

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

**Departamento de Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos**



Directora

Dra. MARIA PILAR BARRETO MARTIN

Catedrática de Personalidad Evaluación y Tratamientos

Psicológicos

Universidad de Valencia



PSICOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA: PROPUESTA Y RESULTADOS DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO

Memoria presentada por

VICENTA ALMONACID GUINOT

para optar al grado de

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

Programa de doctorado 295D: Psicología de la Personalidad,
Intervención, Áreas Clínicas y Sociales



MARIA PILAR BARRETO MARTÍN, Catedrática de Psicología del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia

Certifica:

Que Vicenta Almonacid Guinot, Licenciada en Psicología, ha realizado bajo mi dirección el trabajo de Tesis Doctoral “Psicoterapia en cáncer de mama: propuesta y resultados de un programa estructurado” y reúne, según mi criterio, las condiciones para presentarlo y ser defendido ante el tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Lo que firmo en Valencia a 12 de noviembre de dos mil trece.

Fdo.: Dra. María Pilar Barreto Martín

A mis padres

A todas las pacientes y profesionales que confiaron en mí

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Pilar Barreto. Por su paciencia, insistencia y comprensión en los momentos en los que por razones personales y/o profesionales no pude dedicar tanto tiempo como deseaba a este proyecto. Desde el principio confió en mí y supo esperar pacientemente a que retomara una y otra vez el trabajo de investigación. Sus consejos indicaciones y su implicación en el cuidado del paciente fueron decisivos para que pudiera finalizar este trabajo. Gracias por estar siempre ahí.

A la Dra. Ana Lluch Hernandez Jefa del Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario, por permitir que durante tantos años haya estado junto a ella colaborando en la atención de las pacientes con cáncer de mama; su profesionalidad, humanidad y sensibilidad han sido un gran aprendizaje en mi carrera profesional, motivando mi admiración y dedicación al cuidado emocional de los pacientes oncológicos y sus familiares.

Al equipo de oncólogos del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario que siempre me han integrado en sus sesiones y en su atención, con respeto y desde la máxima

colaboración, todo ello facilitó tanto la recogida de datos como la aplicación del programa de atención psicológica.

A todo el personal del Servicio de Oncología, siempre atendieron mis peticiones y fueron amables y diligentes en las necesidades que yo requería.

A Javier Ferrero que me ayudó y asesoró en el tratamiento estadístico de los datos.

A mis hijos Antonio y Alicia por ser el motor de mi vida y esperar pacientemente a que terminara de trabajar delante del ordenador para que pudiera prestarles atención.

A Antonio, por acompañarme en este viaje.

A mis padres porque siempre han estado conmigo apoyándome en todo lo que he emprendido, han tenido que soportar mi mal humor y mis horas de ausencia por la sobrecarga de trabajo dándome todo su cariño y comprensión.

Gracias

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. ASPECTOS CLÍNICOS	10
1.1.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA	10
1.1.2. DIAGNÓSTICO.....	11
1.1.3. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.....	14
1.2. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS.....	16
1.2.1. VULNERABILIDAD EMOCIONAL	16
1.2.2. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA...	19
1.2.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER.....	30
1.2.4. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CÁNCER DE MAMA	38
1.3. RELEVANCIA DEL ESTUDIO	64
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	68
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	73
3.1. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.....	73
3.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	73

3.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	74
3.2. VARIABLES	75
3.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS.....	77
3.4. PROCEDIMIENTO.....	82
3.4.1. MOMENTOS DE EVALUACIÓN Y CUESTIONARIOS APLICADOS.....	82
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	89
4. RESULTADOS	91
5. DISCUSIÓN	139
6. CONCLUSIONES	150
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	152
8. ANEXOS	172

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ASPECTOS CLÍNICOS

1.1.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total) (Ferlay et al., 2010)

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer, en Europa, según la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, en 2006 se diagnosticaron unos 429.900 casos nuevos de cáncer de mama, con una tasa estandarizada de incidencia de 110 casos por 100.000 mujeres. (Pollán M et al., 2007)

También es la localización más frecuente en mujeres españolas: supone casi la cuarta parte de los casos de cáncer femeninos, y su incidencia está aumentando entre un 2-3% anual. Entre las posibles causas de este incremento están los cambios en los patrones reproductivos y en los hábitos de vida y la introducción de la terapia hormonal sustitutiva. Nuestro país, con una tasa de incidencia estandarizada estimada de

93,6 casos por 100.000 mujeres-año para 2006, ocupa una posición intermedia entre los países de Europa occidental y los del este. (Pollán M et al., 2007)

Es también una importante causa de mortalidad femenina. En 2005 causó la muerte de 5.703 mujeres españolas, con una tasa de mortalidad estandarizada de 18,6 por 100.000 mujeres-año. Desde los años 90 la mortalidad por cáncer de mama está descendiendo debido al diagnóstico precoz por programas de cribado y a los avances terapéuticos. En España esta tendencia decreciente se observa a partir de 1993, con un descenso de un 2,4% anual. La supervivencia global en Europa a los 5 años es cercana al 79%, inferior a la observada en EEUU 90%, habiendo aumentado en los últimos años. En España, se sitúa en un 83%, significativamente más alta que la media europea. (Pollán M et al., 2007)

1.1.2. DIAGNÓSTICO

Debido a la frecuencia de la enfermedad en el mundo así como en la repercusión que tiene en la vida de las mujeres afectadas y en los sistemas sanitarios que las atienden podemos afirmar

que el cáncer de mama femenino constituye un problema de salud pública. Una de cada 11 mujeres en Europa occidental padecerá esta enfermedad a lo largo de su vida, lo que se traduce en 135.000 casos por año dentro de la Unión Europea, siendo la principal causa de muerte por cáncer en el género femenino.

Por todo ello tanto los programas de detección precoz como un diagnóstico certero pueden disminuir las recidivas y mortalidad por cáncer de mama. La sospecha de un posible diagnóstico de puede establecerse por una lesión dudosa en la mamografía, en la ecografía o en la exploración clínica. El diagnóstico definitivo de cáncer de mama se hace a través de una biopsia. La Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, recomienda que todas las mujeres que vayan a ser intervenidas dispongan de un diagnóstico patológico de malignidad confirmado antes de entrar en quirófano.

