aproximadamente el 50% de las mujeres con cáncer fueron diagnosticadas con al menos una disfunción sexual durante el primer año post tratamiento y el 30% mantuvo esta disfuncionalidad después del año.

Andersen (1992) efectuó una excelente revisión de las intervenciones psicosociales realizadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Organizó los estudios basados en el riesgo de morbilidad de los pacientes y concluyó que para los pacientes con bajo riesgo (estado 1 o 2, tratamiento único y sobrevida del 70 al 95% en 5 años), la mayoría de los estudios mostraban una ventaja en aquellos pacientes que recibieron tratamiento psicológico por sobre aquellos que no lo recibieron. A continuación se describen algunos de los estudios más significativos en esta materia.

Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (1989) investigaron los efectos de la terapia psicológica en la sobrevida de mujeres con cáncer de mama con metástasis a distancia. Trabajaron con un grupo experimental que fue sometido a psicoterapia y autohipnosis para controlar el dolor y un grupo control sin este tratamiento. Simultáneamente, ambos grupos recibían el mismo tratamiento médico. Como resultado de esta intervención, las pacientes del grupo en psicoterapia vivieron casi dos veces más que las del grupo control y además reportaron menos ansiedad, depresión y dolor que estas últimas.

Capone, Good, Westie y Jacobson (1980, cit. Andersen, 1992) trabajaron con mujeres recién diagnosticadas con cáncer ginecológico, orientándolas a expresar sentimientos y temores, y a informarse acerca de su tratamiento y sexualidad. En estas pacientes disminuyó el nivel de estrés, retomando su trabajo y actividad sexual con mayor

frecuencia que el grupo control.

Davis (1986, cit. Andersen, 1992) trabajó con mujeres con cáncer de mama asignándolas a tres condiciones: terapia conductual, tratamiento de manejo de estrés (relajación y biofeedback) y un grupo control sin tratamiento. Se evaluó los efectos de la intervención mediante una prueba de presencia de cortisol (indicador indirecto del nivel de estrés), encontrándose un nivel menor para las pacientes tratadas.

Fawzy, Cousins et al. (1990, cit. Andersen, 1992) trabajaron con pacientes recién diagnosticados de melanoma, asignándoles a condiciones de tratamiento psicológico y sin tratamiento. En el primero se enfatizó áreas como: Educación en Salud, promoviendo el autocuidado, manejo de estrés (métodos de relajación), instrucción y práctica en resolución de problemas y habilidades de afrontamiento y apoyo grupal. La evaluación a seis meses de seguimiento evidenció menos depresión, fatiga y adinamia, y sobre todo una menor alteración de los estados de ánimo para el grupo que recibió tratamiento.

Telch y Telch (1986) trabajaron con pacientes deprimidos que padecían distintos tipos de cáncer, en tres condiciones: un grupo fue instruido en habilidades de afrontamiento, otro asistió a sesiones de apoyo grupal y un tercer grupo control que no recibió tratamiento. La instrucción en habilidades de afrontamiento incluyó entrenamiento en relajación y manejo de estrés, comunicación asertiva, reestructuración cognitiva y resolución de problemas, manejo de sentimientos y planificación de actividades placenteras. Las sesiones de apoyo grupal fueron no directivas y enfatizaron la mutua expresión de sentimientos y creencias. Los resultados mostraron superioridad del grupo que recibió entrenamiento en habilidades de afrontamiento sobre el segundo. Los pacientes que recibieron apoyo grupal exhibieron una pequeña mejoría y los pacientes no tratados, evidenciaron un deterioro significativo en su ajuste psicosocial. Ciertamente las investigaciones evidencian los resultados favorables de algunos tipos

de intervención psicológica. Para Bayés (1996) es preciso un enfoque que abarque todas las dimensiones del paciente, ya que la persona que sufre no es solamente un órgano enfermo, sino que es también su soledad, su futuro y sus esperanzas, su pareja, su familia y sus hijos. Sin embargo, las intervenciones realizadas no han arrojado datos significativamente concluyentes que permitan establecer un protocolo de intervención validado, orientado a la adaptación del paciente a la enfermedad y manteniendo la carga emocional a niveles favorables que le permitan hacer frente al diagnóstico y tratamiento (Estape y Burgos, 1991).

Relación entre Estrés y Cáncer.

Bastante se ha argumentado en favor de la relación entre los estados emocionales y la salud física de las personas (Derogatis, 1986; Spiegel, Bloom, Kraemer y Gotthiel, 1989 ; Buceta 1990; Valdés y Flores, 1990; Bayés, 1991; Syrjala, Cummings y Donaldson, 1991; Andersen, 1992; Blanchard,1994; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995).

Las variaciones en el entorno de la persona, en tanto ésta las perciba como tales, suscitan cambios en su comportamiento, con el fin de adecuarse a las exigencias planteadas. Este es un proceso constante de adaptación que requiere sus esfuerzos emocional, cognitivo y conductual y de este modo, influyen en su estado físico. Desde esta perspectiva la salud es vista como un estado de normalidad (o ausencia de enfermedad) que abarca las esferas física, psicológica y social del individuo y el estrés, como un fracaso adaptativo, consistente en una excesiva activación de gran resonancia emocional (Valdés, 1983 cit. Valdés y De Flores, 1990).

En la clínica oncológica se observa fenómenos de difícil explicación desde una postura unicausal, como la regresión espontánea del cáncer en ausencia de tratamiento (Boyd, 1966) o la súbita reactivación de cánceres que habían permanecido inactivos (Miller, 1977).

Las técnicas quirúrgicas y radiológicas desarrolladas desde principios de siglo lograron detener el cáncer y aumentar las tasas de supervivencia de 1:5 a 1:3 pacientes diagnosticados. Posteriormente, la incorporación del tratamiento químico consolida y aumenta estos logros. En los últimos tiempos el incremento de dichos márgenes se ha enlentecido. En este marco surge un creciente interés de la psicología de la salud, por los procesos cancerosos.

Bayés (1991) realizó una acabada revisión de diversas investigaciones en psicología oncológica, cuyas conclusiones apuntan en favor de una relación entre el estrés y el cáncer; el estrés provocaría la activación de las glándulas adrenales, aumentando la producción de corticosteroides, lo que lleva a una involución del timo y de ganglios encargados de la producción de linfocitos. El estrés se asocia a un perjuicio del sistema inmunológico, facilitando el desarrollo de tumores cancerígenos en el organismo. Bayés concluye que los estados emocionales pueden tener influencia tanto en la génesis como en la evolución y tratamiento del cáncer. Si bien no se conoce con certeza las causas para éste, las opiniones favorecen su abordaje como un fenómeno multicausal, donde estarían confluyendo ciertas predisposiciones biológicas, la exposición a determinadas situaciones carcinógenas y un tercer elemento que explicaría el por qué entre las personas que cumplen los dos requisitos anteriores, algunas desarrollarán un cáncer y otras no.

Relacionado a lo anterior, Sklar y Anisman concluyen que:

"el estrés, como acontecimiento ambiental con profundos efectos sobre el funcionamiento fisiológico, puede influir sobre el curso de la enfermedad neoplásica. En efecto, el estrés se traduce en cambios biológicos compensatorios para hacer frente a las demandas a que se ve sometido el organismo. Sin embargo, la movilización focalizada de recursos o su potencial agotamiento incapacita en alguna medida al organismo para luchar con eficacia

con las células cancerosas. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de esos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas.” (Sklar y Anisman, 1981).

Se sabe que los estímulos productores de estrés son capaces de suscitar alteraciones en el funcionamiento del sistema inmunológico, neuroquímico, y hormonal (Valdés y De Flores, 1990; Amkraut y Solomon, 1975). Cruzado y Olivares (1995) señalan que los fallos inmunológicos se constatan con mayor frecuencia ante estresores crónicos de larga duración, asociados a relaciones interpersonales que suscitan con mayor probabilidad depresión e indefensión ante los cuales la respuesta psicofisiológica coincide con la activación del eje hipofisiario corticoadrenal.

Flórez y Ardila (1981) afirman que el estado alterado de las emociones puede favorecer la aparición de carcinogénesis. Para Sklar y Anisman (1981) el funcionamiento fisiológico producido por el estrés, favorecería el cáncer. Peters y Mason (1979), en la misma línea, ya habían dicho que las reacciones neuroendocrinas al estrés modifican significativamente la iniciación, crecimiento y metástasis de los tumores experimentales y en acuerdo con esto, la necesidad de minimizar en lo posible el inevitable trauma físico y psicológico que experimentan los pacientes con cáncer durante y después del tratamiento.

Bieliauskas (1983. cit. Bayés, 1991) afirma que determinadas variables psicológicas, en especial la carencia de estrategias adecuadas para enfrentar las situaciones de estrés, se encuentran asociadas a la incidencia del cáncer. De aquí surge la importancia de adiestrar al sujeto en riesgo, en el enfrentamiento con estrategias adecuadas para reducir el posible perjuicio a su salud. Con esto podría reducirse las probabilidades de hacer un cáncer o disminuir un ciclo precanceroso en marcha.

Pruyn (1983; cit. Bayés, 1991) agrega que la vulnerabilidad de un paciente con cáncer

está muy relacionada con la cantidad de medios que dispone para hacer frente al estrés que produce la enfermedad, de la calidad y adecuación de dichos medios, en cuanto a su eficacia y de la intensidad y habilidad con que él haga uso de los mismos.

Otro enfoque de la relación entre el estrés y el cáncer señala las influencias del estrés sobre esta enfermedad a través de las alteraciones conductuales asociadas a la ansiedad. Para Cruzado y Olivares (1995), el estrés puede ser un factor determinante en el inicio o curso del cáncer por su interferencia con hábitos de conducta saludables, ya que bajo los efectos del estrés algunas personas evidencian conductas desadaptativas como fumar, beber, patrones de alimentación inadecuados, trastornos del sueño o abandono del ejercicio físico regular.

El objetivo fundamental desde el punto de vista psicológico, es la adaptación del paciente y su entorno al cáncer e intentar mantener la carga emocional a niveles favorables que permitan hacer frente al diagnóstico y tratamiento (Estape y Burgos, 1991). Por ello se vuelve necesario una intervención psicológica en aquellas fases en las cuales se genera alto estrés, como al momento del diagnóstico o en la progresión de la enfermedad. Habitualmente se utiliza psicoterapia de apoyo, información y ayuda en la adaptación a las crisis.

Dentro de las intervenciones psicológicas, las de tipo conductual han hecho especial énfasis en los procesos de autorregulación favoreciendo con ello un mayor control personal. Otras técnicas conductuales utilizadas son la desensibilización y la distracción, que favorecen el manejo de las náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia y las reacciones fóbicas que se generan ante procedimientos específicos.

En relación a lo descrito en las secciones precedentes es evidente que el cáncer desborda a la biología y esto entrega una posibilidad invaluable a la psicología para aportar en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por la

enfermedad, incorporando aquellos estilos conductuales, cognitivos y emocionales que favorezcan la superación de la crisis que implica la enfermedad.

Estrategias de Afrontamiento ante el Impacto Psicológico del Cáncer

El diagnóstico y tratamiento médico del cáncer produce en el paciente un gran impacto emocional y psicológico, cuya intensidad, duración y consecuencias pueden influirse, en un sentido positivo o negativo, por el tipo de estrategia de afrontamiento, grado de eficacia o ineficacia y percepción subjetiva de control que muestran los sujetos en esta situación. Ferrero, Toledo y Barreto (1995) afirman que la quimioterapia no da lugar a un malestar psicológico añadido al derivado del mero diagnóstico, es decir, que la concurrencia de dos estresores (el diagnóstico y el tratamiento) no tendría un efecto sumativo. En este sentido Lazarus y Folkman (1984) proponen que la concurrencia simultánea de un estresor extremadamente estresante con otro evaluado como menos dañino, propicia que este último sea considerado de menor relevancia.

Las demandas que impone la enfermedad al paciente oncológico son variadas: el cáncer trae consigo dolor, posible desfiguración, hospitalización, incertidumbre sobre la salud, incapacidad para cuidar a la familia, pérdida de la función sexual (Andersen, Anderson y De Prose, 1989; Cooper, 1986), tratamientos médicos invasivos que imponen cambios en las pautas de actividad, en los hábitos de la vida diaria y en las percepciones de sí mismo (Valderrama, Carbellido y Domínguez-Trejo, 1995). Además, las consecuencias que el curso de la enfermedad y el tratamiento tienen sobre la persona, específicamente en el estado físico y anímico, conllevan también la disminución de su función productiva, lo que se traduce en problemas económicos, alteración de su entorno social, relaciones interpersonales y familiares, y

consecuentemente, cambios en la percepción de sí e incertidumbre acerca del futuro (Bayés, 1991; Middleton, 1992; Valderrama, Carbellido y Domínguez-Trejo, 1995).

Lazarus (1975 cit. Lazarus, 1986) explica que la reacción de estrés se produce cuando el sujeto juzga como "amenazador" algún elemento de su situación presente y este estímulo se interpreta como una señal de peligro. En este contexto, la situación estresante se presentaría para el sujeto con las siguientes características: (a) incertidumbre, debida a la falta de información acerca de su enfermedad, lo que le imposibilita para hacer predicciones al respecto; (b) pérdida de control, sentimientos de indefensión o incapacidad de influir sobre los acontecimientos; (c) amenazas a la autoestima, las que pueden proceder de cambios en el propio cuerpo (como en la mastectomía, por ejemplo), del temor a no poder continuar con sus actividades laborales, problemas en el ámbito sexual, etc.

Senesku (1963; cit. Bayés, 1991) ha explicado la necesidad de apoyo psicológico al paciente con cáncer, especialmente si éste se encuentra en las siguientes circunstancias: si sus reacciones emocionales le impiden buscar tratamiento, cooperar con él o interfieren en él; si las mismas perturban sus actividades e interacciones cotidianas; si éstas provocan un comportamiento que aumente el malestar o dolor causado por la enfermedad; o si se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales.

Beisman (1980; cit. Bayés, 1991) evaluó el índice de vulnerabilidad a la enfermedad post diagnóstico y explica su relación inversa con el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces. Concluye que los pacientes que usan estrategias eficaces de afrontamiento, muestran una gama más amplia de respuestas disponibles, tienden a clarificar y redefinir los problemas y a adoptar una postura más activa ante la enfermedad. Greer, Morris y Pettingale (1979), evaluaron la relación entre el estatus psicológico y la sobrevida en pacientes con cáncer de mama, concluyendo que

aquellas personas que enfrentaban la enfermedad con lo que llamaron “negación” o “espíritu de lucha”, evidenciaban una tasa de supervivencia mayor que quienes lo hacían con la llamada “aceptación estoica” o “desayuda-deseesperanza”. Middleton, Rivas, Saavedra, Ducaud y Saint-Jean (1983) afirman que de esta postura activa y de la percepción subjetiva del control, dependerá en gran medida la evolución del cuadro, la calidad de vida llevada por el paciente, e incluso sus perspectivas de supervivencia.

