

DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, APLICACIÓN TERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA.

Autora: Angulo Dávila Gloria del Carmen

Palabras clave: Terapia Conductual-Cognitiva; Ansiedad; Depresión; Estrés; cáncer de mama.

Adscripción Institucional: Universidad Central del Ecuador y Hospital Carlos Andrade Marín
Quito-Ecuador

carmenangulo2020@yahoo.es

Introducción

El estudio de la temática del Proyecto “Disminución de la ansiedad, depresión y estrés, en mujeres que tienen cáncer de mama y que asisten a consulta externa del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, mediante la aplicación del Modelo de Terapia Conductual Cognitiva”, es de importancia para el mejoramiento de los estilos de afrontamiento y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

El propósito principal fue probar la eficacia de las Técnicas de la Terapia Conductual Cognitiva propuestas en el modelo de intervención psicoterapéutica en la disminución de la ansiedad, depresión y estrés en mujeres con cáncer de mama y, motivar a las comunidades locales científica y universitaria para que promuevan investigaciones y programas sobre la problemática del cáncer asociada al psiquismo de las pacientes.

El tipo y diseño de investigación fue empírica, pre-experimental; permitió el análisis, descripción y explicación de causas y factores constituyentes para producir la modificación de la ocurrencia de las manifestaciones psíquicas asociadas al cáncer de mama y aproximarnos a una investigación experimental en situaciones en las que no es posible el control y manipulación suficientemente rigurosos de las variables intervinientes, se trabajó con una muestra de 20 pacientes mujeres con cáncer de mama, con diseño no probabilístico, la selección fue clínica y psicométrica.

Se utilizó el método científico específicamente el hipotético-deductivo, los resultados de la investigación fueron procesados mediante técnicas de la estadística descriptiva e inferencial, para determinar si el tamaño del cambio del pre vs post tratamiento en las variables intervinientes superan a lo esperado por azar con una probabilidad de $p < 0,05$.

Se intervinieron las variables: Dependientes: ansiedad, depresión y estrés; Independientes: Técnicas de Relajación y Entrenamiento Respiratorio de Schultz: Entrenamiento Autógeno (1932) Ciclo Inferior; Reestructuración Cognitiva Ellis (1962) y Beck (1962) y el

Entrenamiento en Autorreforzamiento (Beck) y Rehm (1977)), de la Terapia Conductual-Cognitiva; e Interviniente, interventora o antecedente simple “Cáncer de mama”.

Los datos se recogieron en forma directa, a través la aplicación de una Entrevista Estructurada “ad hoc”; tres test psicométricos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) J.J, Miguel-Tobal y Cano Vindel 1986-1988; el test de Beck Depression Inventory (BDI). Escala Autoaplicada de Beck para la Evaluación de la Depresión (BDI) et. al, 1961-1974; y, la Scale Mental Adjustment to Cancer Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), (Watson y Greer 1988) para el Estrés, en las etapas pre y post intervención, con las pacientes oncológicas participantes en un Programa de Psicoterapia con orientación Conductual Cognitiva. Se demostró la eficacia de un paquete de Técnicas de la Terapia Conductual Cognitiva, como: Técnica de Control de la Activación: Relajación y Entrenamiento Respiratorio de Schultz (1932): Entrenamiento Autógeno Ciclo Inferior, Terapia Racional Emotiva y de Reestructuración Cognitiva. Reestructuración Cognitiva Ellis (1962), Beck (1963); y, Técnicas de Programación Conductual. Entrenamiento en Autorreforzamiento (Beck (1963) y Rehm (1977), en la disminución de la ansiedad, depresión y estrés en mujeres con cáncer de mama.

La intervención se realizó en grupo y se empleó reforzamiento conductual intra-sesión con actividades lúdicas usando el Principio de Premack, de manera que la intervención fue reforzada por la actividad inicial en procura de mejorar la adherencia al tratamiento, y, luego el desarrollo de cada sesión fue reforzado por la actividad lúdica final.

Objetivos de la intervención

General

Estudiar la disminución de la ansiedad, depresión y estrés de mujeres que tienen cáncer de mama, que asisten a consulta externa del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, mediante la aplicación de las técnicas de Relajación y Entrenamiento Respiratorio, Reestructuración Cognitiva, y Entrenamiento en Autorreforzamiento del Modelo de Terapia Conductual - Cognitiva.

Específicos:

1. Identificar psicométricamente la intensidad de la ansiedad, depresión y estrés en mujeres con cáncer de mama, a través de la aplicación de una evaluación pre y post tratamiento con los test de: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), el test de Beck Depression Inventory (BDI). Escala Autoaplicada de Beck para la Evaluación de la Depresión (BDI), y la Scale Mental Adjustment to Cancer (MAC) - Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC).

2. Medir los efectos que tiene la intervención terapéutica Conductual-Cognitiva, en mujeres con cáncer de mama que presentan ansiedad, depresión y/o estrés con la aplicación de Técnicas de Relajación y Entrenamiento Respiratorio; Reestructuración Cognitiva; y, Entrenamiento en Autorreforzamiento.

Materiales

1. Encuesta Estructurada (Ad Hoc) (Adj.1)

Su objetivo fue conocer las condiciones médicas, psicológicas, sociales y familiares que rodearon a la paciente con cáncer de mama, antes y durante el tratamiento médico, para tener un patrón de referencia situacional, que permita centrar u orientar el diseño del tratamiento psicoterapéutico y complementar el estudio de la variable interviniente, interventora o antecedente simple “Cáncer de mama”.

La Entrevista Estructurada, consta de 13 preguntas y un total de 79 opciones de respuesta. Las preguntas hacen referencia a los siguientes temas: profesional que brindo información, calidad de la información, tipo de tratamiento, miedo ante el cáncer y la muerte, cambios en los patrones de vida, ansiedad, depresión, preocupación sobre la hospitalización, intervención quirúrgica y tratamiento, tipo de afrontamiento a la enfermedad, autoestima e imagen corporal y factores de recuperación, redes de apoyo, información sobre estrategias paliativas, y conocimiento sobre nuevos tratamientos, relaciones y apoyo familiar, ambiente familiar, situación económica y trabajo.

La aplicación fue individual, en relación directa con la paciente y de carácter confidencial. En la experiencia, se requirió un tiempo de 30 a 40 minutos, la consigna fue que la paciente ponga una X en las respuestas con las que está de acuerdo y complete las que se requieran.

Los temas de la Entrevista Estructura se agruparon en los siguientes bloques de investigación: Información Médica, Información Psicológica, Apoyo Social, Apoyo Familiar. Para la evaluación de los resultados se tabuló y se procesó estadísticamente la información.

2. Test Psicométricos:

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (J.J, Miguel-Tobal y Cano Vindel 1986-1988);
- El test de Beck Depression Inventory (BDI). Escala Autoaplicada de Beck para la Evaluación de la Depresión (BDI) et. al, 1961-1974;
- Scale Mental Adjustment to Cancer (MAC) Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) (Watson y Greer 1988).

3. Diseño de autorregistros utilizados para consignar los resultados de las Técnicas aplicadas:

- Relajación y Entrenamiento Respiratorio;
- Restructuración Cognitiva de Ellis y Beck; y,
- Técnica de Autorreforzamiento.

4. Otros complementarios:

Registro de asistencia a conferencia introductoria, Registro de inscripción para la evaluación pretratamiento, Evaluación psicométrica pre-tratamiento, Informe de resultados de la evaluación psicométrica Pre-tratamiento de la ansiedad, depresión y estrés, Carta Compromiso de asistencia al Programa de Terapia Conductual-Cognitivo, Matriz de asistencia a sesiones de Terapia Cognitivo-Conductual Grupal, Registro de asistencia de las pacientes a las sesiones grupal e individual de Psicoterapia Conductual-Cognitiva.