El diagnóstico más frecuente es el de adenocarcinoma ductal infiltrante. Es decir que se trata de un tumor que remeda estructuras glandulares. En los hospitales en cuya área existe un programa de detección precoz no es infrecuente el

diagnóstico de carcinoma in situ, que realmente es una lesión pre maligna y que no da metástasis.

Pero la sospecha de un cáncer de mama requiere coordinación de los médicos implicados: cirujanos o ginecólogos, cirujanos plásticos, radiólogos, patólogos y oncólogos. En algunos hospitales esta coordinación se traduce en estructuras funcionales que se conocen con el nombre de “unidades de mama”. Los métodos diagnósticos y terapéuticos se determinan en esas unidades por consenso de todos los especialistas y garantizan la atención multidisciplinar y actualizada de las pacientes.

Un aspecto muy interesante es el que se refiere al diagnóstico de la situación ganglionar. Hasta hace poco tiempo, eso sólo era posible analizando los ganglios tras la cirugía. Actualmente se dispone de la técnica del ganglio centinela. Se inyecta en la zona del tumor un colorante y un isótopo radiactivo. De forma natural, la linfa transporta esos marcadores al ganglio que probablemente constituye la primera estación de paso de las células tumorales en ese caso. Ese ganglio que se identifica visualmente porque aparece teñido de azul, se analiza cuidadosamente. Si no presenta metástasis, lo más probable

es que no haya células tumorales en el resto de la axila; de esta manera se evita reseca todos los ganglios con las consecuencias negativas que esto pueda tener (linfedema).

También tiene que existir una mamografía bilateral diagnóstica (diferente de la que llevó al diagnóstico en caso de que se realizara en un programa de detección precoz). En ésta se debe analizar cuidadosamente el resto del tejido mamario para asegurar que no hay otros focos de tumores, lo que es especialmente importante en casos de carcinoma in situ y de tumores en los que se planea una cirugía conservadora. Se deben realizar además de la mamografía, un examen físico completo y un análisis de sangre así como un estudio de extensión. Actualmente a la histopatología del tumor se le asocia el análisis molecular del mismo que puede proporcionar un perfil más preciso de la enfermedad y un uso más selectivo de la quimioterapia.

1.1.3. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

El tratamiento de la paciente después de una sospecha inicial de cáncer de mama generalmente incluye confirmación del diagnóstico, evaluación del estadio de la enfermedad y

selección del tratamiento. En el momento de la extracción quirúrgica del tejido tumoral, se debe determinar el estado del receptor de estrógeno (RE) y el receptor de progesterona (RP).

Por lo general, el cáncer de mama se trata con diferentes combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. El pronóstico y la elección del tratamiento pueden estar influidos por las siguientes características clínicas y de patología (con base en la histología convencional y la inmunohistoquímica):(J. F. Simpson et al., 2000)

- Edad y estado menopáusico de la paciente.
- Estadío de la enfermedad.
- Grado histológico y nuclear del tumor primario.
- Estado de los RE y RP del tumor.
 - Sobreexpresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2/neu).
- Capacidad proliferativa del tumor (por ejemplo, Ki67).

Las características moleculares han llevado a que el cáncer de mama se clasifique en los siguientes cinco subtipos distintos: Tipo basal. (Perou et al., 2000; Sorlie et al., 2001)

- *HER2+*.
- Normal.
- Luminal A.
- Luminal B.

1.2. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS

1.2.1. VULNERABILIDAD EMOCIONAL

La aparición de un nódulo maligno en la mama de una mujer, independientemente de su gravedad, provoca un «impacto psíquico» capaz de desestabilizar el equilibrio anímico y afectivo.

La imagen corporal se ve afectada, atentando a la feminidad y la autoestima. Por esta razón, aunque a nivel clínico el pronóstico sea favorable, no hay que olvidar las reacciones emocionales que van surgiendo durante todo el proceso. Pese a los avances realizados en los últimos años tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y pronóstico de esta enfermedad, la mayoría de las mujeres diagnosticadas van a experimentar gran impacto psicológico así como dificultades en sus actividades cotidianas. Los estudios sobre calidad de vida,

indican que al menos una de cada cinco pacientes sufre dificultades emocionales (Font A, 2003; Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1992), las dificultades emocionales más frecuentes son: impacto emocional al diagnóstico, problemas de adaptación a los cambios físicos (fatiga, infertilidad, ganancia de peso, cambios en los patrones de sueño y alimentación, etc.), pérdida de control, aislamiento, malestar psicosocial (ansiedad, depresión, baja autoestima y cambios en la imagen corporal), dificultades en las relaciones sexuales, redefinición o cambio de valores, cambios en las relaciones con las personas del entorno y preocupaciones relacionadas con la actividad laboral, miedo a la recidiva y/o a la muerte, (Lemieux, 2007; Schnoll, 2002; Tartaro et al., 2005). Todos estos problemas a los que debe enfrentarse la mujer que padece un cáncer de mama la hacen altamente vulnerable y por tanto, como hemos dicho anteriormente, la hacen candidata a padecer problemas emocionales que requieren atención especializada, siendo los más frecuentes los síntomas de ansiedad y depresión. Por todo ello, el tratamiento de la enfermedad debe abordarse de modo integral atendiendo tanto a los aspectos médicos, como a los psicológicos y sociales que intervienen en el proceso.

Fases y reacciones frecuentes

Si hacemos un recorrido desde el momento de la detección de una anomalía en la mama (sospecha de cáncer), su diagnóstico, las diferentes formas de tratamiento, la fase de intervalo libre y la recaída, hasta las fases avanzadas y la situación terminal; podremos observar diferentes reacciones emocionales, necesidades psicológicas, sociales y formas de afrontamiento que van evolucionando a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. A continuación, en la Tabla 1 se describen los estados emocionales que predominan en las diferentes fases de la enfermedad oncológica en cáncer de mama. (Barreto M^aP & Rodríguez, 2010).