En cuanto a la relación entre la incertidumbre debida a la falta de información y el estrés asociado al cáncer, Miller (1995) concluye que los pacientes responderán mejor (psicológica, fisiológica y conductualmente) cuando la información que reciben sobre su condición médica es tolerada por su propio estilo de afrontamiento. Al respecto Cruzado y Olivares (1995), concluyen que la información del diagnóstico y tratamiento a seguir puede hacer sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente, pero a mediano y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso; la ausencia de información puede producir una mejor adaptación, pero sólo a corto plazo. Si bien, la entrega de información puede conducir a un aumento de la ansiedad, este efecto se contrarresta con un adecuado entrenamiento de estrategias para afrontar los problemas originados por la enfermedad.

Las personas utilizan diferentes estrategias para reducir los efectos negativos de una reacción de estrés; algunos tratan de buscar soluciones racionales al problema, mientras que otros responden en forma más emotiva. Para Bayés (1991) las estrategias más usadas son:

Buscar información. Puede ir desde la búsqueda de datos bibliográficos hasta el conversar con otros sujetos que padezcan la enfermedad. Ayuda a reducir la incertidumbre.

Buscar apoyo y confortación. Procura la disminución de sentimientos negativos y el

aumento de la sensación de control sobre la situación.

Atribución. Consiste en atribuir los efectos negativos a causas concretas, como al comportamiento propio o al de otros. Ayuda a disminuir la incertidumbre y a aumentar la percepción de control.

Evitar confrontaciones. Actitud pasiva y distante, rechazo a reflexionar o sentirse implicado en la situación. Se trata de evitar sentimientos negativos y proteger la autoestima.

Afrontamiento activo. Postura activa para encontrar soluciones a los problemas. Busca alternativas racionales, intentando controlar la situación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A partir de la literatura revisada en torno al problema del cáncer y su vinculación a los aspectos psicológicos del paciente, surge la necesidad de sistematizar una intervención terapéutica orientada por una visión integral del paciente oncológico y enmarcada como intervención psicológica coadyuvante al tratamiento médico.

Dicha intervención encuentra lugar en la relación "estrés-cáncer", es decir, en cómo el estrés asociado al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hace más vulnerables a los pacientes y esto deteriora su ajuste a la enfermedad. En este sentido, parece necesario proponer una intervención tendiente a disminuir dicho estrés a través del entrenamiento de estilos de afrontamiento adaptativos a la situación del paciente, factor que, en razón de dicha disminución, propicie una evolución tendiente a una mejor adaptación del paciente a la enfermedad.

Para llevar a cabo la intervención propuesta se ha elegido como marco teórico el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). En este contexto, se pretende

aplicar un conjunto de técnicas de la terapia cognitivo-conductual, con énfasis en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento al estrés asociado al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en pacientes mastectomizadas.

El propósito de la presente investigación fue diseñar y evaluar una estrategia de tratamiento cognitivo conductual destinada a pacientes post mastectomía. La investigación se propuso los siguientes objetivos generales: a) orientar al paciente en el aprovechamiento de sus recursos para desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento al estrés asociado a la enfermedad, así como para ser hábil y constante en su aplicación; b) dar al paciente la información que sea adecuada en cantidad y calidad, de modo que le permita incrementar la sensación subjetiva de control sobre su enfermedad; y c) practicar técnicas de regulación emocional que colaboren en la disminución de las respuestas psicofisiológicas negativas asociadas al estrés. Todo lo anterior se tradujo en los siguientes objetivos específicos:

1. Desarrollar en las pacientes un estilo de afrontamiento dirigido al problema
2. Disminuir la respuesta al estrés asociado al cáncer
3. Mejorar en las pacientes la adaptación a la enfermedad (calidad de vida)
4. Incrementar en las pacientes el nivel de información acerca de la enfermedad y las conductas de autocuidado.

Definición Conceptual de Variables

V. I. : Terapia conductual cognitiva con entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Al enfatizar la modificabilidad de los estilos de afrontamiento, se alude a las constantes evaluaciones y reevaluaciones que el sujeto hace de su situación en relación con el entorno, las cuales posibilitan su posterior ajuste a los cambios

emergentes, a través de variaciones en sus propias estrategias de afrontamiento. Estas últimas pueden resultar de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a modificar el entorno o la percepción subjetiva que el sujeto hace del mismo, mejorando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión.

Pueden ocurrir además cambios en el entorno, independientes del sujeto o sus esfuerzos adaptativos. Al margen del origen del cambio, cualquier modificación en la relación individuo-entorno motiva una evaluación de lo que está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. Este proceso será determinante para el afrontamiento posterior.

Las investigaciones recientes concluyen que los estilos de afrontamiento dirigidos al problema se asocian significativamente con un mayor grado de adaptación a la enfermedad y con menor estrés psicológico. Por el contrario, los estilos de afrontamiento evitativos (fatalismo, preocupación ansiosa, negación) se asociaron a una menor adaptación a la enfermedad y mayor estrés psicológico.

V. D₁ : Estilos de afrontamiento dirigidos al problema.

Los estilos de afrontamiento dirigidos al problema se orientan a la definición de éste, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a sus costos y beneficios y a su elección y aplicación. Engloban una serie de estrategias cuyo objetivo se expresa en un proceso analítico enfocado tanto en el entorno como en las cogniciones que éste suscita en el individuo.

V. D₂ : Respuesta al estrés.

En el presente estudio se consideró una definición de esta variable que conceptualiza al estrés como un fracaso adaptativo en la interacción entorno-individuo, debido a un exceso de demandas externas asociadas a la enfermedad, su diagnóstico, curso y tratamiento y que resulta en una excesiva activación, de gran resonancia emocional, adjudicando a dicho estrés una connotación perjudicial.

V. D₃ : Adaptación a la enfermedad

Se definió esta variable como el grado de ajuste que tiene lugar entre las demandas específicas que supone la enfermedad (síntomas clínicos, características y efectos de los tratamientos, perturbaciones que conlleva en las diferentes esferas de la vida cotidiana) y las respuestas emocionales y conductuales que se producen o lleva a cabo el enfermo al afrontar dicha situación .

V. D₄ : Información manejada acerca de la enfermedad y el autocuidado

Se definió como los conocimientos que las pacientes tienen acerca de: tratamiento, evolución y pronóstico de su enfermedad; medidas que deben adoptar para el cuidado de sí mismas en pro de la adaptación a la enfermedad.

Sistema de Hipótesis

En V. D 1 :

Hipótesis nula $O_3 = O_4$

Hipótesis alternativa $O_3 > O_4$

En V. D 2 :

Hipótesis nula $O_3 = O_4$

Hipótesis alternativa $O_3 < O_4$

En V. D 3 :

Hipótesis nula $O_3 = O_4$

Hipótesis alternativa $O_3 > O_4$

En V. D 4 :

Hipótesis nula $O_3 = O_4$

Hipótesis alternativa $O_3 > O_4$

MÉTODO

Participantes

Población. De las pacientes que asisten al Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Büren, perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, se identificó la población que cumplía con las siguientes características:

1. Diagnóstico de cáncer de mama en estadios II o III .
2. Mastectomía radical o mastectomía radical modificada; cirugía realizada con anterioridad de un mes hasta dos años a la fecha de iniciación de la investigación.
3. Edad entre 35 y 68 años.
4. No haber recibido tratamiento psicológico previo, según lo indicado en la ficha clínica.
5. Residencia ubicada en la Quinta Región.

Reclutamiento. Se citó a las pacientes partir de la revisión de sus fichas clínicas, protocolos de tratamiento y de los registros de asistencia a controles médicos.

Se les informó acerca de los objetivos de esta investigación, la naturaleza y alcance del tratamiento psicológico y cual sería su participación en éste. Se les solicitó por escrito su consentimiento a participar, a través de un contrato terapéutico donde se explicitaban los aspectos principales comprometidos: someterse a las mediciones antes y después de la terapia y asistir a las diez sesiones de tratamiento.

Muestra. Se seleccionaron al azar 30 pacientes de la población antes descrita, quienes fueron citadas para la evaluación inicial. A este llamado acudió un total de 23 pacientes. A partir de los resultados obtenidos en las pruebas Escala de Calidad de Vida y Cuestionario Modos de Afrontamiento, se las ordenó jerárquicamente,

aparejando aquellos puntajes similares. De cada par así obtenido, se asignó una paciente al grupo experimental y una al grupo control, con el objetivo de controlar la homogeneidad entre los grupos. Cada grupo se conformó con 11 pacientes.

Escenario

La investigación se realizó en el Servicio de Oncología del hospital Carlos Van Buren. Este hospital pertenece al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. En él se atienden diversas especialidades, organizadas en los distintos servicios del hospital. Estos servicios pueden tener carácter local (Valparaíso y Viña del Mar), regional (V Región) o suprarregional (IV y V Regiones).

El Servicio de Oncología es un centro suprarregional. Atiende todas las consultas oncológicas derivadas de la IV y V Regiones. Se ubica en un edificio anexo a las dependencias principales del hospital. Tiene una capacidad de 55 camas. Su personal está constituido por 5 médicos especialistas, 4 enfermeras, 2 tecnólogos médicos, 16 auxiliares y dos secretarías.

El Servicio de Oncología recibe un volumen de 800 a 1000 pacientes nuevos al año. Se estima que desde sus inicios, en 1948, ha atendido un total de 60000 pacientes. En este servicio se realizan tratamientos de radioterapia y quimioterapia, tanto en adultos como en niños. Se atiende pacientes ambulatorios y hospitalizados. Actualmente, se está estructurando una unidad de dolor y cuidados paliativos. Presta ayuda a la Universidad de Valparaíso en cátedras de pre y post grado en todas las carreras del área de la salud.

Las sesiones de terapia se realizaron en una sala del servicio, especialmente habilitada para este efecto, y provista con las características físicas de un escenario terapéutico estándar. Las terapeutas fueron estudiantes egresadas de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, quienes realizaron la presente

investigación como tesis de grado para optar al título de psicóloga.

Materiales

1. Cinta de audio con procedimiento de relajación para autoaplicación. Se utilizaron dos técnicas de relajación: (a) relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938), que tiene por objetivo el manejo terapéutico del estrés a través de la detección y liberación de tensión muscular; y (b) relajación con visualización de imágenes positivas. Para este último procedimiento se confeccionó un protocolo estándar basado en los criterios descritos y validados por Simonton (1978; cit. Bayés, 1991). En general, éste persigue incrementar la percepción de control del paciente sobre su enfermedad, orientándolo hacia una participación activa en su tratamiento. Las imágenes utilizadas para este objetivo representaron a las células cancerosas como débiles y factibles de ser eliminadas, al tratamiento biomédico como una ayuda curativa efectiva, al sistema inmunológico del paciente como activo, fuerte y controlador de la enfermedad y, sobre todo, al propio paciente como un organismo que se puede y se va a sanar. Se consideraron además imágenes de libre elección en torno a los propósitos, planes y metas del paciente, relacionadas con su vida a corto mediano y largo plazo.

2. Manual instructivo acerca de aspectos relevantes de autocuidado. Este fue especialmente confeccionado para pacientes mastectomizadas, que asisten a control médico. La información necesaria para esta elaboración se extrajo de la bibliografía revisada y de entrevistas efectuadas al personal médico y de enfermería del Servicio de Oncología del hospital Van Buren. Las áreas cubiertas fueron: (a) definición básica de la enfermedad; (b) breve descripción del tratamiento biomédico, enfatizando aspectos relativos a su utilización, acción, beneficios, efectos colaterales esperables y, especialmente, los cuidados que la propia paciente debe adoptar en relación a éste;

(c) medidas de autocuidado a mediano y largo plazo que favorezcan su recuperación y disminuyan las probabilidades de posteriores reapariciones de la enfermedad; (d) aspectos del tratamiento psicológico y sus beneficios esperables. Previamente a su utilización con las pacientes, este manual instructivo fue revisado y validado por los médicos del Servicio de Oncología del hospital.

3. Hojas con pauta de autorregistro. Se entregaron hojas preimpresas a las pacientes para facilitar el autorregistro, en su domicilio, de determinadas conductas, pensamientos o emociones, según lo indicado en las sesiones de terapia.

Intervención Cognitivo- Conductual

El programa de intervención cognitivo conductual estuvo conformado por las siguientes técnicas:

1. Provisión de información

Objetivos: (a) Adquisición de conocimientos básicos acerca de la enfermedad necesarios para un autocuidado y autocontrol eficientes; (b) Reducir la incertidumbre y ambigüedad acerca de situaciones relacionadas con la enfermedad y su tratamiento que puedan resultar amenazantes; (c) Aumentar la sensación subjetiva de control sobre el problema; (d) Identificar los beneficios del tratamiento psicológico, incrementar la confianza en éste y en los terapeutas, y aumentar la motivación para la participación en dicho tratamiento.

Método de trabajo: Se elaboró un manual instructivo de autocuidado, el cual fue examinado y discutido en conjunto con la paciente durante la sesión. Se le proporcionó una copia de dicho manual para su revisión y estudio, de modo que pudiera acceder a éste para consultar dudas relativas al problema.

Se le explicó a las pacientes nociones básicas relevantes acerca de la enfermedad y su relación con aspectos psicológicos, enfatizando aquellas situaciones factibles de

ser cambiadas y controladas por ella misma. También se informó a las pacientes acerca del curso y beneficios del tratamiento psicológico discutiendo en conjunto con ellas sus objetivos y metas.

El mismo manual fue entregado a las pacientes del grupo control, sin darles ninguna instrucción o sugerencia al respecto.

2. Entrenamiento en relajación

Objetivos: (a) Incrementar el autocontrol de sensaciones somáticas desagradables asociadas a la enfermedad; (b) Disminuir la ansiedad y facilitar el enfrentamiento de una situación estresante; y (c) Aumentar la sensación de tranquilidad al recuperarse de una situación difícil o aversiva.

Método de trabajo: Se enseñó a las pacientes técnicas simples de relajación para su autoaplicación posterior. Durante la sesión las terapeutas guiaron la relajación mediante instrucciones protocolarizadas. Estas se grabaron en una cinta de audio que se entregaba a la paciente para replicar la técnica en su hogar, prescribiendo su ensayo diario en un horario previamente definido, en el cual dispusiera del tiempo y espacio adecuado.

Las técnicas de relajación usadas fueron las siguientes: (a) Relajación muscular progresiva, y (b) Relajación con visualización de imágenes.