Metodología

1. Actividades para iniciar el programa de intervención psicoterapéutica

a) Generales:

Selección de Instrumentos Psicométricos, Diseño de instrumentos complementarios, Organización del cronograma de trabajo, Selección de ayudantes, Elaboración de material informativo.

b) De proceso:

Socialización del Proyecto al equipo de profesionales del Servicio de Oncología, Campaña de difusión del Programa, Charla motivacional, tema: “Cómo afrontar el dolor emocional en pacientes con cáncer de seno”, Inscripción de participantes para el proceso de evaluación psicométrica pre-tratamiento.

2. Conformación de grupos de estudio

a) De una población clínica del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, de 141 pacientes con cáncer de seno al mes de marzo del 2007, se inscribieron a la pre-evaluación 41 pacientes.

b) Se establecieron los criterios clínicos y Psicométricos de inclusión al Programa.

- Mujeres con altos puntajes en el test de “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad”, (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1986-1988) (percentil 75 ó mayor en uno o más de los 8 factores de ansiedad).

- En el test de Beck Depression Inventory (BDI). “Escala Autoaplicada de Beck para la Depresión” (BDI) et al., 1961, 1974) (puntajes directos de 17 ó más puntos de BDI de Beck).
- Scale Mental Adjustment to Cancer (MAC) Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) (Watson y Greer 1988) (F1 menor a 50 puntos porcentuales)

c) Se establecieron los criterios clínicos de exclusión al Programa.

Pacientes con: Trastorno psicótico, Retardo mental, Demencia, Uso de fármaco terapia psicotrópica.

3. Evaluación inicial o pre-tratamiento y conformación del grupo de intervención

Al iniciar ésta evaluación, se explicó a las pacientes sobre el tipo de Instrumentos a ser aplicados. El proceso fue el siguiente:

- Primera sesión, se aplica la Entrevista Estructurada, con carácter confidencial e individual a 41 pacientes preinscritas al Programa de Psicoterapia Conductual-Cognitiva. Tiempo de duración 5 días.
- Segunda sesión, se explicó la hoja de respuestas y la forma de consignar la opción que seleccionen.

De forma grupal se aplicó los tres Test Psicométricos, en un solo día:

- “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad”, (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1986-1988).
- El test de Beck Depression Inventory (BDI). Beck Depression Inventory (BDI). “Escala Autoaplicada de Beck para la Depresión” (BDI) et al., 1961, 1974)
- Scale Mental Adjustment to Cancer Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) (Watson and Greer, 1988). Tiempo de aplicación 120’.

Se selecciona una muestra no aleatoria de 20 pacientes mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

- La organización de los grupos fue autoseleccionada de acuerdo a las disponibilidades horarias de las pacientes. Se conformaron dos grupos de terapia: uno en jornada matutina y otro en jornada vespertina.
- Se realizaron sesiones grupales e individuales:
 - Sesiones en Grupo:
Dos sesiones por semana en jornada matutina y vespertina. Duración por sesión de 60’. 27 sesiones por cada grupo de terapia. Total 54 horas.
 - Sesiones Individuales: En los casos más severos (puntuación 95 ó más en ISRA; y/o 35 ó más en BDI), Mantenimiento de ganancias, Duración por sesión 30’.

54 sesiones. Total 27 horas.

El proceso terapéutico duro 6 meses

4. Intervención Psicoterapéutica

En las Sesiones de Terapia Conductual-Cognitivo grupales se aplicó las técnicas:

1. Técnica de Control de la Activación: Relajación y Entrenamiento Respiratorio de Schultz (1932): Entrenamiento Autógeno Ciclo Inferior, con el objetivo de inducir mediante ejercicios una “desconexión” que suponga un determinado cambio de actitud y una nueva forma de afrontar las demandas del medio.
2. Terapia Racional Emotiva y de Reestructuración Cognitiva. Reestructuración Cognitiva Ellis (1962), Beck (1963), a fin de identificar de las cogniciones irracionales y autoderrotantes y sustituirlas por conversación benigna, no catastrófica, de las afirmaciones internas generadoras de ansiedad. Se trabajaron las Distorsiones Cognitivas: Etiqueta, Autoetiqueta, Filtro mental, Pensamiento Todo o nada/blanco o negro, Debeismo, Lectura del Pensamiento, Falacia de Cambio.
3. Técnicas de Programación Conductual. Entrenamiento en Autorreforzamiento (Beck (1963) y Rehm (1977)), a fin de lograr que las pacientes obtengan, recuperen o incrementen el autocontrol en su comportamiento diario.

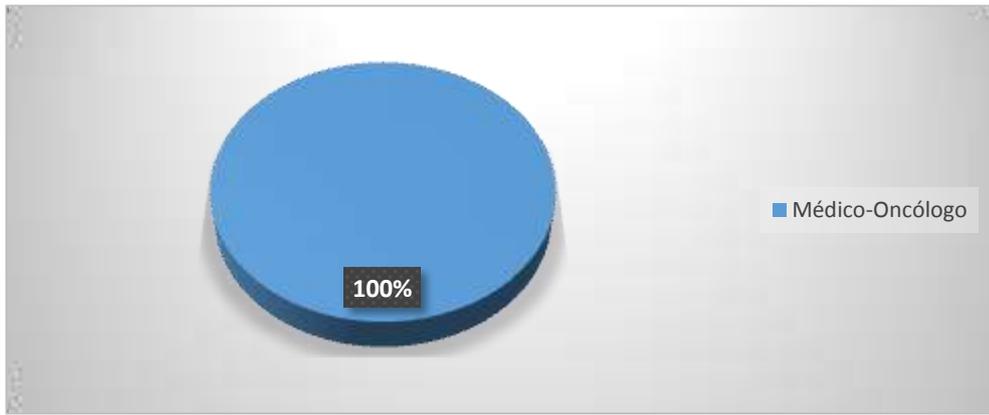
Como eje transversal en el proceso terapeutico se realizó Psicoeducación.

En sesiones individuales se trabajaron las siguientes técnicas: Desarrollo personal (autoestima), entrenamiento en asertividad, autocontrol, empatía y comunicación, resolución de problemas y toma de decisiones, psicodrama, roll play, escala de dominio/placer y relajación con visualización guiada.

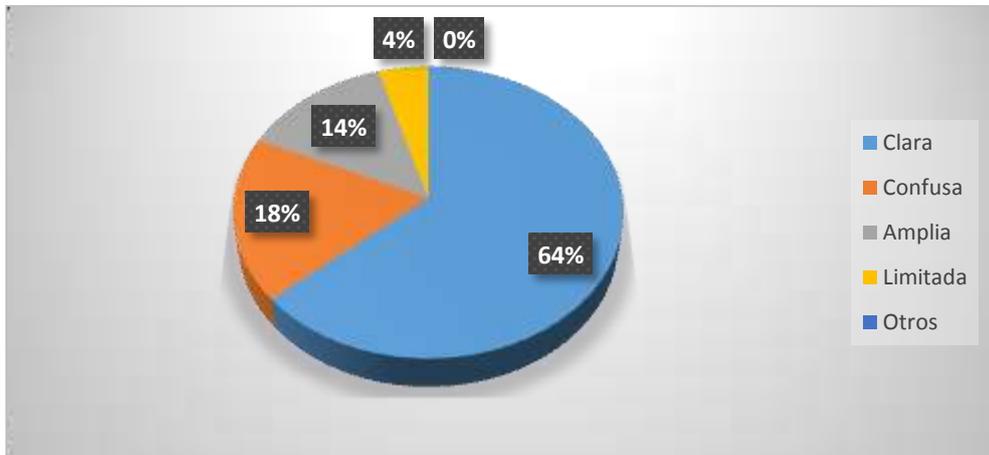
Al término del programa de intervención se les explicó que se volvería a evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés con los mismos Test Psicométricos en fase post-tratamiento.