Tabla 1: Estados emocionales que predominan en las distintas fases de la enfermedad

Fase de la enfermedad	Estado emocional
Prediagnóstico	Dudas, ansiedad
Diagnóstico	Shock, incredulidad, miedo
Tratamiento oncológico	Preocupación por efectos secundarios
Intervalo libre de enfermedad	Miedo, incertidumbre
Recidiva/Progresión de enfermedad	Desesperanza, tristeza
Fase avanzada	Apatía, distanciamiento emocional

1.2.2. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

Ansiedad y depresión en los adultos diagnosticados con cáncer están bien documentadas (Newport & Nemeroff, 1998; Stark & House, 2000).

Las fuentes posibles de estas alteraciones son variadas e incluyen problemas anteriores al diagnóstico de cáncer, así como las reacciones ante el diagnóstico de una enfermedad

grave y posiblemente mortal y la presencia de síntomas desagradables (por ejemplo, dolor, náuseas y fatiga). Preocupaciones acerca de interrupciones en los planes de vida, disminución de la calidad de vida y la recurrencia de la enfermedad o progresión también pueden producir ansiedad y depresión. Además, los efectos fisiológicos de ciertos tratamientos (p. ej., corticoesteroides, altas dosis de quimioterapia) sobre el sistema nervioso central directamente pueden producir ansiedad o depresión (Capuron, Ravaud, & Dantzer, 2000). Algunos estudios indican que la depresión y la ansiedad creciente no se limita al período de tratamiento activo y pueden persistir durante meses o incluso años de haber finalizado el tratamiento (Cordova et al., 1995).

Ansiedad y depresión pueden evaluarse mediante un enfoque de síntoma único, un enfoque multisíntoma y un enfoque de síndrome clínico. El enfoque como síntoma único refiere a los métodos de evaluación que se centran específicamente en medir el estado de ánimo deprimido o ansioso como una variable continua (Por ejemplo, escalas, analógica visual para evaluar la gravedad del estado de ansiedad o depresión) o una variable categórica (Por ejemplo, artículos, entrevista clínica la

evaluación de la presencia / ausencia de estado de ansiedad o depresión).

Las principales ventajas de estos métodos son la brevedad y la ausencia de elementos de contenido (por ejemplo, la pérdida del apetito), que podría reflejar síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento en lugar de la presencia de dificultades emocionales. Las principales desventajas son la posibilidad de producir resultados poco fiables así como la escasa información que ofrecen sobre el reto de identificar problemas clínicamente significativos basándose únicamente en la información sobre el estado de ánimo, depresión y ansiedad. Con respecto a la investigación sobre las intervenciones psicosociales con medidas de un único síntoma tienen un papel muy limitado. Aunque se puede utilizar como medidas de resultado, el uso de un solo elemento para medir ansiedad o depresión, no parece prudente dada la escasa información que se obtiene y su limitado potencial para conclusiones fiables.

El enfoque multisíntoma refiere a los métodos de evaluación que se centran en la medición de constelaciones de ansiedad o los síntomas depresivos. Enfoques multisíntoma comunes

para medir la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer incluyen escalas de Autoinforme como el Inventario de Ansiedad estado-rasgo de 20-items, (Spielberger, 1983). La escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos también de 20 ítems, (Radloff, 1977) y la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital, HADS de 14 ítems, (Zigmond & Snaith, 1983). Las principales ventajas de estos métodos son su fiabilidad y validez reconocidas, su capacidad para detectar cambios con el tiempo y la disponibilidad de valores de referencia para una variedad de poblaciones. Las desventajas principales son la presencia de algunas medidas de contenido del elemento (por ejemplo, pérdida de apetito) que podría reflejar síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento en lugar de dificultades emocionales y la alta correlación positiva observada con frecuencia entre los puntajes de las medidas de ansiedad y puntuaciones en las medidas de depresión. La presencia de una alta correlación sugiere a algunos autores que estas medidas están evaluando principalmente afectividad negativa, una forma inespecífica de distrés (Clark & Watson, 1991).

Otra desventaja es la dificultad inherente a identificar ansiedad o depresión clínicamente significativas o la mejora clínicamente significativa en el tiempo mediante medidas que arrojan resultados continuos.

Debido a las propiedades psicométricas de muchas de estas medidas, las escalas de Autoinforme multisíntoma constituyen el método de evaluación de la ansiedad y la depresión que se utiliza con más frecuencia en la investigación sobre las intervenciones psicosociales.

El enfoque del síndrome clínico se refiere a los métodos de evaluación utilizados para detectar la presencia de un trastorno de ansiedad (por ejemplo, Trastorno de ansiedad generalizada) o un trastorno del estado de ánimo (por ejemplo, Trastorno depresivo mayor). Este enfoque consiste en la aplicación de criterios identificados en la cuarta edición del American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 4 th)*.(Association, 1994). Por ejemplo, un diagnóstico de un trastorno depresivo mayor requiere de la presencia de 5 o más síntomas de depresión, por lo menos uno de los cuales es el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en actividades usuales; síntomas adicionales

pueden incluir síntomas somáticos (Por ejemplo, cambios en el apetito) o los síntomas cognitivos (Por ejemplo, la culpa excesiva o inapropiada). Un diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada requiere la presencia de un exceso de ansiedad y preocupación, dificultad para controlar la preocupación, además de 3 o más otros síntomas de ansiedad (por ejemplo, dificultad para concentrarse, irritabilidad o tensión muscular).

La principal ventaja de estos métodos es su utilidad en la identificación de las formas clínicamente significativas de ansiedad y depresión. Las desventajas principales son la presencia de contenido del elemento que podría reflejar síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento en lugar de la presencia de dificultades emocionales y la falta de sensibilidad al cambio inherente en un enfoque sindrómico "todo o nada" para medir los problemas emocionales. El enfoque de síndrome clínico rara vez ha sido utilizado en la investigación de las intervenciones psicosociales. Una posible aplicación sería utilizar el diagnóstico de un trastorno de estado de ánimo o ansiedad como un criterio de elegibilidad a fin de evaluar las

intervenciones con individuos que están experimentando problemas clínicamente significativos. Otra posible aplicación sería utilizar la presencia o ausencia de un trastorno de estado de ánimo o ansiedad como una medida de resultado, en combinación con los puntajes de medidas multisíntoma para ayudar a establecer la importancia clínica de los efectos observados de intervención.