3. Reestructuración cognitiva

Objetivos: (a) Identificar supuestos e ideas centrales de la enfermedad; (b) Reconocer y evaluar creencias que están a la base de las conductas indeseadas asociadas a la enfermedad y su cuidado; (c) Elaborar y discutir explicaciones alternativas para las ideas y creencias antes mencionadas; (d) Definir el problema, buscar soluciones alternativas para su solución, evaluar éstas en base a su costo, beneficio y a su elección y aplicación; (e) Cambiar el foco de atención desde la preocupación por el estresor hacia eventos u objetos neutrales o placenteros.

Método de trabajo: A través del análisis de los diálogos intra sesión y la inspección de la información entregada por el automonitoreo de eventos cognitivos realizado por cada paciente, las terapeutas guiaban la identificación de las ideas irracionales de las pacientes acerca de la enfermedad, para luego analizarlas y discutir las con la paciente durante la sesión.

Para la modificación de estas últimas, la primera línea de cuestionamiento estuvo enfocada a buscar evidencia en pro y en contra de los pensamientos. En esta etapa se buscó toda la información que se puede recopilar en torno a las situaciones que llevaron a la paciente a tener dichas creencias.

La segunda etapa estuvo enfocada a considerar alternativas a las explicaciones existentes; se trató de buscar si existen otras interpretaciones para lo que está ocurriendo, motivando al paciente a considerar aquellas explicaciones que aceptan el cambio, ya que son aquellas que tienden a promover la persistencia y el esfuerzo. Combinando las dos anteriores líneas de trabajo, terapeutas y paciente, buscaron comprobación empírica a las alternativas planteadas.

Posteriormente se trabajó en torno a la utilidad de los pensamientos, es decir, verificar sus efectos, positivos o negativos, sobre la conducta.

4. Fijación de metas a corto plazo

Objetivos: (a) Potenciar y desarrollar conductas orientadas al autocontrol y autocuidado; (b) Implementación de modificaciones conductuales en aproximaciones sucesivas hacia los comportamientos deseados; (c) Evaluar sesión a sesión los progresos de las pacientes; (d) Facilitar la percepción de los propios logros y progresos de las pacientes durante el curso del tratamiento; (e) Aumentar el grado de compromiso de la paciente con el propio cambio conductual.

Método de trabajo: Se identificaron y discutieron con las pacientes metas conductuales sencillas y fácilmente observables. Dichas metas se programaron sucesivamente de

modo que cada una superase en complejidad a la anterior.

Cada paciente mantuvo un cuaderno de terapia, donde debía registrar los avances diarios y tareas semanales. Las terapeutas retroalimentaron positivamente a las pacientes acerca de sus progresos y reforzaron contingentemente con alabanza y demostración de interés la aparición de las conductas esperadas.

Asimismo, se planificó con las pacientes un sistema de autorrefuerzo frente a la presencia de estas conductas.

5. Modelamiento de estilo de afrontamiento dirigido al problema

Objetivos: (a) Facilitar en las pacientes conductas de acercamiento al problema, con una participación activa, manejando el estresor y asumiendo el control que le corresponde sobre su enfermedad.

Método de trabajo: Las terapeutas modelaron aquellas conductas previamente consensuadas con la paciente como orientadas a la solución de problemas. Se solicitó a las pacientes la observación de dicho modelaje para su posterior ensayo conductual durante las sesiones.

Recolección de Datos

1. Cuestionario "Modos de Afrontamiento" (CMA), (Lazarus y Folkman, 1986).

Este instrumento está constituido por 67 ítems, estructurados como afirmaciones que describen las estrategias cognitivas y conductuales que las personas usan para manejar demandas internas y/o externas en situaciones estresantes específicas. Estos ítems fueron sugeridos por varios estudios (Sidle, Moos, Adams y Kadi, 1969; Weisman y Worden, 1976, 1977; Cit. Lazarus y Folkman, 1986), así como por las investigaciones de sus autores. Ha sido aplicado y validado en investigaciones en pacientes con cáncer de mama (Manne, Sabbioni, Bovbjerg, Jacobsen, Taylor y Redd, 1994).

El análisis factorial de los modos de afrontamiento ha permitido distinguir dos factores: (a) estrategias dirigidas a la solución del problema y (b) estrategias dirigidas a la regulación emocional. El primer factor se representa en cuatro escalas o dimensiones propuestas por los autores: autocontrol (7 ítems), aceptación de la responsabilidad (4 ítems), planificación y resolución de problemas (6 ítems), y reevaluación positiva (7 ítems).

El segundo factor se representa en otras cuatro escalas o dimensiones propuestas por los autores: confrontación (6 ítems), distanciamiento (6 ítems), búsqueda de apoyo social (6 ítems), y huida-evitación (8 ítems).

Confrontación describe los intentos de cambiar la situación o tomar riesgos. Distanciamiento describe estrategias cognitivas para alejarse de la situación. Autocontrol describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos. Búsqueda de apoyo social describe los esfuerzos para obtener soporte emocional tangible. Aceptación de responsabilidad describe los esfuerzos para reconocer la propia responsabilidad que se tiene con el problema. Evitación y huida describe los esfuerzos cognitivos y conductuales para escapar o evitar. Planeamiento y resolución de problemas describe los esfuerzos para alterar o modificar la situación. Reevaluación positiva describe los esfuerzos para crear un pensamiento positivo en el cual focalizarse sobre desarrollo personal o religión.

Los ítems se puntúan en una escala tipo Lickert de cuatro puntos (0 = en absoluto, 1 = en alguna medida, 2 = bastante, 3 = en gran medida).

Para la interpretación de los puntajes se consideró la sumatoria de los puntajes por ítem en cada una de las cuatro subescalas que caracterizan un estilo de afrontamiento dirigido al problema: (a) autocontrol; (b) aceptación de la responsabilidad, (c) planificación y (d) reevaluación positiva.

2. Escala de Calidad de Vida (ECV), (Font, 1988).

Esta escala fue creada para medir calidad de vida en pacientes con cáncer. Se compone de 24 ítems análogo visuales que evalúan la alteración causada por la enfermedad en distintas áreas de la vida. Ha sido aplicada y validada en poblaciones de pacientes oncológicos (Font, 1988; Blasco y Bayés, 1992).

El cuestionario explora el período de las 24 horas previas a su aplicación, por lo tanto puede ser reaplicado. Las cuatro áreas evaluadas son: (a) síntomas somáticos; (b) deterioro de hábitos de la vida cotidiana; (c) relaciones familiares y (d) alteración psicológica.

Los ítems se puntúan haciendo una marca transversal en una línea continua de diez centímetros de longitud, en cuyos extremos se señala las dos alternativas polares que dan respuesta a la afirmación expuesta en el ítem. Para la interpretación de puntajes, cada milímetro de la línea representa un punto. Por lo tanto las respuestas se puntúan en un continuo de valores de 0 a 100, donde el puntaje más alto corresponde a la mayor alteración.

Blasco y Bayés (1992) han desarrollado una definición operacional para el concepto de adaptación a la enfermedad, como un índice que puede obtenerse de los resultados arrojados por la ECV, a partir de la relación entre los factores psicológicos (estrés) del paciente y sus síntomas somáticos, los hábitos de vida cotidiana y las relaciones familiares. A través de esta relación, los autores pretenden conocer cómo impacta el estrés asociado a la enfermedad en el funcionamiento global del individuo. Para la

validación de este planteamiento, Blasco y Bayés (1992) aplicaron la escala de Font en una población de pacientes oncológicos españoles.

El índice de adaptación (IA) se obtiene con la siguiente fórmula:

$$I.A. = \frac{\text{Síntomas} + \text{Hábitos} + \text{Relaciones Familiares}}{3 * \text{Alteración Psicológica}}$$

En este índice, el valor 1 significa adaptación aceptable y la alteración psicológica no es más alta que las disrupciones observadas en otras áreas. Valores menores que 1 evidenciarían una alteración psicológica mayor que las observadas en otras áreas y, por lo tanto, una adaptación pobre. Por último, valores más altos que 1 indicarían una buena adaptación.

3. Cuestionario de evaluación de información básica acerca del cáncer de mama y las medidas de autocuidado.

Consistió en un conjunto de 14 preguntas sencillas, elaboradas específicamente a partir del manual instructivo de autocuidado implementado en el tratamiento. Las preguntas abarcaron las siguientes áreas: definición del cáncer de mama y aspectos básicos del mismo, medidas de autocuidado, tratamiento biomédico y efectos colaterales, tratamiento psicológico. Para cada ítem del cuestionario se presentaron cuatro alternativas posibles de respuesta, y la paciente debía marcar la que le pareciera correcta. El puntaje final fue evaluado con una calificación simple de 1 a 7.

Este instrumento fue sometido a la opinión de expertos (médicos oncólogos y radioterapeutas), quienes sancionaron el contenido y forma de las preguntas.

4. Cuestionario de Ansiedad Manifiesta (MAS), (Taylor).

Esta escala evalúa síntomas de ansiedad a través de un autorreporte de manifestaciones somáticas, cognitivas y conductuales de la misma. Fue utilizada como una medición indirecta del nivel de estrés. Se compone de 23 afirmaciones, ante las cuales la persona contesta si son o no atingentes en su caso, mediante las alternativas verdadero o falso. El cuestionario fue autoaplicado con una mínima instrucción, en la que se solicitó a la paciente responder con honradez y en un plazo breve, es decir, sin profundizar en el análisis de las sentencias. Los puntajes altos indican alta ansiedad; los puntajes bajos indican baja ansiedad.

Diseño Experimental

La investigación utilizó un diseño experimental con grupo control, mediciones pre y post tratamiento (Kerlinger, 1985). Podemos representarlo gráficamente de la siguiente manera:

Grupo Experimental (R)	O ₁	X	O ₃
Grupo Control (R)	O ₂		O ₄

Donde O₁ es medición pre tratamiento al grupo experimental, y correspondió a la aplicación de los instrumentos mencionados más arriba.

O₂ es medición pre tratamiento para el grupo control, e involucró los mismos instrumentos que O₁.

X fue el tratamiento en el grupo experimental.

O₃ es medición post tratamiento para el grupo experimental, donde se reaplicaron los instrumentos usados en O₁.

O₄ es medición post en el grupo control, utilizando los mismos instrumentos.

(R) designa una asignación aleatoria al grupo.

Las pacientes de la muestra fueron evaluadas inicialmente con todos los instrumentos de medición. Posteriormente, y según los resultados obtenidos en las pruebas ECV y CMA, se las agrupó en parejas. Cada miembro de una pareja fue asignada aleatoriamente al grupo experimental o al grupo control.

El grupo experimental fue sometido a sesiones de terapia Conductual Cognitiva, con entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Esta terapia tuvo un protocolo de aplicación establecido previamente, lo que aseguró que todas las pacientes recibiesen el mismo tratamiento en sesiones individuales a cargo de dos terapeutas.

Al término de la terapia psicológica, se evaluó nuevamente a ambos grupos en todas las áreas inicialmente valoradas, con el objeto de contrastar las observaciones pre y post tratamiento.

El grupo control fue sometido sólo a las mediciones, sin ningún tipo de intervención.

RESULTADOS

Características de los Pacientes

La Tabla 2 resume las principales características demográficas y diagnósticas de los pacientes que conformaron la muestra en estudio.

Tabla N° 2.

Características médicas y demográficas de los pacientes

Identificación	Edad	Años educación	Meses postcirugía	E. civil	Tratamientos	E. actual
S1	26	12	5	Casada	Cirug, Radio,Quimio	En Control
S2	50	8	24	Casada	Cirug. y Radio.	Hormonoterapia
S3	34	17	7	Soltera	Cirug. y Radio.	En Control
S4	44	12	24	Casada	Cirug, Radio,Quimio	En Control
S5	68	4	4	Separada	Cirug. y Radio.	Radioterapia
S6	45	12	3	Separada	Cirug. y Radio.	Radioterapia
S7	44	17	8	Casada	Cirug, Radio,Quimio	Quimioterapia
S8	45	12	1	Casada	Cirug. y Radio.	Radioterapia
S9	32	12	4	Casada	Cirug, Radio,Quimio	Radioterapia
S10	42	12	8	Casada	Cirug. y Radio.	En Control
S11	52	2	8	Casada	Cirug, Radio,Hormon	Hormonoterapia
Promedio	43,81	10,9	8,7			
Desv. Est.	11,17	4,6	7,8			
S12	32	12	10	Casada	Cirug, Radio,Quimio	Quimioterapia
S13	46	12	12	Casada	Cirug, Radio,Quimio	En Control
S14	44	12	11	Casada	Cirug. y Radio.	En Control
S15	55	10	5	Viuda	Cirug. y Radio.	En Control
S16	43	6	2	Casada	Cirug. y Radio.	Radioterapia
S17	44	5	24	Separada	Cirug. y Radio.	En Control
S18	54	8	4	Viuda	Cirug. y Radio.	Radioterapia
S19	30	12	2	Soltera	Cirug, Radio,Quimio	Quimioterapia
S20	40	12	8	Casada	Cirug. y Radio.	Radioterapia
S21	51	8	18	Casada	Cirug, Radio,Quimio	En Control
S22	40	10	2	Separada	Cirug, Radio,Quimio	Quimioterapia
Promedio	43,54	9,7	8,9			
Desv. Est.	8,029	2,6	7,1			

Análisis de Datos

Los datos obtenidos para cada variable dependiente, con las evaluaciones pre y post tratamiento de los grupos experimental y control, fueron analizados mediante un análisis de varianza para diseño mixto de dos factores con replicación (Anova 2x2). El procesamiento de los datos se realizó a través del programa Microsoft EXCEL 5.0.

Se excluyeron de este análisis los datos de S11 (grupo experimental), pues no completó las diez sesiones de terapia, y los datos de S21 (grupo control), por fallecimiento de la paciente antes de la evaluación post tratamiento.

Se usó un nivel de significación (alfa) de .05 para todos los análisis estadísticos.

Estilo de afrontamiento dirigido al problema

En esta variable se observó un efecto principal significativo para el factor tratamiento, $F(1,36) = 8.03$; $p = 0.007$. La interacción también fue significativa, $F(1,36) = 6.15$; $p = 0.01$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

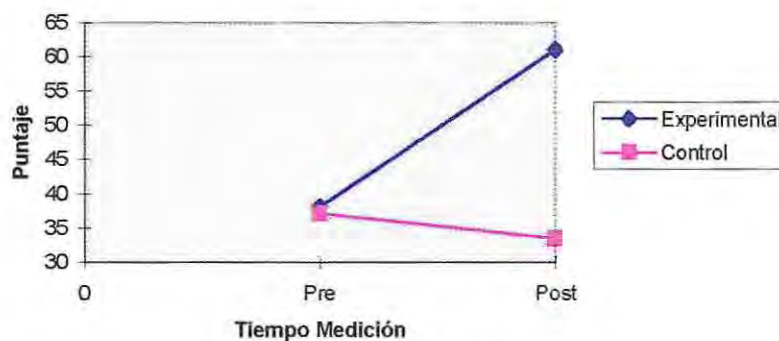


Figura 1 : Promedios de respuestas al cuestionario de estilos de afrontamiento en el pre y el post test.