Resultados

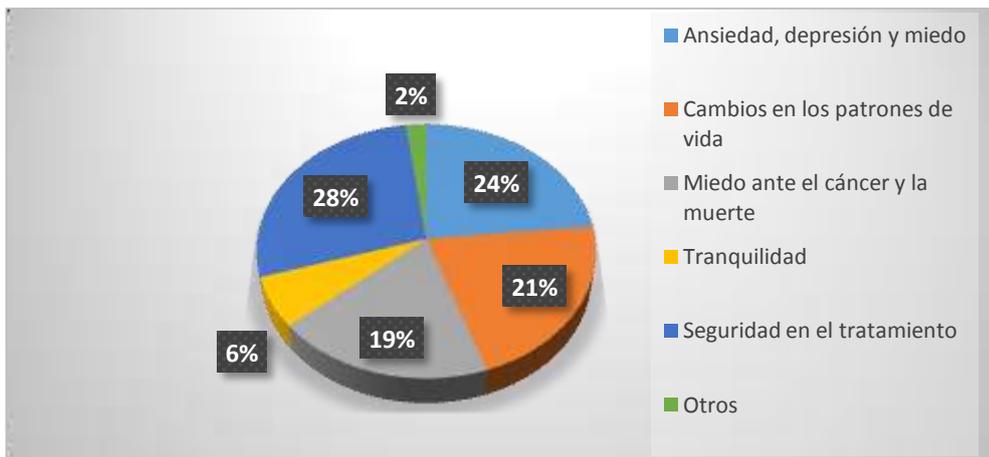
- A. Entrevista Estructurada aplicada a mujeres con cáncer de mama
 1. Tipo de profesional que suministro el diagnóstico



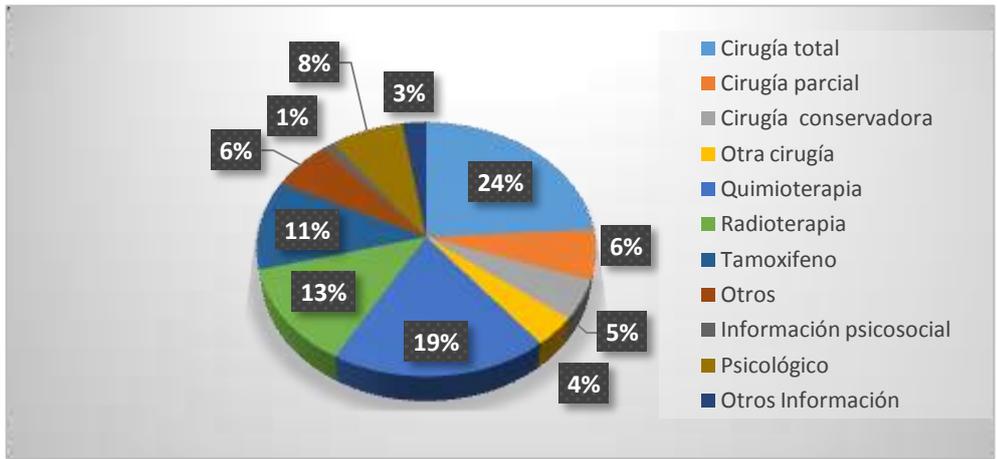
2. Calidad de la información ofrecida



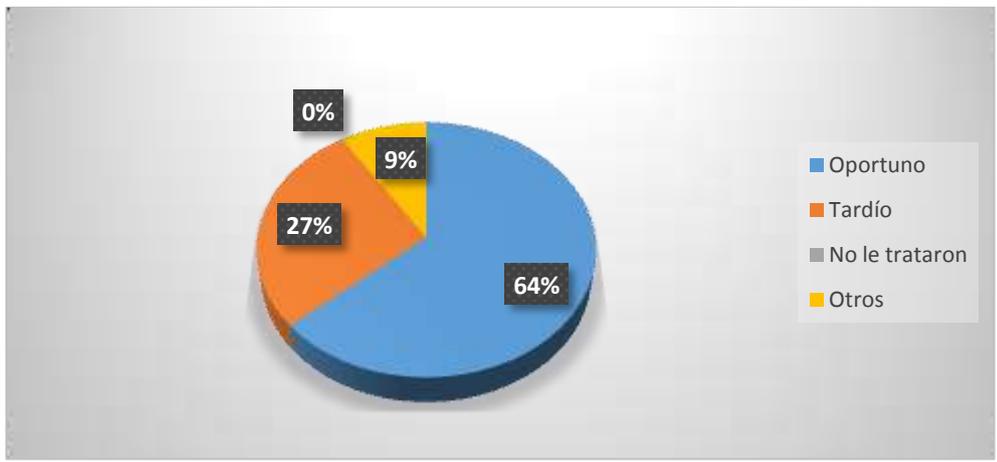
3. Reacciones emocionales subsiguientes a la información médica.