Existe una importante incertidumbre sobre la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con cáncer, debido a que las estimaciones de la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos con cáncer varían ampliamente. Por ejemplo, en una revisión realizada por Pirl se informa de tasas de prevalencia de depresión en pacientes con cáncer que van desde 1,5% a 45%.(Pirl, 2004) estas diferencias en la prevalencia pueden reflejar si la ansiedad y depresión se evaluaron mediante un enfoque de síntoma único, un enfoque multisíntoma o un enfoque de síndrome clínico. La variabilidad en la prevalencia es probablemente un reflejo de las diferencias entre los estudios que no contemplan factores como la edad y la gravedad de la enfermedad; evidencias de ansiedad y depresión son mayores en pacientes más jóvenes y

pacientes con enfermedad avanzada (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins, & Saul, 2001), aunque las estimaciones de prevalencia varían ampliamente, la evidencia sugiere que la ansiedad y la depresión están entre los síntomas más comunes experimentados por pacientes con cáncer (Cleeland et al., 2000; Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis, & Thaler, 2000). Recientemente, un meta-análisis realizado sobre 94 estudios que evaluaban la depresión bien definida, la ansiedad y el trastorno de adaptación en los adultos con cáncer en entornos oncológicos, hematológicos y cuidados paliativos, restringiendo las conclusiones a los estudios realizados mediante entrevistas psiquiátricas, concluye que la depresión y la ansiedad definidas por la entrevista son menos comunes en los pacientes con cáncer de lo que previamente se pensaba, aunque alguna combinación de los trastornos del estado de ánimo se produce en el 30-40% de los pacientes, sin una diferencia significativa entre los pacientes paliativos y los no paliativos (Mitchell et al., 2011). Otro estudio en el que se examinaron las relaciones entre la fase de la enfermedad, edad, género y sus interacciones sobre los síntomas de ansiedad y depresión después del diagnóstico en una gran cohorte de pacientes

(n=3850), agrupados en los cuatro tipos más comunes de cáncer, gastrointestinal, pulmón, mama, y cáncer de próstata concluyen que las mujeres informan de más síntomas de ansiedad y depresión que los hombres, tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos serán mayores cuando la enfermedad está extendida y tiene mal pronóstico, la edad y el género moderan la relación entre la etapa de la enfermedad y la ansiedad, los síntomas depresivos están asociados con mayores niveles de ansiedad, menor edad y género femenino. La edad más temprana predijo mayores niveles de ansiedad, sin embargo, ninguna etapa de la enfermedad ni su interacción con la edad fueron significativas (Vodermaier, Linden, MacKenzie, Greig, & Marshall, 2011)

Centrándonos en pacientes con cáncer de mama, en un estudio de cohortes de 5 años de observación realizado en 222 mujeres con este diagnóstico, se evaluó en diferentes momentos, la ansiedad y depresión mediante la entrevista clínica (SCID) (Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, & First, 1990), centrándose en los síntomas de ambas variables obteniendo los siguientes resultados: la prevalencia de ansiedad, depresión o ambas en el diagnóstico fue del 33%, a

los 3 meses después del diagnóstico fue del 24%, descendiendo al 15% a los 12 meses. En cuanto a factores de riesgo, se concluye que a largo plazo depresión y ansiedad se asociaron a la ausencia de una relación íntima y de confianza, menor edad, graves dificultades previas al diagnóstico de cáncer y un episodio de ansiedad, depresión o ambos después del diagnóstico. Sin embargo no se asociaron a depresión o ansiedad en cualquiera de los momentos de evaluación: el tipo de tratamiento médico y los factores pronósticos determinados por el número de ganglios linfáticos afectados, tamaño tumoral e histopatología (Burgess et al., 2005).

Tras una revisión actualizada sobre estas variables, podemos concluir que se conoce más sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en el momento diagnóstico que al año de haber pasado por la enfermedad.

Que los diferentes estudios informan de distintos niveles de prevalencia, debido, posiblemente al uso de diferentes criterios de diagnóstico, así como el momento histórico en que se han realizado.

Que los estudios realizados con mujeres diagnosticadas en un estadio precoz a presentan al año del diagnóstico, una

prevalencia de ansiedad y depresión o ambas, clínicamente importante de alrededor del doble que la población general femenina.

Probablemente el efecto del diagnóstico y tratamiento sobre estas variables puede que se haya reducido debido al incremento en las tasas de supervivencia en cáncer de mama, así como a la mejor atención de soporte y apoyo incluida la prevención y control de los efectos secundarios de los tratamientos anti cancerígenos. El estigma asociado con el cáncer de mama ha disminuido con el tiempo y un diagnóstico puede tener menos probabilidad de provocar angustia emocional clínicamente importante.

Los factores de riesgo para la ansiedad y depresión en los cinco años después del diagnóstico, están relacionados con la paciente no con la enfermedad o su tratamiento.

Las intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama deben tener en cuenta el contexto social en el que se produce el cáncer, incluyendo las intervenciones para mejorar el apoyo social.