Respuesta al estrés

En esta variable se evidenciaron efectos principales significativos para los factores tipo de tratamiento y tiempo de medición, $F_{s(1,36)} = 4.73$ y 37.83 ; $p_s = 0.03$, y 0.0000004 , respectivamente. Asimismo, la interacción fue significativa, $F(1,36) = 9.45$; $p = 0.004$. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula.

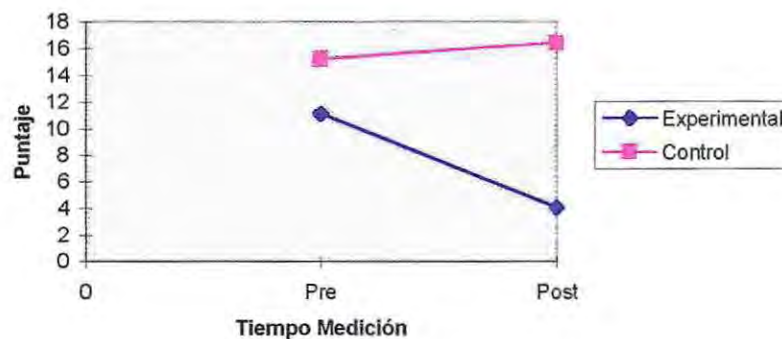


Figura 2. Promedios de respuestas al cuestionario de respuesta al estrés (MAS), en el pre y el post test.

Adaptación a la enfermedad

En esta variable se evidenciaron efectos principales significativos para los factores tipo de tratamiento y tiempo de medición, $F_{s(1,36)} = 23.48$ y 25.40 ; $p_s = 0.00002$ y 0.00001 . La interacción fue también significativa, $F(1,36) = 36.11$; $p = 0.000001$. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula.

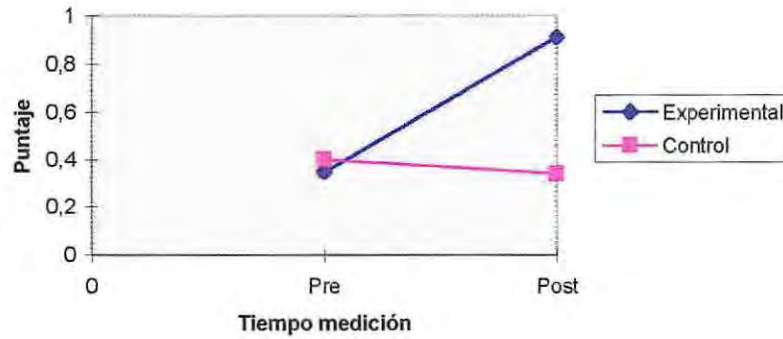


Figura 3 . Valores promedios de índice de adaptación a la enfermedad, en el pre y el post test.

Información manejada acerca de la enfermedad y el autocuidado

En esta variable se demostró un efecto principal significativo para el factor tipo de tratamiento, $F(1,36) = 12.42$; $p = 0,001$. Sin embargo, la interpretación de este efecto requiere inspeccionar el resultado asociado a la interacción entre los factores tipo de tratamiento y tiempo de medición. En este caso, la interacción no fue significativa, $F(1,36) = 3.44$; $p = 0.07$. De lo anterior podemos concluir que la magnitud de las diferencias entre los tipos de tratamiento no fueron significativamente diferentes entre el pre test y el post test. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

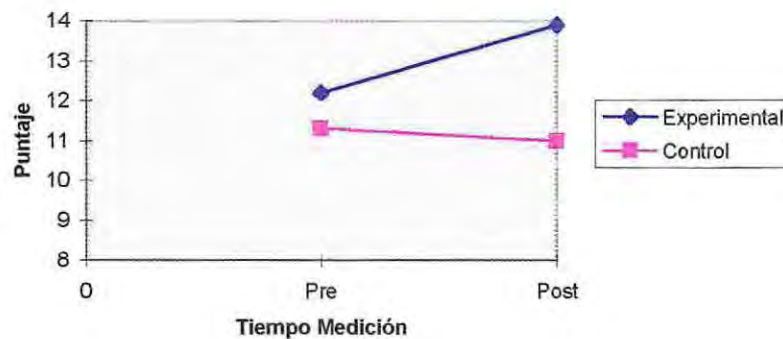


Figura 4. Promedios de respuestas correctas al Cuestionario de Información, en el pre y el post test .

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo el diseño, la aplicación y la evaluación de un protocolo de terapia psicológica para mujeres con cáncer de mama, basado en los criterios propuestos en la literatura y en los resultados de investigaciones anteriores. Como tal, se propuso dar respuesta a las necesidades específicas de los pacientes oncológicos en el ámbito psicosocial y obtener efectos positivos evaluables sobre las áreas de la vida de estos pacientes alteradas por su enfermedad.

A partir de las fuentes revisadas (Pruyn, 1983, cit. Bayés, 1991; Telch y Telch, 1986; Andersen, Anderson y de Prosse, 1989; Fawzy y Cousins 1990, cit Andersen, 1992; Bayés, 1991; Estape y Burgos, 1991), se concluyó que era prioritario para el plan de tratamiento abordar cuatro áreas: los conocimientos manejados acerca de la enfermedad y el autocuidado requerido; el estrés asociado a las demandas impuestas por ella; los modos de afrontamiento a las condiciones impuestas por la enfermedad; y la adaptación que debe hacer el paciente, en las esferas cognitiva y conductual, frente al trastorno implicado por la enfermedad.

En vista de los resultados de investigaciones anteriores (Telch y Telch, 1986; Davis, 1986 cit. Andersen, 1992 ; Bayés, 1991) que documentaban los beneficios de una terapia psicológica focalizada en el afrontamiento, la presente investigación enfatizó especialmente esta área, orientando la terapia al desarrollo de estilos de afrontamiento dirigidos al problema. Considerando lo anterior, se diseñó un protocolo de terapia compuesto por estrategias, técnicas y ejercicios de la terapia cognitivo conductual. La literatura ha reconocido la eficacia de este enfoque para el desarrollo de habilidades de afrontamiento ante estresores relacionados con enfermedades crónicas, específicamente con el cáncer (Capone, Good, Westie y Jacobson, 1980 cit. Andersen, 1992; Bayés, 1991; Telch y Telch, 1986). El protocolo se constituyó de diez

sesiones estructuradas y se aplicó a cada paciente en forma individual, por dos terapeutas egresadas de la carrera de psicología.

La aplicación de este protocolo de terapia permitió evaluar sus resultados a través de la comparación de los grupos antes y después de la intervención y del grupo tratado con un grupo control que no recibió el tratamiento. Se descartó la posibilidad de administrar un tratamiento placebo a este último, en vistas a las consideraciones éticas implicadas y se comprometió la aplicación del tratamiento con el protocolo diseñado, una vez finalizada la investigación.

Utilizando un diseño experimental, se evaluó a los sujetos en el pre tratamiento, ordenando en parejas a los individuos de iguales resultados, para su posterior asignación aleatoria a los grupos. Con este procedimiento se aseguró la igualdad de los grupos control y experimental en el pre tratamiento. Se evaluaron los efectos de los factores tratamiento y tiempo de medición sobre cada variable dependiente en los grupos experimental y control. Por medio de un análisis de datos que empleó análisis de varianza para diseño mixto de dos factores, con tiempo de medición como factor de replicación, los resultados entregaron efectos principales significativos para el factor tipo de tratamiento en las cuatro variables dependientes. Asimismo, se observó una interacción significativa entre los factores tipo de tratamiento y tiempo de medición para las variables dependientes afrontamiento orientado al problema, respuesta al estrés y adaptación a la enfermedad. En la variable dependiente información manejada acerca de la enfermedad y medidas de autocuidado, la interacción entre los factores tipo de tratamiento y tiempo de medición se aproximó a valores de significación estadística. La ausencia de diferencias significativas en esta última variable podría atribuirse a falencias en el cuestionario utilizado para medir el dominio de dicha información; posiblemente la cantidad de ítems no fue la adecuada, o los

ítemes no resultaron suficientemente discriminativos. En este sentido, es conveniente perfeccionar el instrumento, revisando el grado de dificultad del cuestionario.

En resumen, se observó que el grupo tratado disminuyó su respuesta al estrés después de recibir el tratamiento, presentando además, en la medición post, un nivel de estrés significativamente inferior al grupo no tratado; el grupo tratado modificó sus estilos de afrontamiento en mayor medida que el grupo no tratado, orientándose al enfrentamiento del problema; el grupo tratado mejoró su adaptación a la enfermedad después del tratamiento, evidenciando una adaptación significativamente superior a la del grupo control. En la medición post tratamiento, el grupo control no manifestó cambios significativos en ninguna de las variables dependientes.

Es altamente probable que los resultados obtenidos en la presente investigación sean consecuencia directa del tratamiento, puesto que se ha cuidado el control de los factores de invalidez interna (Campbell y Stanley, 1978). Los factores de maduración, historia y selección, están controlados por la asignación aleatoria a los grupos. El factor de instrumentalización se ha controlado utilizando instrumentos de medición ampliamente validados y estandarizados. El factor de pruebas repetidas no tiene incidencia pues el diseño utilizado considera sólo dos mediciones. El factor de regresión al promedio está controlado, pues los pacientes no fueron asignados al grupo experimental o de control a causa de puntajes extremos en las pruebas. Sin embargo, las diferencias entre los grupos pueden haberse visto acentuadas por la influencia del factor de desmoralización sobre el grupo control, el cual, al darse cuenta que no está recibiendo tratamiento activo, pudo evidenciar un desempeño deteriorante en la segunda medición.

En cuanto a la validez externa de la investigación, se estima que los resultados obtenidos son replicables, puesto que: (a) Se utilizó un plan de tratamiento estándar, es decir, el mismo protocolo de terapia para todas las pacientes, (b) el tratamiento fue

dado a las pacientes en su medio natural (servicio de oncología del hospital), (c) el tratamiento fue dado como parte integral de la terapia médica y, (d) las terapeutas que realizaron la intervención psicológica tenían la formación del psicólogo estándar, es decir, no se requirió determinada especialización, experticia o grado de experiencia para aplicar el tratamiento.

Creemos que, en vistas a la severidad de esta enfermedad y, en muchos casos, a la rapidez de su curso deteriorante, es necesario que existan líneas claras que orienten la actividad terapéutica, de modo que el tratamiento psicológico sea un aporte real y concreto al plan de tratamiento integral del paciente.

El protocolarizar la terapia psicológica, definiendo las áreas a tratar, las estrategias y técnicas a aplicar y los plazos estipulados para su desarrollo, permite estimar la duración del tratamiento y constatar la consecución de las metas y efectos esperados. De este modo, se valida y se hace replicable una intervención terapéutica en psicología oncológica.

Estape y Burgos (1991) señalan que a pesar de que las investigaciones evidencian resultados favorables para algunos tipos de intervención psicológica en pacientes oncológicos, no existen suficientes datos concluyentes que permitan validar un protocolo de intervención, orientado a la adaptación del paciente a la enfermedad y manteniendo la carga emocional a niveles favorables para enfrentar el diagnóstico y el tratamiento. En este sentido, la presente investigación proporciona evidencia de los efectos benéficos de la terapia cognitivo conductual con entrenamiento en habilidades de afrontamiento para mujeres con cáncer de mama, permitiendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces, el mejoramiento de la adaptación del paciente y una disminución de la respuesta al estrés asociado a la enfermedad.

Algunas investigaciones (Telch y Telch, 1986 ; Fawzy, Coulsins et al, 1990 ; Bayés, 1991) sugieren que el factor clave del protocolo de terapia se encuentra en la

implementación de estilos de afrontamiento activos que permiten hacer frente al diagnóstico, curso y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, para verificar la preponderancia de un componente específico del paquete de técnicas de tratamiento por sobre los demás, sería necesario realizar una investigación que permita comparar el protocolo de terapia validado en esta investigación con otro tipo de terapia psicológica, que no considere la implementación de estilos de afrontamiento activos.

Las autoras estiman conveniente que en investigaciones posteriores, contando con mayores recursos económicos y humanos, se utilice un diseño experimental que permita una mediciones de seguimiento post tratamiento a los grupos durante el plazo crítico estimado para diagnosticar la remisión de la enfermedad (cinco años) y que incluya entre sus variables dependientes medidas sensibles a los efectos del tratamiento psicológico sobre el curso biológico de la enfermedad.

Entre otras posibles alternativas para perfeccionar la presente investigación, podría mejorarse el protocolo de terapia, incluyendo sesiones de taller grupal que permitan el intercambio de información y apoyo entre las pacientes, aprovechando la experiencia de las pacientes más antiguas para enseñar a las recién diagnosticadas. Esta idea obedece a sugerencias reiteradamente planteadas por las propias pacientes del presente estudio y que debe validarse desde un punto de vista empírico.

Derogatis (1986), desde una perspectiva histórica, ha revisado la interacción entre los campos de la psicología y la medicina oncológica. Su análisis constata el rápido desarrollo de la psicología oncológica en los últimos 25 años, que ha extendido su foco de investigación a diversas secciones del problema (desde la prevención primaria a la investigación de la actividad del sistema inmunológico) y resalta la importancia de ésta para un tratamiento integral del paciente con cáncer. Asimismo, su estudio sugiere la necesidad de continuar las investigaciones psicosociales acerca del cáncer y de preparar psicólogos que reciban formación académica en los departamentos de

oncología de las facultades correspondientes. En sus conclusiones, enfatiza que los psicólogos que elijan trabajar en este área deben tener presente que serán evaluados por la oncología, primero como científicos y clínicos, y sólo subsecuentemente como psicólogos.

A la luz de los anterior, las autoras de la presente investigación consideran que ha sido de vital importancia la rigurosidad en la aplicación del método científico para la obtención de metas y conclusiones válidas. Asimismo, su desarrollo y ejecución ha sido posible luego de validarse profesionalmente ante el equipo de salud del centro de tratamiento. Es evidente que en razón de la importancia y los alcances que tiene una enfermedad como el cáncer en la actualidad de nuestro país, se hace necesaria la preparación de profesionales del área de la psicología formados en el campo de la salud, especializados en oncología, y capacitados para proporcionar un tratamiento eficaz e integrado a la terapéutica del paciente con cáncer.

Sugerencias y Recomendaciones

A partir de esta investigación y, más específicamente, de la experiencia vivida en el Servicio de Oncología del hospital Van Büren, las autoras han elaborado ciertas sugerencias para mejorar la atención de los pacientes, las que se proponen a la consideración del personal médico y de enfermería.