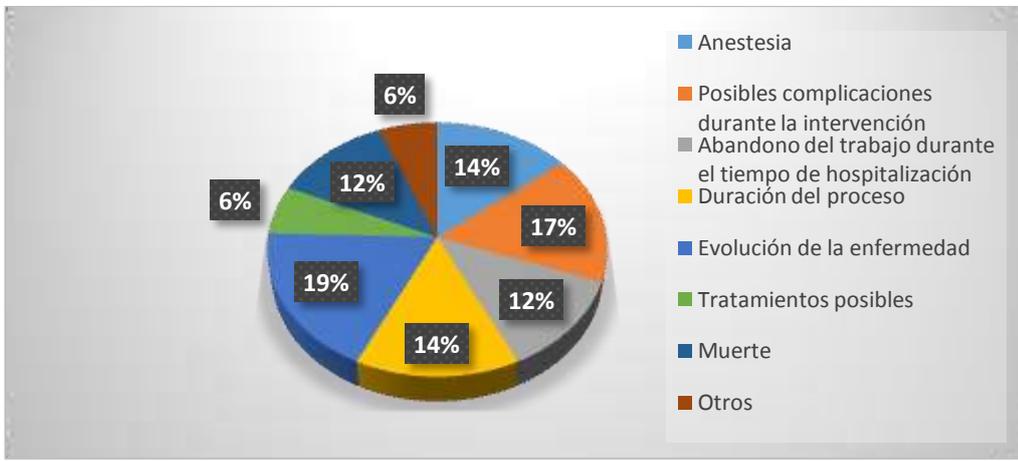
4. Tipo de tratamiento médico recibido



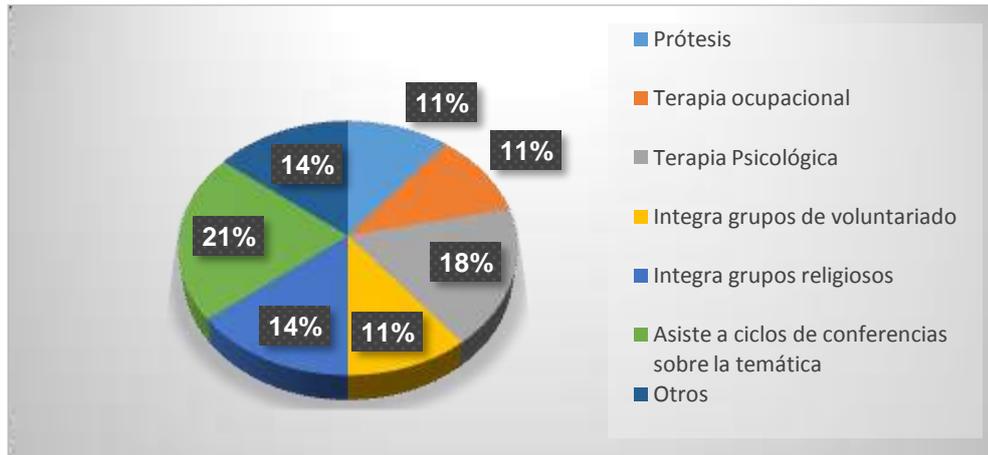
5. El tratamiento ofrecido



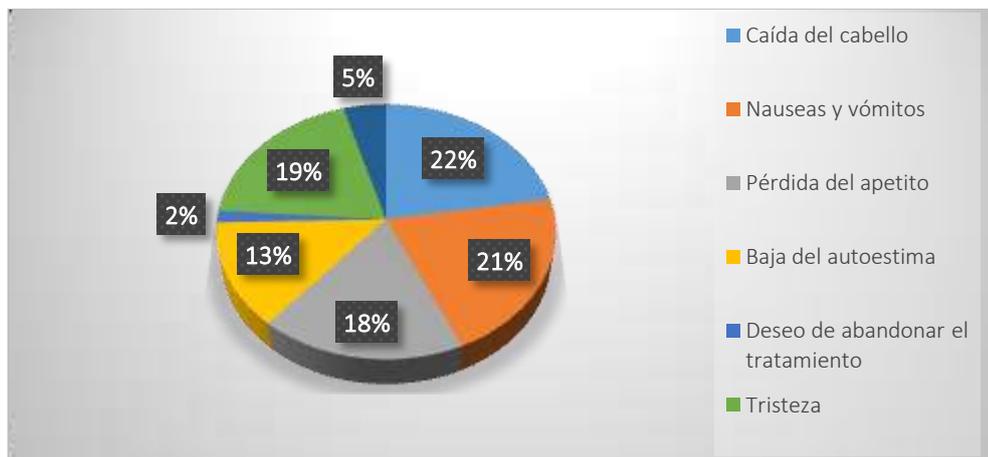
6. Miedos y preocupaciones ante la hospitalización, intervención quirúrgica y tratamiento



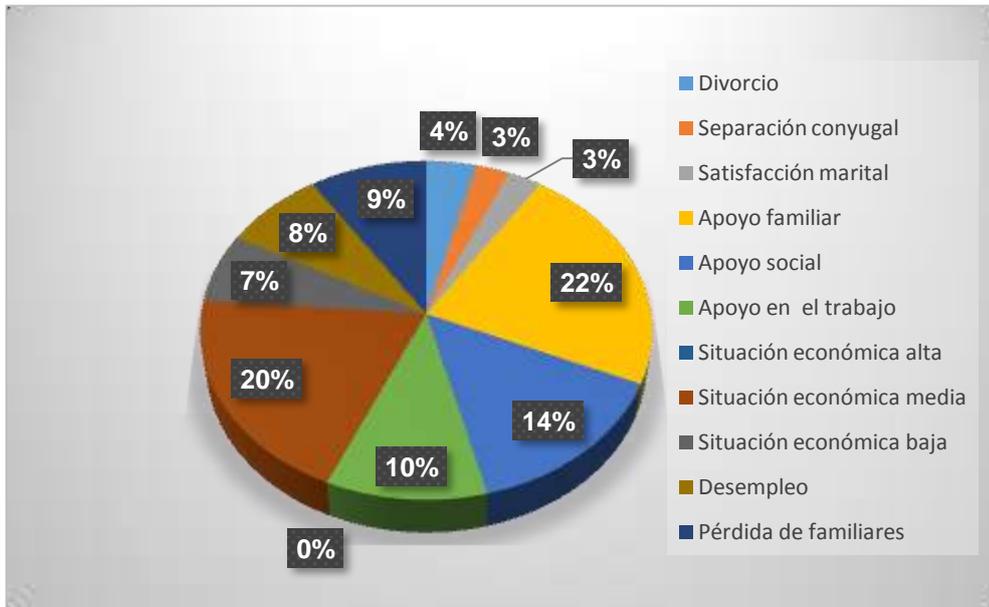
7. Información sobre estrategias paliativas



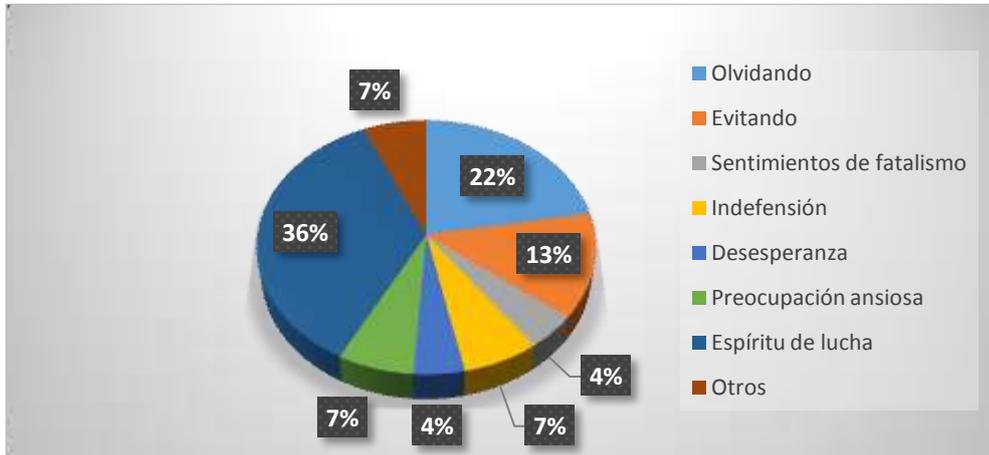
8. Reacciones frente a la administración del tratamiento médico