1.2.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE CÁNCER

En las últimas décadas existe un reconocimiento creciente de la atención psicosocial como una parte importante de la atención integral de los pacientes de cáncer (Adler N.E & Page, 2008; M Hewitt, R Herdman, & Holland, 2004). El interés en la atención psicosocial puede entenderse como parte de una tendencia mas amplia de la atención oncológica en términos de su impacto tanto en la cantidad de vida como en la calidad de la misma (Jacobsen, Davis, & Cella, 2002). Además de tratar de alargar la vida después de un diagnóstico de cáncer, en la comunidad oncológica preocupa la calidad de vida de los supervivientes. La atención psicosocial, es central en los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer, teniendo como objetivos aliviar la angustia emocional y la promoción del bienestar. No podemos ofrecer cualquier tipo de atención al paciente de cáncer, la atención psicosocial que es ineficaz puede ser peor que ninguna atención, para ello un creciente cuerpo de investigación nos puede servir para orientar la práctica clínica, los profesionales tenemos la obligación de proporcionar a los pacientes la atención que es

probable que sea beneficiosa para el tipo de problema que están sufriendo. El uso de la investigación para guiar la práctica clínica está en el centro de medicina basada en evidencia, (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996) un movimiento que busca integrar la atención individual al paciente con la mejor evidencia científica disponible. De igual modo que la práctica de la oncología se esfuerza por estar basada en la evidencia (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996), también lo debería ser la atención psicosocial de los pacientes con cáncer.(De Voto E & Kramer, 2006)

En una revisión sistemática realizada por Jacobsen and Jim (Jacobsen & Jim, 2008) se resumen las conclusiones de todas las revisiones sistemáticas y meta análisis de los efectos de las intervenciones psicosociales en la ansiedad y depresión en adultos con cáncer. Se identificaron las publicaciones pertinentes a través de varios métodos, incluyendo búsquedas electrónicas en bases de datos principales (p. ej., MEDLINE y PsycINFO) e inspección de las listas de referencia de las publicaciones identificadas. Se encontraron catorce publicaciones que llegaron a conclusiones sobre la eficacia de

las intervenciones psicosociales para la ansiedad o depresión. Ocho de las 14 publicaciones identificadas ofrecieron conclusiones sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales para la ansiedad en pacientes con cáncer. Seis de las 8 publicaciones alcanzaron conclusiones positivas. En cuanto a las intervenciones dirigidas al manejo de la depresión, de las 14 publicaciones identificadas trece llegaron a conclusiones sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales para la depresión en pacientes con cáncer. Cabe señalar que los estudios revisados en estas publicaciones se superponen en cierta medida con los examinados en las publicaciones que resumen la eficacia de las intervenciones psicosociales para la ansiedad en pacientes con cáncer. Esta situación refleja el hecho de que muchos estudios de intervención evaluaron como resultado la ansiedad y la depresión.

Respecto a la ansiedad, Redd et al, llevaron a cabo una revisión sistemática de estudios que proporcionaban intervenciones conductuales a los pacientes con cáncer sometidos a tratamiento, principalmente de quimioterapia, (Redd, Montgomery, & DuHamel, 2001). Las recomendaciones

para el uso de intervenciones conductuales se basaron en los resultados mostrando que 4 de los 5 Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) y 14 de los 15 estudios encontrados tuvo resultados significativos favoreciendo la condición de intervención conductual. Jacobsen et al, realizaron una revisión sistemática de ECA de intervenciones psicosociales en el que se medía la ansiedad como resultado. Entre los 54 ECA identificados, 49 de 135 análisis de resultados (36%) tuvo resultados significativos favoreciendo la condición de intervención. Como se describe posteriormente (ver tabla 2), estos resultados generan numerosas recomendaciones basadas en la evidencia para el uso de las intervenciones psicosociales para manejar la ansiedad. Las otras 4 publicaciones llegaron a conclusiones positivas basándose en los resultados de meta-análisis demostrando tamaños de efecto significativo para las intervenciones psicosociales.(Jacobsen & Jim, 2008).

Luebbert et al, basándose en 8 estudios, informó un efecto significativo de pequeño tamaño ($d=.45$) para el entrenamiento en relajación con pacientes de cáncer no sometidos a cirugía (Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001) . Devine y Westlake,

basándose en 55 estudios reportaron un efecto significativo de tamaño mediano ($d=.56$) en intervención psicosocial. Análisis adicionales que se limitaron a las intervenciones probadas en más de 5 estudios arrojaron tamaños de efecto significativo (rango=.46 a.74) para todas las subcategorías examinadas, incluyendo las intervenciones educativas y las intervenciones de entrenamiento de relajación (Devine & Westlake, 1995). Sherard y Maguire, basándose en 19 estudios, reportaron un efecto significativo de pequeño tamaño ($d=.42$) para la intervención psicosocial (Sheard & Maguire, 1999). Por último, Osborn, basándose en 4 estudios, informó un efecto significativo de gran tamaño ($d=1,99$) para terapias cognitivo-conductuales en el período postratamiento. La misma publicación, basándose en un estudio, informó un efecto no significativo para la intervención educativa ($d=.02$). (Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006)

Respecto a la depresión, La evidencia presentada por Bottomley y Lovejoy, se componía fundamentalmente de resúmenes de los ensayos clínicos que obtuvieron resultados positivos para las intervenciones psicosociales (Bottomley, 1998; Lovejoy & Matteis, 1997). Sellick y Crooks, basaron su

recomendación positiva sobre la evidencia de que los efectos de la intervención eran grandes o moderados en tamaño en 7 de 10 ECA examinados (Sellick & Crooks, 1999). Barsevick, informó que 30 de 48 estudio aleatorios identificados (63%) dieron pruebas que respaldan los beneficios de la intervención psicosocial (Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung, 2002). Entre las muchas intervenciones evaluadas en estos estudios, las pruebas se consideraban suficientes para recomendar específicamente la terapia conductual, counselling, psicoterapia y cualquiera de estos enfoques combinados con educación. Jacobsen et al, identificaron 47 ECA de intervenciones psicosociales en las que se midió la depresión como resultado. De los análisis de 102 resultados referidos en estos estudios, 42 (41%) tuvo resultados significativos, favoreciendo la condición de intervención (Jacobsen P.B, Donovan K.A, Swaine Z.N, & Watson, 2006). Como se describe posteriormente (ver tabla 2), estos hallazgos generaron numerosas recomendaciones basadas en la evidencia para el uso de las intervenciones psicosociales como tratamiento para controlar la depresión. Finalmente, Uitterhoeve et al, centrados en ECA realizado con pacientes con cáncer avanzado

concluyeron que el principal beneficio de la intervención psicosocial en esta población de pacientes es la mejora de la depresión y los sentimientos de tristeza. (Uitterhoeve et al., 2004)