1. La terapia psicológica es una parte importante del tratamiento integral del paciente oncológico. Es conveniente que ésta se proporcione desde el momento mismo del diagnóstico; así el paciente podría contar con la información y herramientas necesarias para enfrentar activa y adaptativamente las demandas psicosociales asociadas a cada etapa del tratamiento.
2. Se sugiere implementar estrategias educativas tendientes a disminuir la tensión que se observa en las salas de espera. Algunas de estas estrategias incluyen: el control

de estímulos ambientales; talleres grupales de manejo de estrés; charlas de orientación. Dicha educación estaría dirigida a desmitificar los efectos colaterales de los tratamientos, a minimizar los comentarios que las mismas pacientes hacen acerca de situaciones catastróficas relacionadas con la enfermedad y a proporcionar información adecuada acerca de la enfermedad y sus tratamientos.

3. Proporcionar asesoría psicológica al personal del Servicio de Oncología, que les entregue herramientas efectivas para facilitar el manejo del paciente oncológico desde una perspectiva psicosocial.

REFERENCIAS

- Andersen, B. & Jochimsen, P. (1987). Research design and strategy for studying psychological adjustment to cancer: reply to Thomas. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 122-124.
- Andersen, B., Anderson, B. & De Prose, Ch. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer : I. Sexual functioning outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 692-697.
- Andersen, B., Anderson, B. & De Prose, Ch. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 692-697.
- Andersen, B. (1992). A review of psychological interventions for cancer patients: Predicting risk and enhancing the quality of life. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 552- 568.
- Andersen, B. L.; Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. American Psychologist, 49, 349-404.
- Andrykowski, M. & Redd, W. (1987). Longitudinal analysis of the development of anticipatory nausea. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 36-41.
- Armijo, R. (1986). Epidemiología del cáncer. Buenos Aires: Editorial Inter-Médica.
- Auerbach, S. (1989). Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 388-395.
- Bayés, R. (1985). Psicología oncológica. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer. En González Barón (Ed.) Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid : Panamericana.

- Blanchard, E. (1994). Behavioral medicine and health psychology. En Bergin y Garfield (De.) Handbook of psychotherapy and behavior change. Canadá: John Wiley y Sons, Inc.
- Blasco, T. & Bayés, R. (1992). Adaptation to illness in cancer patients: A preliminary report. European Journal of Psychological Assessment, 8, 207-211.
- Boyd, W. (1966). The spontaneous regression of cancer. Springfield, Illinois: Thomas.
- Bovbjerg, D. & Redd, W. (1990). Anticipatory Immune suppression and nausea in women receiving cyclic chemotherapy for ovarian cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 153-157.
- Buceta, J. (1990). Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de la conducta en el área de la salud. En Buceta y Bueno (comps). Modificación de conducta y salud. Madrid: Eudema S.A.
- Burish, T. & Carey, M. (1986). Conditioned aversive responses in cancer chemotherapy patients: Theoretical and developmental analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 593-600.
- Burish, T., Carey, M., Krozely, M. & Greco, A. (1987). Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: Prevention through behavioral treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 42-48.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1978). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en investigación social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carmona, A. (1988). Evaluación, manejo y la experiencia indirecta del estrés. Revista de Psicología y Ciencias Humanas, 8, 47 - 53.
- Cruzado, A. & Olivares, M. (1995). Intervención Psicológica en pacientes con cáncer. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide.

- Clark, M., Wilkinson, H. & Miceli, N. (1987). Breast cancer experiences with conservation therapy. American Journal of Clinical Oncology, 10, 461 - 468.
- Cooper, C. (1986). Estrés y cáncer. México: Díaz Santos.
- Derogatis, L. (1986). Psychology in cancer medicine: a perspective and overview. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 632-638.
- Di Matteo, M. & Friedman, H. (1977). Interpersonal relations in health care. Journal of Social Issues, 35, 1 - 206.
- Engel, E. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129 - 136
- Estape, J. & Burgos, I. (1991). Medicina general y cáncer. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Fawzy, F. & Natterson, B. (1992). Psychological care of the cancer patient. En: Practical Oncology , 40- 44.
- Ferrero, F., Toledo, M. & Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. Revista Latinoamericana de Psicología, 27, 87-102.
- Flórez, H. & Ardila, R. (1981). Cáncer y comportamiento: efectos conjugados de la metilnitrosurea (MNH) y la respuesta emocional condicionada (CER) sobre la ejecución de un programa de intervalo variable (IV) y sobre el desarrollo de neoplasias en ratas. Revista Latinoamericana de Psicología, 13, 375-401.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavioral. 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology. 54, 466-475.

- Gil, K., Abrams, G., Phillips, G. & Keefe, F. (1989). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 725-731.
- Giulano, A. (1994). Mama. En Tierney, Mc Phee, Papadakis & Schoeder (Eds.) Diagnóstico clínico y tratamiento. México: Manual Moderno.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. Lancet, ii, 785- 787.
- Heinrich, L. & Coscarelli, C.(1985). Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 439-446.
- Henderson, C. (1991). Enfermedades neoplásicas. Cáncer de mama. Bogotá: McGraw-Hill.
- Henderson, C. (1991). Principios de medicina interna. Bogotá: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. México: Mc Graw-Hill.
- Koocher, G. (1986). Coping with a death from cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 623-631.
- Lazarus, R. & Folkman, S.(1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca Editores.
- Leventhal, E., Leventhal, H., Shacham, S. & Easterling, D. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 365-371.
- Linden, W., Paulhus, D. & Dobson, K. (1986). Effects of response styles on the report of psychological and somatic distress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 309-313.
- Martelli, M., Auerbach, S., Alexander, J. & Mercuri, L. (1987). Stress management in the health care setting: matching interventions with patients coping styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 201-207.

- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. American Psychologist, 37, 1-14.
- Manne, S., Sabbioni, M., Buvbjerg, D., Jacobsen, P., Taylor, K. & Redd, W. (1993). Coping with chemotherapy for breast cancer. Journal of Behavioral Medicine, 17, 41-53.
- Middleton, J., Rivas, E., Saavedra, W., Ducaud, G. & Saint-Jean, H. (1983). Tratamiento integral de cáncer de mama en 10 pacientes de nivel socioeconómico bajo. Terapia Psicológica, 3, 27-40.
- Middleton, J. (1992). Yo (no) quiero tener cáncer. Santiago: Centro de Desarrollo de la Psicología.
- Miller, S. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Cancer, 76, 167-177.
- Miller, T.R. (1977). Psychophysiologic aspects of cancer. Cancer, 39, 413-418.
- Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. & Smith, F. (1994). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. Journal of Behavioral Medicine, 17, 127-141.
- Montecinos, L. & Garcia, J. (1986). Algunos determinantes de salud en Chile: Implicaciones para el desarrollo de la medicina conductual. Revista Chilena de Psicología, 7, 11- 18
- Oliver B. (1988). Breast. En Manual for staging of cancer (pp. 145 - 150). American Joint Committee on Cancer.
- Omar, A. (1994). El coping y sus estrategias. Aprendizaje y comportamiento, 10, 53-65.
- Pabst, F. (1992). Patología mamaria maligna. Santiago: Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico.

- Peters, L. & Mason, K. (1979). Influence of stress on experimental cancer. B. A. Stoll (Ed.). Mind and cancer prognosis. Chichester: John Wiley & Sons.
- Peterson, L. (1989). Editorial: Special series. Coping with medical illness and medical procedures. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 331 - 332
- Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 380 - 387.
- Polaino-Lorente, A. & Del Pozo, A. (1990). Programa de intervención en niños cancerosos. En Buceta y Bueno (Eds.). Modificación de conducta y salud. Madrid: Eudema S.A.
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En Buela-Casal & Caballo (Eds.). Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo Veintiuno S.A.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited : An amended definition. Journal of Behavioral Medicine, 1, 249-251.
- Selye, H. (1954). Stress . Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Servicio de Oncología. (1996). Protocolo de tratamiento de cáncer de mama. Hospital Carlos van Bühren. Valparaíso.
- Shutty, M., DeGood, D. & Schwartz, D. (1986). Psychological Dimensions of distress in chronic pain patients: a factor analytic study of symptom checklist-90 responses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 836-842.
- Sklar, L. & Anisman, H. (1981). Stress and cancer. Psychological Bulletin, 89, 369-406.
- Smith, J. (1992). Entrenamiento cognitivo conductual para la relajación. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.

- Syrjala, K., Cumming, C. & Donaldson, G. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. Pain, 48, 137-146.
- Taylor, S., Lichtman, R. & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 489-502.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Telch, C. & Telch, M. (1986). Group coping skills and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 802-808.
- Trucco, M. & Vargas, L. (1982). Stress, salud y trabajo en la sociedad contemporánea. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Valderrama, P., Carbellido, S. & Domínguez-Trejo, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. Revista Latinoamericana de Psicología, 27, 73-86.
- Valdés, M. & De Flores, T. (1990). Psicobiología del estrés. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Vargas, L. (1990). Estrés y bloqueo farmacológico. Revista Terapia Psicológica, 9, 13-19.
- Veronesi, U., Saccozzi, R. & Del Vecchio. (1981). Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. New England Journal of Medicine, 305, 6 -11.
- Wortman, C. & Silver, R. (1989). The myths of coping with loss. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 349-357.

APÉNDICES

APENDICE A
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO MÉDICO PARA MUJERES CON CÁNCER DE
MAMA

Pautas de Tratamiento. Se consideran cuatro protocolos básicos:

A. Carcinoma in situ.

A1 Lobulillar: -Tumorectomía ampliada (con margen seguro)

- Seguimiento clínico periódico.

- Control anual con mamografía.

A2 Canalicular: - Tumorectomía ampliada (con margen seguro)

- Radioterapia a mama y sobreimpresión a lecho tumoral.

- Vaciamiento axilar cuando la lesión mida más de 4 cm. en uno de sus diámetros o tipo histológico comedocarcinoma.

- Seguimiento clínico periódico.

- Control anual con mamografía.

A3 Enfermedad de Paget: Se presenta a comité debido a su baja frecuencia.

B. Tumores localizados (T0 - T1 - T2 - N1 - M0)

- Cirugía

a) Cirugía conservadora más vaciamiento axilar. Se exige:

- Margen libre mínimo 0,5 cm.

- 8 ganglios axilares.

b) Mastectomía radical modificada. Se realiza en caso de:

- Relación inadecuada entre tamaño tumoral y volumen mamario.

- Mamas pendulares.

- Radioterapias previas.

- Enfermedad del colágeno.

- Multicentricidad (clínico, patológico, radiológico)
- Preferencia de la paciente.
- Radioterapia. Se indica en caso de:
 - Cirugía conservadora.
 - Compromiso axilar.
 - Compromiso de la fascia.
 - Marcada permeación linfática.
 - Tumor mayor de 3 cm.
- Terapia coadyuvante. Se indica en caso de:
 - a) Mujer premenopáusica con ganglios positivos; quimioterapia.
 - b) Mujer premenopáusica con ganglios negativos; observación.
 - c) Mujer post menopausia con ganglios positivos; hormonoterapia.
 - d) Mujer post menopáusicas con ganglios negativos; observación.

C. Tumores localmente avanzados (T0 - T1 - T1 - N2 - M0 - T3 - T4 - N0 - N1 - N2 - M0)

a) T3 - N1 - M0 : Se evalúa en el comité. Si existe una adecuada relación entre el tamaño tumoral y volumen mamario que permita cirugía, se trata como cáncer localizado.

b) Resto de los casos: Se evalúa al paciente en comité.

- Quimioterapia neoadyuvante. Posteriormente se presenta el caso nuevamente al comité. Si el tamaño tumoral inicial se ha reducido en un 50% y no está fijado a planos profundos, se indicará mastectomía radical modificada, posteriormente radioterapia al lecho mamario y finalmente hormonoterapia. Si no se ha reducido el tamaño tumoral en los límites exigidos, se indica radioterapia preoperatoria, analizando posteriormente en comité si corresponde la cirugía y se finaliza con hormonoterapia.

D. Tumores metastásicos.

El tratamiento de cada paciente se evalúa en comité multidisciplinario, indicándose una modalidad terapéutica que proporcione a la paciente una mejor calidad de vida.

APÉNDICE B

Protocolo de Terapia Cognitivo Conductual con Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento para Mujeres Mastectomizadas

Sesión Nº 1

Objetivos:

- Establecimiento de la relación terapéutica.
- Motivar a la paciente para su compromiso con el desarrollo del tratamiento psicológico.
- Evaluación conductual inicial y establecimiento de una línea base.
- Esclarecimiento de las expectativas de la paciente en torno al tratamiento psicológico y de los objetivos del mismo a largo plazo.

Actividades:

- Entrevista inicial semiestructurada destinada a la recolección de información básica acerca de la paciente y al establecimiento de un clima de confianza adecuado para la relación terapéutica efectiva.
- Charla breve acerca de los aspectos psicológicos asociados al cáncer, orientada al reconocimiento de los beneficios del tratamiento en curso.
- Discusión acerca del rol que asumirá la paciente en el desarrollo de este tratamiento, en relación a sus expectativas y a los objetivos que éste persigue, explicitando también aspectos puntuales de compromiso con el mismo.

Sesión N°2

Objetivos:

- Recopilación de información acerca del nivel de conocimientos que las pacientes poseen acerca de su enfermedad.
- Identificación de supuestos e ideas centrales acerca de la enfermedad.
- Definición del problema.
- Acercamiento inicial al reconocimiento de sensaciones corporales agradables, asociadas al autocontrol e incompatibles con respuestas ansiosas.

Actividades:

- Revisión en conjunto con la paciente del cuestionario de evaluación de conocimientos acerca de su enfermedad, previamente administrado en la etapa de evaluación. Se discuten aciertos y errores fundamentando las respuestas y aclarando las dudas que se pueden presentar. Se explica la importancia de manejar información básica en torno a la enfermedad.
- Discusión acerca de sus propios planteamientos frente a los tópicos antes examinados, sus ideas y creencias relativas al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, enfatizando aspectos psicológicos individuales, familiares y de adaptación.

Sesión N°3

Objetivos:

- Elaborar y discutir explicaciones alternativas para las ideas y creencias identificadas en la sesión anterior.
- Desviación de la atención desde la preocupación por el estresor hacia eventos neutrales o placenteros.

Actividades:

- Discusión y visualización de posibles explicaciones alternativas adaptativas y orientadas a la solución del problema. Buscar explicaciones que sirven de base para modificaciones conductuales posteriores. Buscar los recursos del paciente, centrarse en aspectos positivos de la enfermedad, enfatizando aquellos elementos factibles de cambio y de control por parte del propio paciente.
- Ensayo de relajación progresiva. Evaluación pre y post relajación por autoreporte de sensaciones asociadas al estado de relajación, mediante una autoevaluación verbal simple en escala de 1 a 7 .
- Entrega de una cinta de audio para la replicación en su casa, una vez al día durante quince días seguidos, de la técnica de relajación aprendida en la sesión.