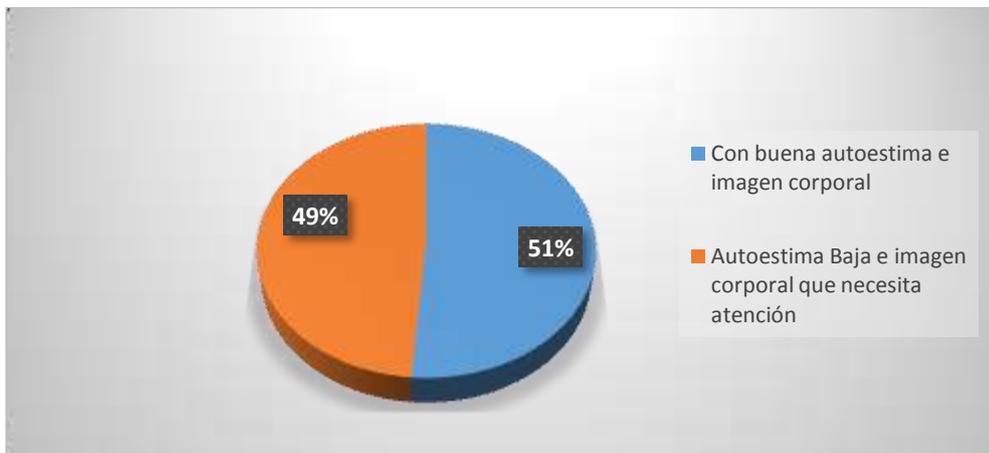
9. Ambiente y redes de apoyo



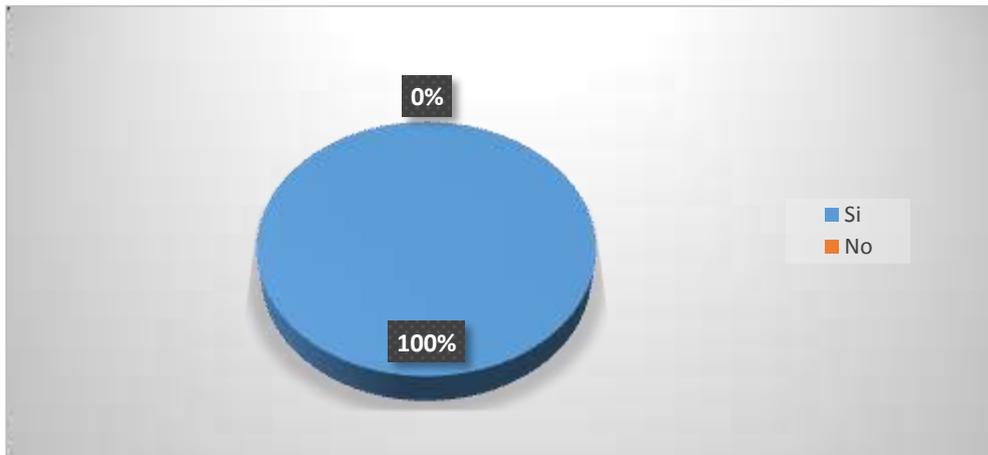
10. Afrontamiento de la enfermedad



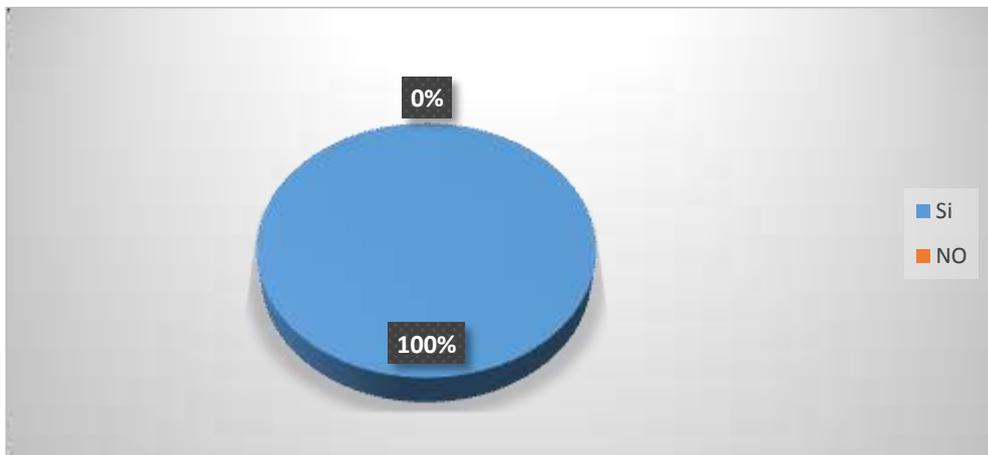
11. Autoestima e imagen corporal



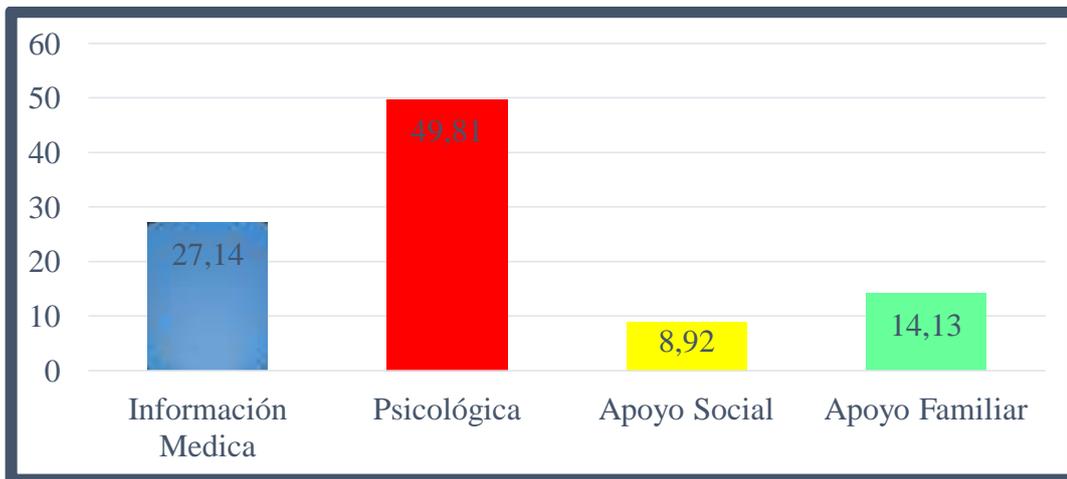
12. Posibilidad de tratamientos del cáncer de mama con elevadas tasas de recuperación