Tabla 2: National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative Recomendaciones de nivel I o Nivel II de evidencia para el manejo de la ansiedad y depresión

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
Proporcionar preguntas escritas a los pacientes con cáncer, durante la consulta inicial, promueve que el paciente pregunte, reduce la ansiedad, mejora la memoria, y se acorta la consulta	II
Proporcionar información sobre el procedimiento a que debe someterse el paciente, reduce el estrés emocional y mejora la recuperación física y psicológica	I
Proporcionar detalles prácticos acerca del procedimiento (proceso de información), un folleto o una cinta de video, disminuye la ansiedad y la angustia psicológica del paciente	II
Proporcionar a los pacientes información acerca de lo que es probable que experimenten antes, durante y después de un procedimiento (información sensorial) disminuye la ansiedad	I
Proporcionar a los pacientes apoyo psicológico antes de someterse a cirugía reduce la angustia psicológica	I
Las intervenciones cognitivo conductuales, psicoeducativas y en crisis, así como combinaciones de educación, intervenciones comportamentales o no comportamentales y medicamentos ansiolíticos, son eficaces en el tratamiento de la ansiedad	I
Intervenciones cognitivo-conductuales, psicoeducativas y de soporte así como combinaciones de educación, intervenciones comportamentales y no comportamentales e intervenciones cognitivo conductuales y antidepresivos, son efectivas en el tratamiento de la depresión	I
Psicoterapia de apoyo en combinación con antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina es eficaz para la gestión del estrés postraumático	I
La depresión puede manejarse mediante la incorporación de una combinación de farmacoterapia, psicoterapia de apoyo y técnicas cognitivas y conductuales	I
No existe evidencia de que un antidepresivo es superior al otro en el manejo de la depresión en personas con cáncer	I

National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. (NBCC & NCCI, 2003; Turner et al., 2005)

1.2.4. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Como ya hemos comentado, las pacientes de cáncer de mama tienen importantes problemas psicosociales y necesidades, que varían a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento activo, supervivencia). En 2004, el Instituto de Medicina (IOM) de la National Academy of Sciences, publicó un informe en el que se recomienda que la intervención psicosocial (PI) debe incorporarse a la atención médica estándar para pacientes con cáncer de mama en todas las fases del tratamiento (M Hewitt, R Herdman, & Holland, 2004).

Diferentes estudios han demostrado que la PI puede mejorar el funcionamiento psicológico entre pacientes de cáncer de mama. (Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001; Meyer & Mark, 1995; Trijsburg, van Knippenberg, & Rijpma, 1992; Zimmermann, Heinrichs, & Baucom, 2007)

Tras revisar la evidencia actualmente disponible sobre la eficacia de diferentes formas de intervención psicológica en

cáncer de mama, Font en 2007 concluye que los enfoques terapéuticos principales se agrupan en intervenciones informativo-educativas, intervenciones cognitivo-conductuales y psicoterapias de grupo (Font A & Rodríguez, 2007). Aunque en ocasiones es muy difícil separar unas intervenciones de otras ya que solo algunos estudios realizan intervenciones estructuradas de tipo cognitivo conductual, Siguiendo la propuesta del autor pasamos a describir los estudios de mayor relevancia en cada grupo de intervención.

- *Intervenciones informativo-educativas* consisten en proporcionar información relevante sobre la enfermedad y su tratamiento y/o cómo afrontar los diferentes problemas, dónde obtener qué ayudas, etc. Ofrecen información sobre diferentes aspectos como la salud, manejo de estrés y estrategias de afrontamiento. Los pacientes que más se benefician son aquellos que se encuentran en la fase diagnóstica, en los primeros estadios de la enfermedad, y/ aquellos con buen pronóstico.

La intervención psico-educativa en pacientes con cáncer intenta promover cambios cognitivos y conductuales estables en el tiempo, los más importantes: reducción de la fatiga,

aumento del espíritu de lucha, promoción de estrategias activas de afrontamiento, reducción de problemas de sueño.

Pålsson y Norberg, informan que en la fase inicial del tratamiento para el cáncer de mama, cuando tenían la oportunidad de recibir información sobre su enfermedad y comentarla con las enfermeras las pacientes se sentían emocionalmente más apoyadas y más seguras que cuando recibían esta información, sólo por escrito o por teléfono (Pålsson & Norberg, 1995). Algunos resultados apuntan que la vivencia de algunas pacientes puede servir para las pacientes futuras durante el tratamiento para el cáncer de mama. McDaniel y Rhodes, demostraron que la información, grabada en vídeo, ofrecida por otras mujeres que habían sido tratadas con quimioterapia, era valorada como útil por parte de las nuevas pacientes, porque permitía desarrollar estrategias de afrontamiento preventivas y anticipar auto-cuidados en las situaciones problema (McDaniel & Rhodes, 1998). En base a esta misma idea, Samarel et al, han desarrollado y evaluado un "Kit" de recursos para mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama, con el objetivo de facilitar la adaptación física, emocional, funcional e interpersonal, al diagnóstico,

tratamiento y recuperación al finalizar los tratamientos médicos (Samarel et al., 1999). Este material combina la información con la auto-ayuda pudiendo complementarse con el apoyo individualizado por teléfono y/o la participación en grupos de soporte. En el mismo sentido, los datos aportados por Williams y Schreier, indican que una intervención sencilla como proporcionar una cinta de audio para favorecer los autocuidados, puede ser efectiva para disminuir la ansiedad y mejorar el control de síntomas en pacientes de cáncer de mama en la primera etapa de la enfermedad.(Scheier et al., 2005)

En el mismo sentido, Badger et al., aportan datos a favor de la utilidad de proporcionar información adicional a las pacientes para ayudar al control de algunos síntomas vinculados a la enfermedad, mediante un estudio randomizado, 48 pacientes de cáncer de mama que fueron asignadas a la condición de recibir asesoramiento tipo counselling de manera individual, por teléfono, a lo largo de seis semanas, o a información convencional. Al finalizar la intervención y en el seguimiento efectuado un mes después, se observaron mejorías en el grupo de intervención respecto a los niveles de fatiga, depresión,

estado de ánimo y estrés (Badger et al., 2005). Probablemente este tipo de soporte sería especialmente adecuado para pacientes con poco apoyo social y que no pueden participar en encuentros de grupo por no estar disponible (Chamberlain Wilmoth, Tulman, Coleman, Stewart, & Samarel, 2006).