Sesión N° 4

Objetivos:

- Redefinición del problema en base a la búsqueda de soluciones alternativas y a la evaluación de éstas en términos de sus costos y beneficios.
- Obtención de un compromiso personal para la aplicación de las alternativas elegidas, orientado a implementar cambios conductuales concretos.

Actividades:

- Verificación del cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior y reforzamiento verbal contingente.
- Discusión y visualización de conductas alternativas adecuadas, útiles para dar una solución a su problema dentro de sus potencialidades.
- Revisión del instructivo de autocuidado a fin de identificar otras conductas que sea necesario implementar para contribuir a la solución de su problema.
- Elección de 10 conductas, medibles y registrables, que serán sometidas a modificación por parte de la paciente.
- Entrega de la hoja de registro, la cual debe ser llenada por la paciente en su hogar.

Sesión N° 5

Objetivos:

- Potenciar y desarrollar conductas orientadas al autocontrol y al autocuidado.
- Facilitar la percepción de los propios logros y progresos sesión por sesión.
- Proporcionar a la paciente una instancia donde participar activamente de su tratamiento, ayudando a fortalecer su confianza en que posee cierto grado de control sobre la evolución de su enfermedad.

Actividades:

- Revisión de las pautas de autoregistro conductual entregadas en la sesión anterior y entrega de la correspondiente retroalimentación a la paciente. Junto a la retroalimentación positiva se enfatizan los beneficios y aspectos positivos del cumplimiento de la tarea.
- En base a los objetivos que se han establecido previamente, se diseña una lista de metas conductuales sucesivas, que no sólo están orientadas al autocuidado, sino también referentes al manejo de estrés y orientadas a un afrontamiento enfocado en la resolución de problemas.
- Se definen en conjunto las conductas metas que serán alcanzadas por la paciente, identificando todas las aproximaciones sucesivas que ayudan al logro de éstas (en orden creciente de dificultad).
- Una vez establecida la secuencia de conductas para el logro de las metas finales, éstas se consignaron en un contrato conductual que refleja el compromiso de la paciente para el cumplimiento de las metas.

Sesión N° 6

Objetivos:

- Elaboración de un sistema de autorefuerzo para los progresos conductuales.
- Reconocimiento de pensamientos automáticos ante estresores.
- Control del pensamiento negativo.

Actividades:

- Revisión de los formularios de autoregistro.
- Discusión acerca de eventos potencialmente reforzantes de autoaplicación y evaluación de ellos en cuanto a su factibilidad de implementación.
- Ensayo de técnica de identificación de pensamientos negativos automáticos frente a situaciones aversivas.
- Ejercicio de técnicas de control del pensamiento: Detención del pensamiento; distracción del foco de atención, interrumpiéndolo con el ensayo de contracción muscular isométrica generalizada, acompañada de respiración diafragmática durante 30 segundos; uso de autoafirmaciones positivas, desde la verbalización en voz alta hasta la repetición interna.
- Se asigna tarea de elaborar una lista de cinco autoverbalizaciones positivas, para que las ensaye en su casa, frente a un espejo. Se le sugiere que replique este ejercicio en ocasiones en las que reacciona con pensamientos negativos. Se le explicó que dispone de tres técnicas para controlar y dirigir su pensamiento, entre las que puede elegir la que le parezca más adecuada o fácil de aplicar, según la situación a la que se vea expuesta.

Sesión Nº 7

Objetivos:

- Incrementar el control de pensamientos negativos ante situaciones estresantes.
- Verificación de avances mediante el ensayo conductual.

Actividades:

- Revisión de las hojas de autoregistro y de la utilización de sistema de autorefuero.
- Ensayo de relajación con visualización de imágenes guiado por las terapeutas, al término del cual se comenta acerca de las sensaciones y pensamientos generados por la actividad. Se entrega una cinta de audio con las instrucciones para que las pacientes repliquen en su hogar la técnica de relajación.
- Se pide a la paciente que continúe con las pautas de autoregistro y el sistema de autorefuero.
- Se proporciona a la paciente una pauta para registrar diariamente sus pensamientos automáticos negativos, explicándole como utilizarla durante la siguiente semana.

Sesión Nº 8

Objetivos:

- Verificación de la adquisición de las habilidades de afrontamiento en el área cognitiva.
- Promover la generalización de los cambios conductuales implementados durante el tratamiento hacia otros aspectos de la vida de la paciente.

Actividades:

- Verificación del cumplimiento de las tareas asignadas.
- Revisión de las pautas de autoregistro y del sistema de autorefuero.
- Revisión de las situaciones eventualmente estresantes que la paciente visualiza para su futuro inmediato y de las ideas que tiene acerca de éstas.
- Discusión en torno a estas ideas, visualizando en conjunto alternativas conductuales que den respuesta a las demandas estresantes futuras. Para esto se enfatiza la aplicación de lo aprendido durante las sesiones.
- Se pide a la paciente que continúe con las pautas de autoregistro y el sistema de autorefuero.

Sesión N° 9

Objetivos:

- Verificación de la adquisición de habilidades de afrontamiento en el área conductual.
- Promover la generalización de las conductas aprendidas durante las sesiones anteriores a otros contextos situacionales.

Actividades:

- Revisión de las pautas de autoregistro y de los sistemas de autorefuero.
- Comentario y discusión acerca de las conductas emitidas por la paciente, en relación a sus costos y beneficios; posteriormente se reforzaron verbalmente aquellas conductas apropiadas para la adaptación de las pacientes.

Sesión Nº 10

Objetivos:

- Evaluación subjetiva de las modificaciones en las áreas de intervención (cognitiva y conductual).
- Evaluación subjetiva de las metas alcanzadas en la terapia.

Actividades:

- Discusión con la paciente en torno a los logros en las metas del tratamiento, las técnicas utilizadas, y la correspondencia de los resultados con las expectativas iniciales.
- Elaboración de una lista de focos conductuales primordiales aprendidos durante el tratamiento, cuya ejecución debe continuar una vez finalizada la terapia, a fin de mantener los avances alcanzados en pro de la salud de la paciente.
- Demostración breve, por parte de la paciente, de las destrezas críticas para la mantención de los efectos del tratamiento (por ej., relajación, verbalizaciones autoafirmativas, autorefuero).
- Reforzamiento verbal de las terapeutas a la paciente, por su compromiso con el tratamiento y el esfuerzo desplegado para la consecución y logro de sus metas personales.

APÉNDICE C
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (FONT, 1988)

Instrucciones:

A continuación encontrará usted una serie de aspectos importantes de su vida cotidiana. Le agradeceremos que valore cada uno de ellos haciendo una señal sobre una línea en la forma que se le indicará.

Nos interesa conocer en que medida considera usted que EL ESTADO DE SU SALUD (la enfermedad o su tratamiento) ha afectado su tratamiento durante las 24 horas anteriores al momento que Ud. complete este cuadernillo.

Al contestar, le rogamos que trate de valorar los efectos del ESTADO DE SU SALUD, sin tener en cuenta otros factores que pueden influir en su vida, pero que no están directamente relacionados con su salud. Por ejemplo, si en las últimas 24 horas no ha podido conducir por hallarse demasiado enferma o demasiado preocupada, esto constituye una reducción de su "movilidad" (capacidad para desplazarse) que está relacionada con su salud. Pero si Ud. no ha podido conducir porque no tiene carnet o porque carece de automóvil o porque lo tiene estropeado, etc., ello NO constituye una reducción de su movilidad debido a su estado de salud y, por tanto, debe valorar este aspecto como normal.

Un aspecto debe valorarse como normal cuando no ha sufrido ningún cambio debido al estado de su salud, es decir, cuando el aspecto está igual que cuando Ud. no tenía o no tiene problemas de salud. Por tanto deberá siempre comparar el estado actual del aspecto en cuestión (últimas 24 horas) con un día normal antes de tener problemas de salud.

Veamos ahora 4 ejemplos diferentes sobre como valorar uno de estos aspectos en la vida cotidiana:

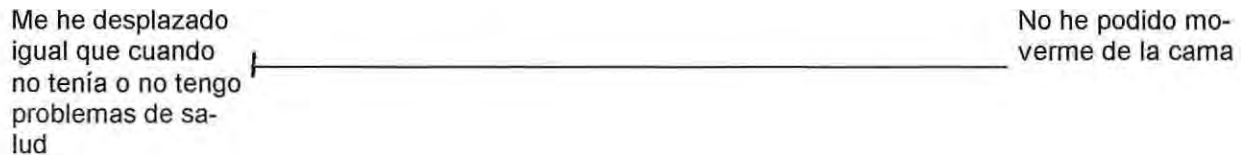
EJEMPLO 1

Si en las últimas 24 horas, físicamente no hubiera podido moverme de la cama, lo señalaría con una marca de la manera siguiente:



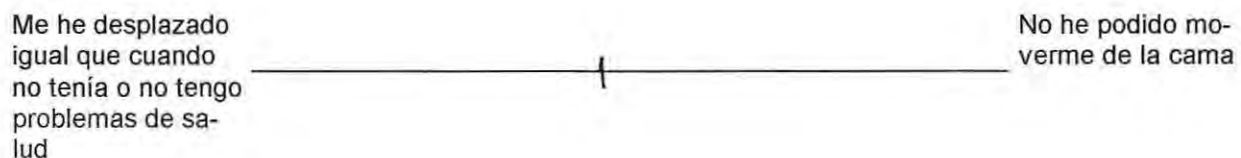
EJEMPLO 2

Si en las últimas 24 horas hubiera podido desplazarse por la casa, población o país como de costumbre, es decir como cuando no tenía o no tiene problemas de salud, pondría la marca como sigue:



EJEMPLO 3

Si su movilidad, en las últimas 24 horas hubiera sido aproximadamente la mitad de lo que se desplazaba cuando no tenía o no tiene problemas de salud, entonces pondría la marca de la forma indicada a continuación.



EJEMPLO 4

Si el estado de su salud, en las últimas 24 horas hubiera afectado su capacidad para desplazarse, es decir, no hubiera podido desplazarse exactamente igual que cuando no tenía o no tiene problemas de salud, aunque solo fuera una ligera disminución, su respuesta podría ser, por ejemplo:

Me he desplazado
igual que cuando
no tenía o no tengo
problemas de sa-
lud

No he podido mo-
verme de la cama

A continuación le rogamos que conteste a todos los aspectos del cuadernillo.

Sus respuestas serán consideradas como confidenciales

POR FAVOR INDIQUE EN QUE MEDIDA CREE QUE EL ESTADO DE SU SALUD HA AFECTADO EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS A LOS ASPECTOS SIGUIENTES:

*** Náuseas (últimas 24 horas)**

No he tenido ninguna sensación de náuseas _____

He tenido náuseas extremadamente intensas y frecuentes

*** Movilidad en su casa, población, país (últimas 24 horas)**

Me he desplazado igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

No he podido moverme de la cama

*** Actividad laboral fuera de la casa (últimas 24 horas)**

Si Ud. no realiza ninguna actividad laboral fuera de la casa, ponga una X en la casilla y no señale nada en la línea. / _____ /

He trabajado igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

No he podido trabajar en absoluto debido a mi estado de salud.

*** Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc. últimas 24 horas)**

He realizado estas tareas igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

Me ha sido totalmente imposible llevarlos a cabo sin ayuda.

*** Atractivo para el sexo opuesto (Últimas 24 horas)**

Me sentido igual de atractiva que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

Me he sentido carente por completo de atractivo debido a mi estado de salud.

* Ira (agresividad, cólera, enfado, irritación. Últimas 24 horas).

No he estado irascible en absoluto.

He estado extremadamente irascible debido a mi estado de salud.

* Dolor (Últimas 24 horas).

No he tenido ningún dolor.

He tenido un dolor insoportable.

*Capacidad para mover el cuerpo, realizar actividad física (gimnasia, deportes, pasear, etc. Últimas 24 horas).

He realizado una actividad física igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

No he podido mover mi cuerpo.

* Actividades recreativas (ocio, pasatiempos, hobbies, cine, televisión, leer, etc. últimas 24 horas).

Me he distraído y disfrutado con mis actividades recreativas igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

No me he distraído ni disfrutado en absoluto con mis actividades recreativas debido a mi estado de salud.

* Ansiedad (nerviosismo. Últimas 24 horas.)

No he estado ansiosa en absoluto.

He estado extremadamente ansiosa debido a mi estado de salud.

* Fatiga (Últimas 24 horas.)

Me he sentido igual de cansada que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

Me he sentido extremadamente cansada debido a mi estado de salud

* Satisfacción social (hablar con otras personas, recibir visitas, etc. últimas 24 horas.)

Me he sentido igual que de satisfacción que cuando no tenía o no tengo problemas de salud.

Me he sentido extremadamente insatisfecha con mi actividad social debido a mi estado de salud.

* Sueño (la noche recién pasada)

Por la noche he dormido igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

No he podido dormir en toda la noche debido a mi estado de salud.

* Vigilia (Últimas 24 horas.)

He estado completamente despierta a lo largo del día

He estado completamente adormilada a lo largo del día.

* Aspecto físico (Últimas 24 horas).

Me he sentido igual de satisfacción con mi aspecto físico que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

Me he sentido extremadamente insatisfecha con mi aspecto físico debido a mi estado de salud.

* Actividades en casa (Últimas 24 horas)

He realizado los trabajos caseros igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

No he podido realizar ningún trabajo casero debido a mi estado de salud.

* Preocupación por los hijos (Últimas 24 horas)
CONTESTAR SÓLO EN EL CASO DE TENER HIJOS

Me he sentido igual de preocupada que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

Me he sentido extremadamente preocupada por mis hijos debido a mi estado de salud.

* Estado de ánimo (depresión, tristeza. Últimas 24 horas)

Me he sentido igual de deprimida que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

Me he sentido extraordinariamente deprimida debido a mi estado de salud.

* Relaciones de pareja (afectivas, comunicativas, sexuales, etc. Últimas 24 horas) CONTESTAR SOLAMENTE EN EL CASO DE TENER PAREJA

Mi vida de pareja ha sido igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

Mi vida de pareja ha sido extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud.

* Relaciones familiares (con los hijos, hermanos, etc., excluyendo la relación con la pareja. Se refiere a afecto, comunicación, discusiones, etc. últimas 24 horas)

Mis relaciones familiares han sido igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____

Mis relaciones familiares han sido extremadamente insatisfactorias debido a mi estado de salud.

* **Apetito (Últimas 24 horas)**

He tenido igual
apetito que cuando
no tenía o no
tengo problemas
de salud

No he tenido ningún
apetito debido a mi
estado de salud

* **Información (Últimas 24 horas)**

Me he sentido
completamente
satisfecha con la
forma que me han
explicado mis
problemas de sa-
lud.