13. Actitud positiva del paciente con cáncer de mama, y su recuperación



Entrevista Estructurada por Bloques de Investigación Total



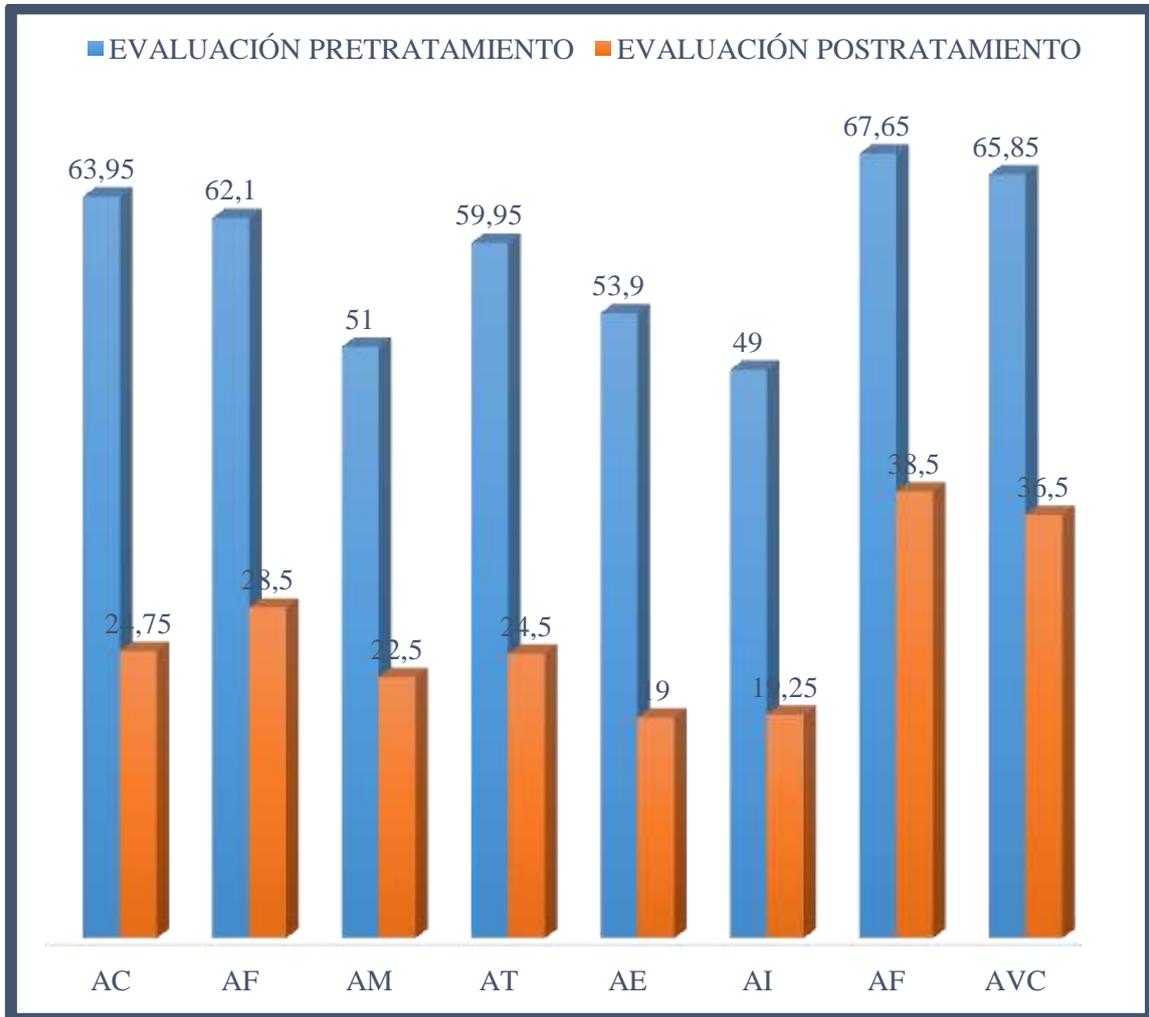
- ❑ Información Médica (Ítems 1-2-4-5): Profesional que brinda información, calidad de la información, tipo de tratamiento.
- ❑ Información Psicológica (Ítems 3-6-8-10-11-13): Miedo ante el cáncer y la muerte, cambios en los patrones de vida, ansiedad, depresión, preocupación sobre la hospitalización, intervención quirúrgica y tratamiento, tipo de afrontamiento a la enfermedad, autoestima e imagen corporal y factores de recuperación.
- ❑ Apoyo Social (Ítems 7-12): Redes de apoyo, información sobre estrategias paliativas, y conocimiento sobre nuevos tratamientos.
- ❑ Apoyo Familiar (Ítem 9): Relaciones y apoyo familiar, ambiente familiar, situación económica y trabajo.

B. Evaluación Pre y Post-tratamiento (Estadística Descriptiva)

Resultados medidos con el test ISRA en puntuaciones percentiles de ansiedad pre y post-tratamiento cognitivo conductual en un grupo de pacientes mujeres, con cáncer de mama, del Hospital CAM de Quito

EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO									EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO							
CASO	Cognitivo	Fisiológico	Motor	Total	Eva	Inter	Fóbica	Vida Cotidiana	Cognitivo	Fisiológico	Motor	Total	Eva	Inter	Fóbica	Vida Cotidiana
1	90	60	45	75	70	15	65	90	65	25	40	45	25	10	40	75
2	95	40	5	60	40	55	70	75	50	20	5	15	20	15	35	30
3	50	30	10	25	10	15	50	55	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5	20	5
5	99	99	95	99	99	85	99	99	55	80	35	60	55	65	60	85
6	45	25	20	25	10	5	30	40	5	5	5	5	5	5	10	5
7	85	95	80	90	90	70	95	85	30	35	45	50	40	50	70	70
8	95	99	70	95	90	95	90	99	10	80	5	25	35	15	35	80
9	55	80	75	70	75	80	70	55	5	20	40	10	5	30	30	30
10	90	90	95	95	99	80	95	95	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	45	10	5	10	45	20	5	5	10	5	5	5	5	15	10
12	50	55	85	60	25	5	85	50	15	70	65	45	40	10	75	35
13	35	35	35	30	35	5	55	45	5	25	5	5	5	5	15	30
14	50	25	10	25	25	20	35	45	55	40	10	35	30	60	60	35
15	95	90	75	90	80	95	90	90	5	5	5	5	5	5	15	5
16	90	85	85	90	95	85	85	80	65	45	70	65	40	40	75	55
17	5	5	10	5	5	5	35	35	5	5	5	5	5	5	5	5
18	90	99	70	95	95	60	95	95	30	30	50	45	30	5	65	55
19	60	85	45	65	30	65	85	75	25	5	5	15	5	30	55	45
20	90	95	95	95	90	90	99	99	35	55	40	40	15	15	80	65
Suma	1279	1242	1020	1199	1078	980	1353	1317	495	570	450	490	380	385	770	730
\bar{X}	63.95	62.10	51.00	59.95	53.90	49.00	67.65	65.85	24.75	28.50	22.50	24.50	19.00	19.25	38.50	36.50

Comparación pre y postratamiento de medias aritméticas de puntajes percentilares en ansiedad medida con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

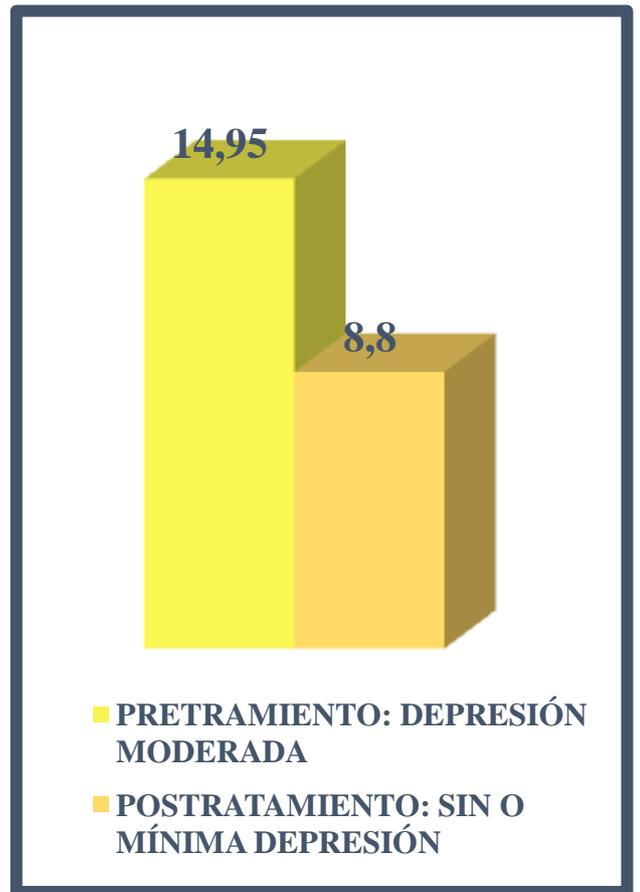


AC= ANSIEDAD COGNITIVA
AF= ANSIEDAD FISIOLÓGICA
AM= ANSIEDAD MOTORA
AT= ANSIEDAD TOTAL
AE=ANSIEDAD DE EVALUACIÓN
AI= ANSIEDAD INTERPERSONAL
AFB= ANSIEDAD FÓBICA
AVC= ANSIEDAD DE VIDA COTIDIANA

C. Resultados medidos con el test BDI en puntuaciones percentiles de depresión pre y post-tratamiento cognitivo conductual en un grupo de pacientes mujeres, con cáncer de mama, del Hospital CAM de Quito

CASOS	EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO
1	14	21
2	18	18
3	9	2
4	10	1
5	17	5
6	7	3
7	13	7
8	29	14
9	15	10
10	24	10
11	8	2
12	22	11
13	22	5
14	2	2
15	16	5
16	15	16
17	11	4
18	9	7
19	8	7
20	30	26
S	299	176
\bar{X}	14.95	8.80