Sin embargo, en otros estudios no se han encontrado diferencias significativas, al cabo de un año, entre proporcionar un kit de información por correo y recibir apoyo telefónico adicional (Coleman et al., 2005), lo que indicaría una cierta equivalencia entre ambos procedimientos. Por su parte, Scheier et al., realizaron un estudio en el que intentaban determinar si una intervención educativa sobre afrontamiento al cáncer y/o una intervención informativa sobre nutrición podrían mejorar el estado físico y/o psicológico de mujeres jóvenes sometidas al tratamiento de cáncer de mama en estadio inicial. Ambos grupos fueron comparados con un grupo control de tratamiento oncológico estándar. Los resultados indicaron diferencias significativas entre los grupos de intervención y el grupo control, observando una menor sintomatología depresiva y mejor funcionamiento físico, en los grupos intervención incluso en el seguimiento a 13 meses (Scheier et al., 2005).

Jensen et al., evaluaron una estrategia informativa que consistía en que las pacientes de cáncer de mama dispusieran de información escrita acerca de los tratamientos anti neoplásicos antes de participar en un ensayo clínico. En el seguimiento efectuado tres meses después, se constató que la información era recordada de manera precisa en la mayoría de los casos. Además, el 74% de las pacientes consideraron la información como muy positiva para reducir la ansiedad y la incertidumbre pre-tratamiento.(Jensen, Madsen, Andersen, & Rose, 1993)

-- *Intervenciones individuales: tratamientos conductuales y cognitivos*

El objetivo es mejorar el manejo de sintomatología psicológica específica, entrenando a la paciente en la identificación y valoración de los estresores y potenciando la adquisición de habilidades y estrategias de afrontamiento que faciliten el ajuste y la adaptación a la enfermedad, teniendo un carácter directivo.

Se han realizado diversos estudios que intentan demostrar la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales. En ellos se

estudian un amplio grupo de técnicas de forma aislada o combinada como son el entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, terapia de solución de problemas, biofeedback, entrenamiento en destrezas de afrontamiento, hipnosis, etc. Como indica Font, además de las terapias cognitivo-conductuales, generalmente bien estructuradas y cuyos efectos dependen en parte de las técnicas aplicadas, también se han realizado estudios que evalúan la psicoterapia de apoyo, como un acompañamiento en la situación estresante que representa el cáncer, (Font A & Rodríguez, 2007). Los pacientes pueden hablar y desahogarse respecto a sus preocupaciones, dificultades, sentimientos negativos, etc. sin tener la impresión de estar sobrecargando a los profesionales que tratan la enfermedad, ni a las personas de su entorno afectivo. En este segundo caso las sesiones terapéuticas no suelen estar rígidamente estructuradas, sino que se adaptan al ritmo y necesidades de cada paciente. De todas formas, la mayor parte de investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas individuales se han centrado en las terapias estructuradas (cognitivo-conductuales).

Uno de los primeros estudios al respecto es el de Maguire que llevó a cabo un ensayo controlado para determinar si el counselling individual podía prevenir la morbilidad psiquiátrica asociada a la mastectomía, en una muestra de 152 pacientes. El procedimiento no sirvió para prevenir los problemas psicológicos de las pacientes, pero sí para su detección precoz (Maguire et al., 1980). El trabajo de Davis, se considera una de las investigaciones pioneras del enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual en cáncer de mama. Mediante un grupo de 26 pacientes recién diagnosticadas, comparó una terapia conductual —combinación de biofeedback electromiográfico y control de la temperatura con entrenamiento en relajación— con una terapia cognitiva (que incluía imaginación positiva y relajación) y un grupo control (sin tratamiento). Ambos programas se realizaron a lo largo de ocho semanas. Durante el tratamiento y al final del mismo, no se observaron diferencias en el estado afectivo entre los grupos, pero en el seguimiento posterior se observó que las personas que habían mejorado en estado afectivo y en afrontamiento mantenían estas mejoras ocho meses después (Davis, 1986). Otro aspecto estudiado, ha sido analizar qué momento podía ser el más adecuado para

proporcionar ayuda psicológica, Edgar et al, evaluaron cada cuatro meses, el afrontamiento (coping) de 205 pacientes oncológicos, incluyendo un grupo de 98 pacientes de cáncer de mama recién diagnosticadas, a lo largo de un año. Las pacientes recibieron tratamiento psicosocial inmediatamente o cuatro meses después. No se observaron diferencias entre ambos grupos después de las terapias, pero sí en el seguimiento a ocho meses: sorprendentemente el grupo que esperó cuatro meses para recibir la terapia estaba significativamente menos deprimido, ansioso y se sentía con un mejor control sobre la situación, que el grupo de intervención inmediata. No obstante, el afrontamiento emocional de las pacientes de cáncer de mama mejoraba a lo largo del año, independientemente del momento en que se iniciara la intervención psicológica (Edgar, Rosberger, & Nowlis, 1992). Por su parte, Gruber et al, analizaron no solamente el cambio psicológico, sino también algunos parámetros inmunológicos, de un grupo de 30 pacientes de cáncer de mama recién diagnosticadas. El grupo "intervención conductual" se comparó con el grupo control (lista de espera para el tratamiento conductual). La asignación a los grupos se realizó

aleatoriamente entre las pacientes interesadas. La intervención consistió en entrenamiento en relajación, imaginación guiada y biofeedback. El grupo con terapia psicológica mejoró significativamente respecto al nivel de ansiedad que presentaba al inicio, pero no se observaron cambios significativos en otros aspectos psicológicos de la calidad de vida, ni en las creencias de control, evaluadas mediante la escala de Rotter. A nivel inmunológico se observaron mejoras en la actividad de las células NK, respuesta linfocitaria, concavalina A y respuesta linfocitaria periférica (Gruber et al., 1993). En el mismo sentido, McGregor et al en 2009, publicaron una revisión sistemática sobre la relación entre el manejo del estrés mediante la PI y el sistema neuroendocrino y el sistema inmune. Concluyen que en los últimos 6 años numerosos ECA han demostrado la eficacia de la PI para promover la adaptación psicológica y afrontamiento al cáncer de mama y su tratamiento. Mucho más controvertida es la cuestión de si PI modulan funciones biológicas que pueden conferir beneficios para la salud física para pacientes con cáncer de mama. (McGregor & Antoni, 2009)