Me he sentido
extremadamente
insatisfecha con la
forma que me han
Explicado mis
problemas de sa-
lud.

* **Concentración (Últimas 24 horas)**

He podido concen-
trarme igual que
cuando no te-
nía o no tengo
problemas de sa-
lud

Me ha sido impo-
sible concentrarme
debido a mi estado
de salud.

* **Ganas e ilusión por las cosas y actividades (trabajar, hobbies, activida-
des en casa, comprar, salir, visitar amigos, etc.. últimas 24 horas)**

He sentido por las
cosas las mismas
ganas e ilusión
tenía o no tengo
problemas de sa-
lud

No he sentido nin-
guna gana ni ilu-
sión por las cosas
debido a mi estado
de salud.

* Preocupaciones económicas (Últimas 24 horas)

No me he sentido preocupada en absoluto por mi situación económica debido de salud

Me he sentido extremadamente preocupada por mi situación económica debido a mi estado de salud.

* Miedo (preocupación, angustia, etc. últimas 24 horas)

No he sentido ningún miedo ni preocupación por mi estado de salud

He sentido muchísimo miedo y preocupación por mi estado de salud.

* VALORACIÓN GENERAL

POR FAVOR INDIQUE EN QUE MEDIDA CREE QUE EL ESTADO DE SU SALUD HA AFECTADO EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS A SU VIDA EN GENERAL

Mi vida ha sido en estas 24 horas completamente normal, sin cambios debido a mi estado de salud

Mi vida ha sido en estas 24 horas extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud.

CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO (REVISADO)

Lazarus y Folkman (1984)

Instrucciones:

Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y rodee con un círculo la categoría que exprese en que medida actúa como lo describe cada uno de ellos.

	NADA EN ABSOLUTO	EN ALGUNA MEDIDA	BASTANTE	EN GRAN MEDIDA
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso)	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor	0	1	2	3
3. Me centré de lleno en el trabajo o otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1	2	3
9. Me critique o me sermoneé a mi misma	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera un milagro	0	1	2	3

12.	Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)	0	1	2	3
13.	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14.	Intenté guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
15.	Busqué algún resto de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16.	Dormí más de lo habitual en mí	0	1	2	3
17.	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
18.	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19.	Me dije a mí misma cosas que me hicieron sentir mejor	0	1	2	3
20.	Me sentí inspirada para hacer algo creativo	0	1	2	3
21.	Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3
22.	Busqué la ayuda de un profesional	0	1	2	3
23.	Cambié, maduré como persona	0	1	2	3
24.	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada	0	1	2	3
25.	Me disculpé o hice algo para compensar	0	1	2	3
26.	Desarrollé un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
27.	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería	0	1	2	3
28.	De algún modo expresé mis sentimientos	0	1	2	3
29.	Me di cuenta que yo fui la causa del problema	0	1	2	3
30.	Salí de la experiencia mejor de lo que entré	0	1	2	3
31.	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1	2	3

32.	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones	0	1	2	3
33.	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34.	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado	0	1	2	3
35.	Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
36.	Tuve fe en algo nuevo	0	1	2	3
37.	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	0	1	2	3
38.	Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39.	Cambié algo para que las cosas fueran bien	0	1	2	3
40.	Evité estar con la gente en general	0	1	2	3
41.	No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema mucho tiempo	0	1	2	3
42.	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo	0	1	2	3
43.	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas	0	1	2	3
44.	No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio	0	1	2	3
45.	Le conté a alguien como me sentía	0	1	2	3
46.	Me mantuve firme y peleé por lo que quería	0	1	2	3
47.	Me desquité con los demás	0	1	2	3
48.	Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar	0	1	2	3

49.	Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
50.	Me negué a creer lo que había ocurrido	0	1	2	3
51.	Me prometí a mi misma que las cosas ser'an distintas la proxima vez	0	1	2	3
52.	Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto	0	1	2	3
54.	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas	0	1	2	3
55.	Deseo poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	0	1	2	3
56.	Cambié algo de mi	0	1	2	3
57.	Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
58.	Deseo que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
59.	Fantasee e imaginé el modo en que podr'an cambiar las cosas	0	1	2	3
60.	Recé	0	1	2	3
61.	Me preparé para lo peor	0	1	2	3
62.	Repasé mentalmente lo que haría o diría	0	1	2	3
63.	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo	0	1	2	3
64.	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona	0	1	2	3
65.	Me recordé a mi misma cuanto peor podrían ser las cosas	0	1	2	3

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 66. Troté o hice otro ejercicio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 67. Intenté algo distinto de todo lo anterior. (Por favor descríballo.) | | | | |

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE NOCIONES BASICAS ACERCA DEL CANCER DE MAMA Y MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

1. ¿Qué es el cáncer de mama?

- a) Un tumor causado por un virus o por el contagio de una bacteria.
- b) Modificación de células que eran normales y que comienzan a multiplicarse desordenadamente.
- c) La muerte sucesiva de las células de la mama.

2. Las pacientes con cáncer de mama:

- a) Inevitablemente morirán.
- b) Si tiene un tratamiento precoz y adecuado, su pronóstico será favorable.
- c) No requieren tratamiento para recuperarse.

3. El cáncer de mama:

- a) No importa en que etapa se descubra, pues el resultado del tratamiento siempre es el mismo.
- b) Es mejor tratarlo cuando está en estado avanzado.
- c) Es fácil detectarlo precozmente y esto ayuda a la efectividad del tratamiento.

4. La paciente con cáncer de mama:

- a) Cumple un rol importante en su tratamiento.
- b) No puede ayudar en nada a los médicos.
- c) Debe evitar entrometerse o responsabilizarse por su tratamiento.

5. La paciente con cáncer de mama:

- a) Debe evitar informarse acerca de la enfermedad.
- b) Debe informarse sólo de las buenas noticias.
- c) Puede preguntar acerca de aquello que no sepa o no entienda, para ayudar en su propio cuidado y su tratamiento.

6. Los tratamientos médicos para pacientes con cáncer de mama son:

- a) Sólo mastectomía.
- b) Radioterapia, quimioterapia, mastectomía, hormonoterapia.
- c) Antibióticos y radioterapia.

7. El tratamiento médico:

- a) Tiene por objetivo destruir las células malignas.
- b) Puede combinarse o sustituirse por remedios caseros.
- c) Produce los mismos efectos en todas las pacientes.

8. Los efectos colaterales de la quimioterapia y la radioterapia:

- a) Son terribles y se repiten en todas las pacientes.
- b) Son irreversibles.
- c) Son diferentes para cada persona en particular y una vez finalizado el tratamiento se pasan.

9. La paciente que ha tenido una mastectomía:

- a) Nunca más podrá hacer sus labores (de casa o en el trabajo) como antes.
- b) Una vez cicatrizada la herida, puede ir retomando paulatinamente sus actividades.
- c) No será necesario que vuelva a hacerse una mamografía.

10. La paciente que ha tenido una mastectomía:

- a) Debe evitar mirar la zona de su cuerpo que fue operada.
- b) Puede usar una prótesis en reemplazo de la mama extirpada.
- c) Nada de lo que haga le ayudará a mejorar su imagen.

11. La paciente que asiste a radioterapia:

- a) Puede aplicar calor o frío para aliviar las molestias de la zona irradiada.
- b) No puede hacer nada para aliviar la inquietud antes de la sesión de luces.
- c) Puede variar los alimentos que consume, para no sufrir rechazo por alguno de ellos.

12. La paciente que asiste a radioterapia:

- a) Debe tener una dieta líquida.
- b) Debe tener una dieta rica en grasas.
- c) Debe tener una dieta rica en proteínas y calorías.

13. La paciente que está asistiendo a quimioterapia:

- a) Debe reponer energías con una buena nutrición.
- b) Aunque se sienta cansada es preferible que se mantenga activa.
- c) Siempre sentirá náuseas o podrá vomitar antes de la quimioterapia.

14. De los siguientes consejos, ¿cuál cree Ud. que es el más apropiado a seguir?

- a) Condimente mucho sus comidas para hacerlas más ricas y apetecibles.
- b) Si engorda con el tratamiento, haga ejercicios y dieta hasta reducir el peso.
- c) Trate de conseguir una prótesis mamaria y de intentar nuevos maquillajes.

APÉNDICE D

TEXTO GUÍA PARA LA RELAJACIÓN CON VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES POSITIVAS

A continuación realizaremos un ejercicio de relajación. Para esto vamos a necesitar toda su colaboración. Este ejercicio consiste en concentrar su pensamiento en algunas cosas relacionadas con su salud y su enfermedad que yo le sugeriré. De este modo, podremos controlar y tal vez resolver algunas de éstas cosas.

Le pediré que se siente muy cómoda. Ponga sus brazos, piernas, espalda, cuello y cabeza en la posición que le parezca más cómoda y agradable. Ahora usted puede cerrar sus ojos. Respire lenta y profundamente, llenando sus pulmones de aire como si pudiese inflar su estomago... inhale... exhale, lentamente. Vaya atendiendo a sus sensaciones corporales. Vaya sintiendo su cuerpo en este momento. Fíjese en las distintas partes de su cuerpo y dígalas que se relajen. Si hubiese aún alguna parte tensa, piense especialmente en ella y ayúdela a sentirse muy relajada. Continúe respirando lentamente. (Pausa de treinta segundos controlando respiración diafragmática).

Muy bien, ahora voy a pedirle que vaya poniendo en su mente una serie de imágenes, como si usted estuviese participando en ellas. Estas imágenes se relacionan con su salud, enfermedad y su cuerpo, lo que le está sucediendo y lo que le puede suceder si usted ayuda a su cuerpo.

Piense en su pecho (pausa). Imagine como son las células cancerosas que han estado en su pecho. Obsérvelas por un momento detenidamente: las verlas grises... blandas... débiles... ellas quisieran unirse, pero no pueden, están separándose como si se desmigajara un trozo de pan. Son flácidas, débiles, vulnerables.

Imagine ahora el tratamiento que usted está recibiendo, o ha recibido, éste entrará en su cuerpo como un líquido luminoso, amarillo, radiante, que difunde por su pecho con una agradable sensación de tibieza (pausa) este líquido luminoso se

acerca a las células grises y comienza a envolverlas una a una, separándolas, resquebrajándolas, quitándoles fuerza, debilitándolas hasta hacerlas ínfimas para que los glóbulos blancos de su cuerpo puedan destruirlas y eliminarlas fácilmente.

Las células sanas de su cuerpo están fuertes de modo que repararán inmediatamente cualquier lesión que el tratamiento les pueda causar. En este momento usted ver aparecer a los glóbulos blancos de su cuerpo. Éstos son fuertes, grandes, de un color blanco brillante y desfilan por su pecho como un gran ejército dispuesto a atacar. Se disponen rodeando a las células cancerosas grises y débiles y como son muchísimos y agresivos comenzarán a destruir una a una todas las células grises con tal fuerza y rapidez que su victoria será inevitable (pausa).

Una a una las células grises han quedado vencidas, destruidas, transformadas en polvo muerto que su cuerpo eliminará naturalmente.

Respire profunda y aliviadamente e imagínese a sí misma libre del cáncer y llena de salud, caminando por una playa soleada, por el campo o tomando un baño... imagínese a sí misma fuerte, repuesta, lista para realizar su actividad normal, para proponerse hacer algo que desee hacer y que ahora usted sabe que podrá hacer. Ponga en su pensamiento alguna de esas cosas que desea hacer, algún propósito o meta que quiere alcanzar, imagine cuan fuerte se siente usted ahora y cuan contenta está de poder vivir y lograr sus objetivos. (Pausa).

Ahora le pediré que, conservando esta imagen de lo hermosa que es la vida, de su propia fuerza y voluntad para vivir, vaya lentamente reintegrándose a esta sala, respirando tranquilamente y cuando usted lo desee abrir sus ojos.

APÉNDICE E
MANUAL INSTRUCTIVO DE AUTOCUIDADO

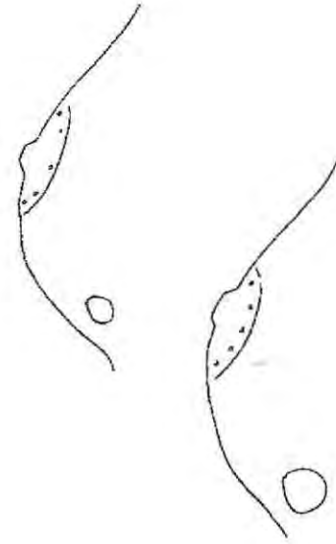
**MANUAL INSTRUCTIVO DE AUTOCUIDADO:
MARÍA QUIERE SABER...**

María es una mujer como usted o como yo. Tiene 45 años de edad, hace 2 años sufrió un cáncer de mama y la mastectomía radical de su pecho izquierdo. María piensa que ella misma debe cuidarse responsablemente para no tener recaídas ni ver perjudicada nuevamente su salud. Por este motivo, ella acudió a su doctora en busca de información relacionada con la enfermedad y qué puede hacer ella para mantenerse saludable.

A continuación describiremos para usted nuestra conversación con María, esperando ayudarle a usted del mismo modo que ayudamos a María.

1. ¿Qué es el cáncer de mamas?

El cáncer es una enfermedad tan antigua como la historia de la humanidad. Ocurre cuando una célula normal de su cuerpo, ubicada en su pecho, cambia y comienza a multiplicarse desordenadamente. Puede transformarse en una masa como un nódulo o dispersarse por toda la región.

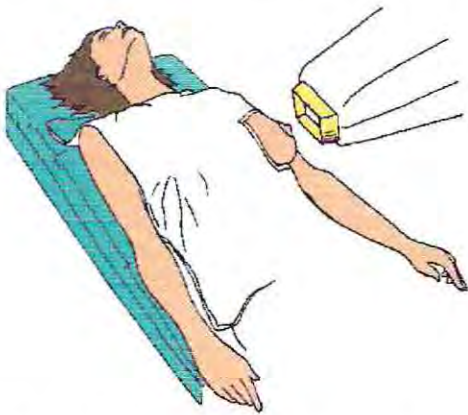


2. ¿Es verdad que el cáncer es mortal?

El cáncer es una enfermedad más delicada que otras, esto quiere decir que si no es bien tratado puede existir riesgo de muerte. Actualmente, existen técnicas de tratamiento avanzadas y efectivas para el cáncer de mama. Si el cáncer de mama es detectado a tiempo y usted asiste regularmente a su tratamiento, colaborando con los médicos en lo que ellos le señalen, lo más probable es que podrá recuperarse y llevar una vida normal.

3. ¿A qué tratamiento se refiere usted?

Existen varios tratamientos, dependiendo de su organismo, y del tipo de enfermedad que usted tenga, los médicos podrán elegir el más adecuado, por ejemplo: la mastectomía consiste en la extirpación de la mama. La radioterapia consiste en exponer la zona afectada por el cáncer a radiaciones especialmente calculadas en cantidad e intensidad, de modo que afecten a las células malignas, minimizando el daño a los tejidos normales.