Comparación pre y post-tratamientos de medias aritméticas de puntajes directos en depresión medidas con la Escala Autoaplicada de BECK para la evaluación de la depresión (BDI)

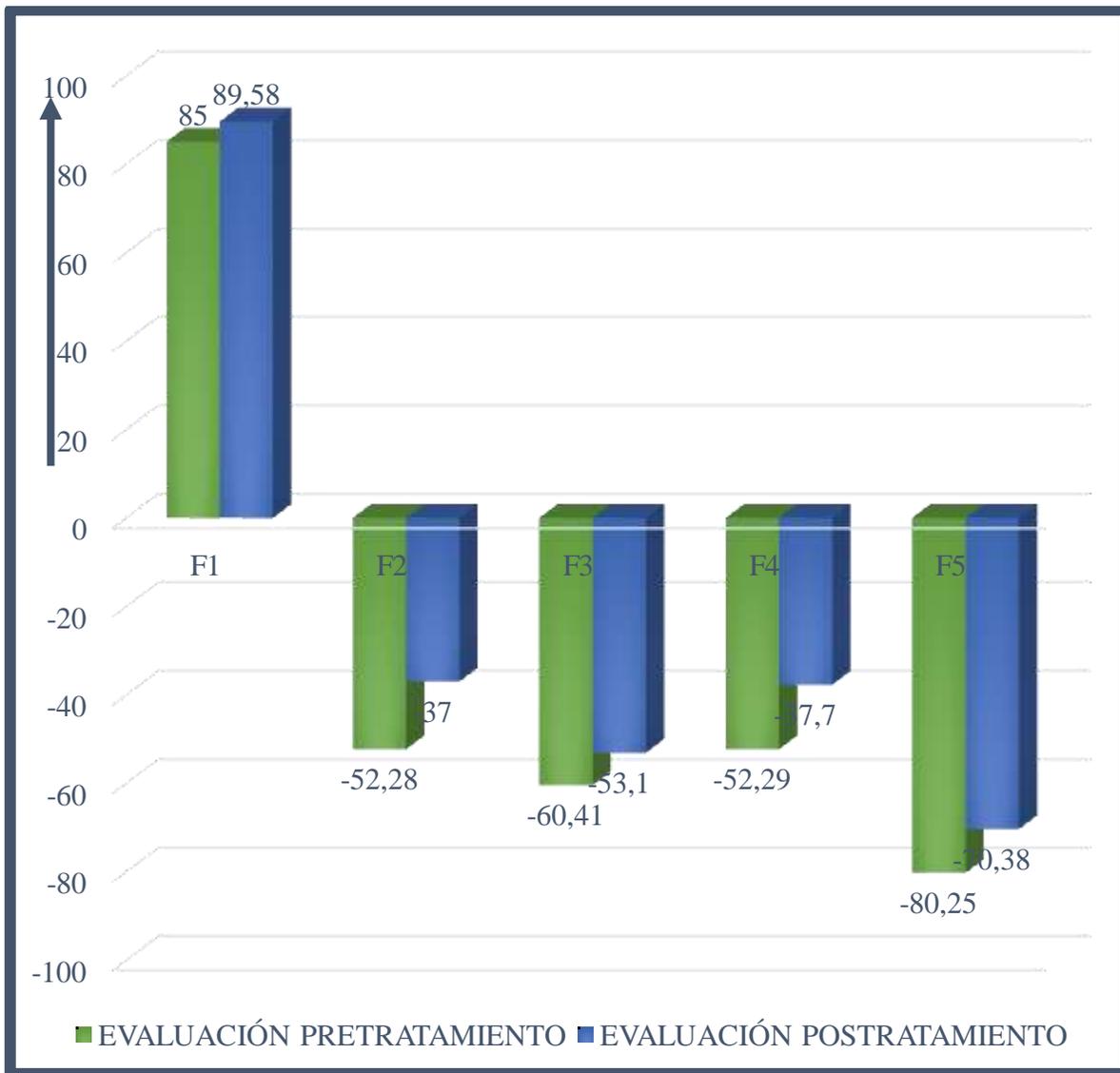


F1= estado de ánimo	F8= autoacusación	F15= capacidad laboral
F2= pesimismo	F9= impulso suicida	F16= trastornos del sueño
F3= sentimiento de fracaso	F10= llanto	F17= cansancio
F4= insatisfacción	F11= irritabilidad	F18= pérdida de apetito
F5= culpa	F12= aislamiento social	F19= pérdida de peso
F6 sentimiento de castigo	F13= indecisión	F20= hipocondría
F7= odio a sí mismo	F14= imagen corporal	F21= deseo sexual

D. Resultados medidos con el test MAC en puntuaciones percentiles pre y post-tratamiento cognitivo conductual en un grupo de pacientes mujeres, con cáncer de mama, del Hospital CAM de Quito

CASOS	EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO					EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO				
	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5
1	85.00	60.00	75.00	58.33	90.00	95.00	30.00	37.50	41.66	75.00
2	88.00	35.00	54.16	37.50	85.00	96.66	45.00	50.00	41.66	67.50
3	80.00	45.00	58.33	50.00	80.00	95.00	30.00	58.33	29.16	65.00
4	95.00	25.00	25.00	25.00	87.50	86.66	30.00	50.00	41.60	75.00
5	75.00	75.00	75.00	66.66	70.00	71.66	70.00	66.66	33.33	52.50
6	86.00	70.00	70.83	37.50	87.50	96.66	25.00	50.00	25.00	80.00
7	91.00	45.00	75.00	45.83	87.50	91.66	30.00	50.00	41.66	67.50
8	90.00	75.00	70.83	75.00	77.50	93.33	45.00	58.33	58.33	80.00
9	71.66	60.00	75.00	41.66	65.00	76.66	35.00	66.66	29.16	55.00
10	63.33	55.00	75.00	66.66	77.50	95.00	30.00	58.33	29.16	65.00
11	88.33	25.00	37.50	37.50	65.00	86.66	25.00	37.50	25.00	67.50
12	83.33	30.50	62.50	45.83	85.00	83.33	30.00	62.50	29.16	62.50
13	95.00	35.00	58.33	62.50	77.50	96.66	25.00	54.16	37.50	80.00
14	83.33	45.00	33.33	45.83	82.50	93.33	25.00	29.16	37.50	75.00
15	83.33	35.00	62.50	41.66	72.50	88.33	25.00	66.66	20.83	62.50
16	95.00	55.00	45.83	83.33	85.00	86.66	20.00	50.00	37.50	92.50
17	91.66	55.00	41.66	33.33	90.00	91.66	55.00	25.00	50.00	87.50
18	83.30	70.00	83.33	66.66	75.00	91.66	45.00	50.00	25.00	72.50
19	93.00	60.00	50.00	25.00	75.00	90.00	50.00	70.33	50.00	60.00
20	76.66	90.00	79.16	100.00	90.00	85.00	70.00	70.83	70.83	65.00
S	1699.91	1045.50	1208.29	1045.78	1605.00	1791.58	740.00	1061.95	754.04	1407.50
\bar{X}	85.00	52.28	60.41	52.29	80.25	89.58	37.00	53.10	37.70	70.38

Comparación pre y pos-tratamiento de medias aritméticas de puntajes porcentuales en estrés medidas con la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)



- F1= Espíritu de lucha
- F2= Desesperanza / desamparo
- F3= Preocupación Ansiosa
- F4= Fatalismo
- F5= Evitación Positiva

E. Resumen del Estudio Estadístico Inferencial de los resultados de Ansiedad, Depresión y Estrés con la Prueba t de Student en un grupo de pacientes mujeres, con cáncer de mama, del Hospital CAM de Quito

FACTOR	T	VC	P	CONCLUSIONES
Ansiedad Cognitiva	5,96	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Ansiedad Fisiológica	4,81	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Ansiedad Motora	4,71	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Ansiedad Total	5,58	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Ansiedad a la Evaluación	4,30	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Ansiedad Interpersonal	3,86	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Ansiedad Fóbica	3,72	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Ansiedad a la Vida cotidiana	5,40	2,86	<0,01	Estadísticamente significativo
Depresión	4,56	2,85	<0,01	Estadísticamente significativo
F1. Espíritu de Lucha	2,43	2,09	<0,05	Estadísticamente significativo
F2. Desesperanza/ Desamparo	4,72	2,85	<0,01	Estadísticamente significativo
F3. Preocupación Ansiosa	2,12	2,09	<0,05	Estadísticamente significativo
F4. Fatalismo	3,39	2,85	<0,01	Estadísticamente significativo
F5. Evitación Positiva	4,84	2,85	<0,01	Estadísticamente significativo.

Conclusiones

1. Se cumplieron los objetivos propuestos, tanto en la identificación de la intensidad de la ansiedad, depresión y estrés en mujeres con cáncer de mama, así, como en medir la eficacia de la intervención terapéutica conductual-cognitiva en la disminución de las variables señaladas.
2. Se confirma que la aplicación de las técnicas de Relajación y Entrenamiento Respiratorio, Reestructuración Cognitiva y Entrenamiento en Autorreforzamiento, son eficaces para disminuir la ansiedad, depresión y estrés de mujeres con cáncer de mama.

Discusión

Este estudio verifico el cumplimiento de los objetivos propuestos. Se comprobó la eficacia de la intervención terapéutica Conductual-Cognitiva, mediante la aplicación de las Técnicas de Relajación y Entrenamiento Respiratorio, Reestructuración Cognitiva y Entrenamiento en Autorreforzamiento en la disminución de la intensidad de la ansiedad, depresión y estrés en mujeres con cáncer de mama.

La Entrevista Estructurada analizada por bloques de investigación, evidencian que la poca información médica, apoyo social y familiar no satisfacen las demandas de una paciente con cáncer de mama, generando una afectación elevada en el área psicológica. Este resultado es coherente con estudios anteriores de *Jurgen Ruesch (1958)* quien “destaco la importancia de la interacción personal, es decir la comunicación entre el paciente y el medio ambiente y como su alteración puede contribuir a la aparición de la enfermedad”. Es posible que las redes de apoyo y el estilo de afrontamiento que las pacientes logren, contribuirá al éxito del tratamiento y por consiguiente al manejo de la enfermedad.

En los resultados pre y post-tratamiento de medias aritméticas de puntajes percentilares obtenidos con el test (ISRA) de Miguel-Tobal y Cano Vindel (1986-1988), se evidenció la disminución de la ansiedad. Estas diferencias se fundamentan en la reinterpretación que las pacientes dan a las diferentes situaciones y nuevas experiencias ofrecidas en las sesiones de terapia, lo cual se complementa con el mejoramiento del estado de ánimo y el desarrollo de habilidades sociales en el manejo de las relaciones interpersonales; estos hallazgos coinciden con los reportados en el estudio “Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama” de *Ana Lucía González García, Angelina González Hurtado y Benito Estrada Aranda (2015)*, quienes señalan que “las pacientes que participaron en la intervención individual mostraron diferencias estadística y clínicamente significativas en calidad de vida, en la subescala de ansiedad, $t(23,3)=-2,35, p=0,027$ ”. Por lo que se comprueba que las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces para mejorar las respuestas a diferentes situaciones que generan ansiedad.

Al comparar las medias aritméticas de puntajes directos medidas con test BDI de Beck (1961, 1974), en el pre y post-tratamiento se logró disminuir la depresión de moderada a sin depresión o mínima depresión. Los resultados fueron influidos por la aplicación de las

técnicas del programa que permitieron a las pacientes aclarar conceptos, mitos, creencias, mejorar la participación, comunicación en el grupo y disposición a las sesiones terapéuticas que fueron percibidas de forma significativa en el proceso de tratamiento. Así en el desarrollo de las sesiones en grupo de terapia conductual cognitiva, se logró reestructurar los pensamientos distorsionados, ante sí mismo, su entorno contextual y experiencia; y, ante su futuro.

Estos aspectos están relacionados con estudios realizados por *Edgar Landa Ramírez, Joseph Andrew Greer, Ariel Vite Sierra, Sofía Sánchez Román y Angélica Riveros Rosas (2014)*, que señalan “*que los componentes cognitivos son importantes para identificar y modificar pensamientos irracionales, irreales, reales o negativos que están asociadas a la ansiedad de los pacientes con cáncer*”. Además trabajos realizados por *Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung, 2002; Bottomley, 1998; Jacobsen PB, Donovan KA, Swaine ZN, & Watson, 2006; Lovejoy & Matteis, 1997* “*demuestran la mejora de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos*”. A pesar de que los resultados obtenidos de las 20 pacientes en los factores que miden la depresión fueron positivos, se encontró que el caso 2 mantuvo en pre y post tratamiento 18 y el caso 1 incremento la depresión de 14 a 21. Asistieron a terapia individual para mantenimiento de ganancias.

En los resultados medidos con la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) Watson and Greer, (1988) en puntuaciones percentiles pre y post-tratamiento, se evidenció el nivel de afrontamiento de las pacientes frente al estrés que produce el cáncer; se observó el incremento del espíritu de lucha y la disminución de los factores 2,3,4 y 5. Estos datos señalan que las pacientes deben trabajar para mantener las ganancias, acrecentando los factores positivos y logrando reducir los factores que impiden su crecimiento personal. Así, la vinculación a grupos de autoayuda, a círculos sociales positivos, un ambiente familiar ameno y cálido, la aceptación de la enfermedad, creer en el tratamiento y trabajar en el perdón se consideran estrategias de afrontamiento para el ajuste y recuperación de la sensación de control personal y el mejoramiento de la calidad de vida.

En las sesiones se trabajó como eje transversal la Psicoeducación, que contribuyó al conocimiento y significación de los factores que ocasionan la ansiedad, depresión y estrés asociado al cáncer de mama y los efectos que tienen sobre el funcionamiento cognitivo,

fisiológico y motor de la paciente. *Apoyan este criterio investigaciones “que demuestran que la intervención psicoeducativa en pacientes con cáncer de mama permite promover cambios cognitivos y conductuales estables en el tiempo, mejorando las estrategias de afrontamiento (McDaniel & Rhodes, 1998) proporcionando mayor apoyo y seguridad a las pacientes (Palsson & Norberg, 1995), disminuyendo la ansiedad y aumentando el control de los síntomas (Williams & Schreier, 2004), mejorando la sintomatología depresiva y el funcionamiento físico (Scheier et al., 2005).*

En las sesiones individuales para el mantenimiento de ganancias se incluyeron las técnicas de la Psicoterapia Grupal de Jacob Moreno: “Psicodrama y Juego de Roles” para trabajar las emociones y las distorsiones cognitivas. La intervención terapéutica individual permitió a las pacientes aprender sobre la enfermedad, a autovalorarse y el saber que tienen una vida por delante para ser útiles y felices; aspecto que comparte *Steer y Beck (1988) “que aconseja su utilización en los programas terapéuticos, señalando su alta efectividad en la detección de cambios producidos por la intervención terapéutica”.*