La quimioterapia consiste en administrar a su organismo ciertos fármacos que atacarán las células cancerosas, inhibiendo o impidiendo su división, llevándolas hacia la muerte e impidiendo su salida hacia otras zonas del cuerpo. Y la hormonoterapia, que tiene una acción similar a la anterior, pero es recomendable para mujeres postmenopáusicas.

Todos estos tratamientos tienen por objeto destruir a las células

malignas y evitar que puedan reaparecer otras nuevas.

4. ¿Es verdad doctora que se cae el pelo, o que uno engorda?

Lo primero a tener en cuenta es que tanto la enfermedad como las respuestas que su organismo tenga a los tratamientos son siempre individuales, o sea que ningún paciente va a sentir lo mismo que otro aunque tenga el mismo diagnóstico y el mismo tratamiento. Además la forma de reaccionar de su organismo depende mucho de lo que usted haga durante el tratamiento, es decir, usted puede ayudarse a sí misma a sentirse mejor.

Lo segundo a considerar es que hay algunos efectos colaterales que se repiten con mayor frecuencia, por ejemplo, con la quimioterapia puede caerse el pelo, perder peso o sentirse más gorda. Con la radioterapia puede researse o irritarse la piel y perder el vello de la zona expuesta o perder peso.

Lo tercero, y tal vez más importante a tener en cuenta es que los efectos antes mencionados no son permanentes, sino que se pasarán al terminar el tratamiento (un par de semanas).

5. *Doctora, usted me ha dicho que hay cosas que yo puedo hacer para sentirme mejor, ¿podría explicarme un poco más de qué se tratan estas cosas?*

Efectivamente, para sentirse mejor y ayudar a que el tratamiento sea más efectivo, hay cosas que usted puede y debe hacer y otras que debe evitar. A esto llamaremos medidas de autocuidado. Las cuales le explicaré a continuación:

Si usted ha tenido una mastectomía recientemente:

Las primeras dos semanas procure descansar y alimentarse bien para que su cuerpo recupere energías. Comience a retomar sus actividades cotidianas sin esforzarse demasiado. Es conveniente que una vez que la herida haya cicatrizado, usted empiece a hacer pequeños ejercicios para entrenar la movilidad de su brazo, por ejemplo movimientos circulares como limpiar vidrios, sin hacer fuerza exagerada, salir a caminar, o distraerse con las cosas que más le agraden.



Es comprensible que ud. pueda sentirse molesta, triste o incómoda por la pérdida de su pecho. La imagen de su cuerpo ha cambiado y esto puede ser extraño para usted. Muchas pacientes recurren al uso de prótesis de la mama, esto las ayuda a sentirse mejor, ya que nadie que la viese podría notar alguna diferencia. Si no cuenta con los medios económicos para adquirir una prótesis puede fabricarla ud. misma, confeccionando un saquito de género suave, relleno con alpiste, y cosiéndolo a su sostén. Recuerde siempre que para verse bien hay que sentirse bien.

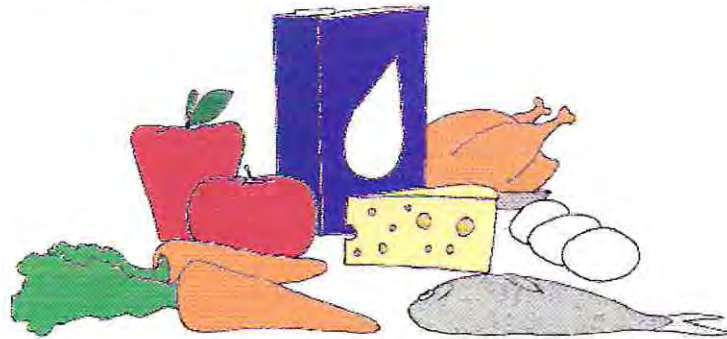


Si usted está asistiendo a radioterapia :

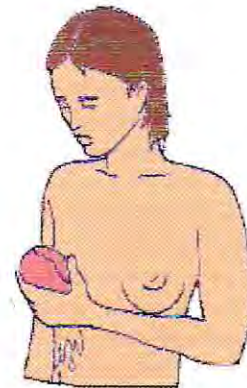
Procure descansar cada vez que su cuerpo lo necesite, recuerde que su organismo está usando energía extra para regenerar células normales que hayan sido dañadas por lo tanto, si siente fatiga o cansancio duerma tanto tiempo como su cuerpo se lo pida.

Mantenga una buena nutrición, pues su cuerpo necesita estar fuerte para afrontar el tratamiento. Debido a los cambios en las células normales durante el tratamiento, usted podría sentir náuseas, dolor de estómago, cambios en el sabor, dificultades para tragar y aversión a olores, por esto es necesario que usted vaya alternando y variando alimentos, haciendo todos los esfuerzos para mantener su ingesta de calorías y proteínas altas. Estando bien alimentada usted tendrá la fortaleza para regenerar nuevos

tejidos de su organismo y ayudar a su mejoría. Hay alimentos esenciales que usted puede alternar, o variar sus acompañamientos para hacerlos más atractivos. Por ejemplo, coma frutas y verduras como zanahorias, betarragas y tomates que tienen vitamina A lo que ayuda a la regeneración celular; leche y sus derivados, huevos, pescado, pollo, carne, etc. Evite las grasas que le pueden hacer ganar peso más que nutrirle bien.



Evite mojar las zonas expuestas al tratamiento hasta que éste haya terminado. Si las líneas que marcan el área de tratamiento se borran, comuníquese al tecnólogo. Si se baña, cuide de secarse suavemente la zona afectada sin frotar. No use jabones, perfumes, desodorantes o talcos que pueden irritar su piel; si su médico lo autoriza puede usar cremas o jabones de bebé.



Use ropa ligera, suave, no ajustada, de algodón, que cubra las zonas afectadas. No sólo por mayor comodidad, sino porque algunas de las marcas podrían ser removidas y además podrían producirse irritaciones en las zonas irradiadas que en general quedan más sensibles. Proteja el área tratada del sol. Si es posible cúbrala con ropas claras antes de salir a la calle. No se rasque o resfriegue la piel aun cuando sienta escozor o picor, ni use ningún tipo de remedio casero para aliviar la picazón. No se aplique calor o frío extremo (almohadas calientes, cubos de hielo, guateros, etc.) en las áreas de tratamiento, ya que podría dañarse su piel sensible. Para bañarse use sólo agua tibia, evitando los baños prolongados de tina.

En relación a su vida sexual, el tratamiento podría afectar el balance hormonal normal, disminuyendo su apetito sexual, recuerde entonces que la sexualidad se expresa no sólo en el acto sexual mismo, existen variadas formas de mostrar nuestro amor y nuestro interés por la pareja, además no olvide que todos estos signos desaparecerán una vez finalizado el tratamiento.



Si usted está siendo tratada con quimioterapia:

Al igual que con la radioterapia, la quimioterapia produce un desgaste mayor de su organismo, por lo tanto es natural que sienta algún cansancio o fatiga. En este caso procure descansar cada vez que su cuerpo lo necesite y de mismo modo como le explicamos en el punto anterior es fundamental que cuide su nutrición. Recuerde que su organismo está utilizando energías extras y usted puede reponerlas y aumentarlas alimentándose siguiendo las mismas indicaciones sugeridas para la radioterapia.

Es posible que usted se sienta un poco nerviosa al momento de recibir el tratamiento, en estos casos puede sentir náuseas e incluso tener la sensación de que va a vomitar, de ser así procure relajarse, distraerse, pensar en otra cosa, pues usted tiene la capacidad para controlar estas sensaciones desagradables cambiándolas por tranquilidad. De este modo, estará

ayudando a su cuerpo a recibir el tratamiento de un modo mejor, y a disminuir las molestias que pudiesen presentarse después del tratamiento.

Algunas personas pueden presentar, como efectos colaterales del tratamiento, pérdida del cabello, erupciones de la piel o retención de líquido, le recordamos una vez más que estos signos desaparecen una vez finalizado el tratamiento y además que varían de una persona a otra. Si usted se viese afectada por alguna de estas cosas, puede intentar otras alternativas para sentirse más atractiva, por ejemplo, poner especial cuidado en su maquillaje, en las cremas que usa, en la ropa que lleva, etc., así distraerá la atención hacia otras partes de su cuerpo. Mírese en el espejo, sonría, siéntase bella, busque en su interior aquellos atributos que la hacen querible y atractiva a los demás.



Esta puede ser una etapa distinta de su vida. para crecer como mujer, y quienes la rodean aprenderán de usted y admirarán su valor para salir adelante.

6. Doctora, ¿Ud. podría resumir una lista de consejos de lo que debo hacer para sentirme mejor?

En cuanto a la alimentación:

(a) Si ud ya no siente deseos de comer las cantidades que habitualmente ingería (almuerzo completo, desayuno, onces, cena) ya sea por falta de apetito o porque tiene dificultades para tragar, la poca cantidad de comida que ingiera debe ser altamente nutritiva, enriquezca en su contenido calórico, por ejemplo: agregue mantquilla o margarina a los fideos, al puré, etc.; agregue crema o leche a sus sopas, té o café; agregue crema o queso derretido a sus vegetales favoritos.

(b) Si tiene dificultades para tragar la comida, muélala en la juguera o pásela por cedazo. Si las molestias son muy severas trate una dieta líquida: jugos, consomé, gelatinas y purés.

(c) Evite el exceso de condimentos en sus recetas. Si siente rechazo por olores límitese a alimentos que tengan aroma suave y que puedan servirse heladas o a temperatura ambiente.

(d) Si ud. toma grandes cantidades de líquido, aún cuando no coma comidas sólidas, enriquezca dichas bebidas con cremas, miel, huevos u otros aditivos.

(e) *Coma frecuentemente pequeñas cantidades de comida o bocadillos, aún cuando no sean horarios de comida.*

(f) *Camine un poco antes de las comidas para aumentar su apetito.*

(g) *Cree un ambiente de comida agradable, use luz suave, música tranquila, si le gusta la compañía procura comer con amigos, con su familia, etc., haga cualquier cosa que le ayude a sentirse mejor mientras come.*



(b) *Varíe diariamente sus recetas, de modo que no llegue a sentir rechazo por algunos alimentos que pueden ser muy importantes, como carnes, pollo, huevos, etc.*

En cuanto a sus molestias en el momento de la quimioterapia o radioterapia:

(a) *Si su estómago se siente incómodo antes del tratamiento, trate de comer comida blanda, como tostadas o galletas de soda o agua y líquido. Este tipo de efectos puede tener mucho que ver con sus emociones y actitud hacia el tratamiento,*

trate de usar los minutos de espera para relajarse, leer una revista, tejer, hacer un puzzle, etc.

(b) *Puede producirse asco o náuseas por un par de horas una vez finalizada la sesión de radioterapia, si este es su caso evite comer por un par de horas antes de la hora del tratamiento, ya que podría tolerarlo mejor con el estómago vacío.*

(c) *Durante la aplicación del tratamiento, piense en cosas o situaciones agradables, para ayudarse a distraer la atención. Busque un objeto en la sala y obsérvelo atentamente, por ejemplo un reloj, una ventana, una lámpara.*

En cuanto a su imagen corporal:

(a) *Tómese un tiempo para arreglarse antes de salir, ponga mayor atención en su maquillaje, en los colores que viste, en su peinado, invente nuevas combinaciones, de este modo captará la atención en distintas partes de su cuerpo y esto le ayudará a sentirse más atractiva y segura de sí misma.*

(b) *Cuide que sus baños, sean con agua tibia, y en caso de estar en tratamiento de radioterapia, tenga especial cuidado al secarse la zona irradiada sin frotarse, en lo posible evite mojar la zona irradiada.*

(c) *Recuerde que muchas personas han sufrido la extirpación de órganos enfermos como riñones, apéndice, útero, ovarios, etc. La mastectomía cumple una función similar a estas operaciones. Por lo tanto, no dude en usar prótesis lo antes posible después de la cirugía, si esto le ayuda a sentirse mejor.*

Consejos generales:

(a) *Evite fumar y beber alcohol.*

(b) *No ingiera ningún medicamento ni remedio casero, sin antes consultarlo con su médico.*

(c) *No se exponga irresponsablemente a los rayos del sol.*

(d) *Evite tomar objetos muy pesados y hacer fuerzas innecesarias:*

(e) *Asista regularmente a sus sesiones de tratamiento y de control.*

Esperamos haber contestado a todas sus dudas. Ahora que ya sabe cuán importante es su participación en su tratamiento y que cuenta con los consejos básicos para hacerlo, es momento que Ud. decida ser parte de este equipo al igual que los médicos, enfermeras, tecnólogos, etc. Imagine que competiremos en una difícil carrera contra el cáncer y que Ud. es la corredora en la cancha. Para competir deberá prepararse, alimentarse con energías, vestirse con el equipamiento adecuado, entrenar arduamente, precalentar antes de comenzar y finalmente, correr con todas sus fuerzas para llegar a la meta y ganar esta carrera.

APÉNDICE F
RESÚMENES ESTADÍSTICOS

RESUMEN DE ANOVA

Tabla N° 1

Análisis de varianza : Variable estilos de afrontamiento.

<i>Fuente</i>	<i>Sc</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Tiempo	67,60	1	67,60	1,04761	0,312886926	4,113161367
Tratamiento	518,40	1	518,40	8,03375	0,007482089	4,113161367
Interacción	396,90	1	396,90	6,15084	0,017948108	4,113161367
Error	2323,00	36	64,52			
Total	3305,90	39				

Tabla N° 2

Análisis de varianza : Variable , respuesta al estrés

<i>Fuente</i>	<i>Sc</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Tiempo	84,1	1	84	4,73	0,03625148	4,113161367
Tratamiento	672,4	1	672	37,83	0,00000044	4,113161367
Interacción	168,1	1	168	9,46	0,00399823	4,113161367
Error	639,8	36	18			
Total	1564,4	39				

Tabla N° 3

Análisis de varianza : Variable adaptación a la enfermedad.

<i>Fuente</i>	<i>Sc</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Tiempo	0,6	1	0,6	23,49	0,00002401	4,113161367
Tratamiento	0,7	1	0,7	25,40	0,00001329	4,113161367
Interacción	1	1	1	36,11	0,00000068	4,113161367
Error	1	36	0			
Total	3,2	39				

Tabla N° 4

Análisis de varianza : Variable información.

<i>Fuente</i>	<i>Sc</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Tiempo	4,9	1	4,9	1,69	0,20233023	4,113161367
Tratamiento	36,1	1	36	1,42	0,00117454	4,113161367
Interacción	10	1	10	3,44	0,07177431	4,113161367
Error	104,6	36	2,9			
Total	155,6	39				