En cuanto al manejo del estrés, algunos estudios, demuestran la eficacia de la terapia cognitivo conductual (CBT) (Antoni et al., 2001), en combinación con psicoeducación incrementa la calidad de vida (Andersen et al., 2004) o mejoran la pauta y calidad del sueño (Savard, Simard, Ivers, & Morin, 2005a).

Otros estudios se han centrado en el manejo cognitivo conductual del stress (CBSM); un grupo de 199 mujeres con cáncer de mama en estadio 0–III que habían sido sometidas a cirugía (pero que no habían iniciado terapia adyuvante) fueron asignadas a un grupo experimental de 10 semanas de entrenamiento en manejo cognitivo conductual del estrés o un grupo control de un seminario psicoeducativo de 1 día. En el (CBSM) se combinaba entrenamiento técnicas de reducción de la ansiedad como la relajación muscular progresiva (PMR), imaginación guiada, respiración profunda y meditación con técnica cognitivo conductuales como reestructuración cognitiva, entrenamiento en afrontamiento adaptativo y formación en habilidades interpersonales (Antoni, 2003). Las mujeres asignadas a la intervención CBSM 10 semanas (vs las asignadas al seminario psicoeducativo de 1 día) mostraron mejorías en la adaptación psicológica, incluyendo disminución

en pensamientos intrusivos sobre el cáncer, síntomas de ansiedad generalizada, la incidencia de depresión y perturbación del funcionamiento interpersonal, así como un efecto positivo en el optimismo, y estados afectivos. Manteniéndose la respuesta 12 meses después (Antoni et al., 2006a; Antoni et al., 2006c).

Otros estudios, se han focalizado en intervenciones basadas en la CBT sobre síntomas particulares que deben afrontar las mujeres con cáncer de mama, como son los trastornos del sueño (Savard, Simard, Ivers, & Morin, 2005a). Estos autores, utilizan CBT para tratar el insomnio en 57 mujeres con insomnio secundario o exacerbado por el cáncer de mama. Se aleatorizaron a un grupo experimental en el que se realizaba una intervención CBT de grupo de 8 semanas de duración para tratar el insomnio (vs, un grupo control que no recibió tratamiento). La mujeres de la condición experimental informaron de una mejoría subjetiva en el sueño, menores niveles de depresión y ansiedad y mejor calidad de vida global, inmediatamente después de la intervención y a los 12 meses de seguimiento (Savard, Simard, Ivers, & Morin, 2005b).

En España, Cruzado aporta un estudio en el que se constata la eficacia de la terapia conductual combinada (técnicas de control de ansiedad, respiración controlada, imaginación guiada) para disminuir el estrés pre-quirúrgico hospitalario (ansiedad estado y ansiedad global), de mujeres que iban a ser posteriormente intervenidas por cáncer de mama (Cruzado JA, Olivares M^aE, & Fernández, 1993). Sirgo et al. evaluaron a 80 pacientes de cáncer de mama bajo tratamiento simple de quimioterapia adyuvante ambulatoria. Aleatoriamente se asignó la mitad de las pacientes a grupo de terapia psicológica (versión reducida de relajación muscular progresiva, técnicas de respiración abdominal e imaginación guiada) o a grupo control (tratamiento convencional). Una vez finalizada la terapia, la ansiedad y la depresión, la relajación y el control de síntomas eméticos post-tratamiento fueron significativamente más favorables en el grupo intervención (Sirgo A, Gil F, & Pérez-Manga, 2000).

Uno de los inconvenientes de las terapias psicológicas es su duración, algunos autores han valorado la eficacia de terapias breves: Burton et al, analizaron la utilidad de una intervención psicoterapéutica previa a la cirugía breve, (estudio

randomizado) con pacientes de cáncer de mama. Se pudo observar que la preparación psicológica antes de la intervención tenía efectos muy positivos entre las pacientes. El apoyo psicoterapéutico aportó mayores beneficios (incluso en el seguimiento a un año), en aquellas pacientes con más antecedentes de acontecimientos vitales estresantes dentro los cinco años anteriores a la intervención quirúrgica (Burton M et al., 1995).

En cuanto a la satisfacción que muestran las pacientes de cáncer de mama cuando pueden participar en un programa de apoyo psicosocial Almonacid y Barreto, realizaron un estudio con 83 pacientes, en el que el 50% de ellas percibieron una gran mejoría en su malestar emocional y en la interacción con familiares y amigos (Almonacid V & Barreto, 1996). Los menores efectos de beneficio percibido correspondieron al área de la pareja (probablemente porque este ámbito es más reactivo al cambio, y/o necesita intervenciones más específicas). En este sentido, Christensen realizó un estudio con pacientes de cáncer de mama mastectomizadas, incorporando a sus parejas, 20 parejas fueron randomizadas a la condición de counselling psicosocial post-mastectomía o grupo control.

Antes y después del tratamiento se evaluaron aspectos como felicidad conyugal, satisfacción sexual, depresión, auto-estima, desesperanza, ansiedad, y estado emocional. Las parejas que fueron tratadas durante cuatro semanas presentaban significativamente un mejor estado emocional e incremento de la satisfacción sexual, en comparación con el grupo control (Christensen, 1983).

En cuanto a mujeres con cáncer de mama metastásico, Arathuzik utilizó procedimientos de terapia conductual específicamente para ayudar a controlar el dolor por cáncer de mama metastásico, 24 pacientes fueron asignadas al azar a un grupo de intervención, en el que recibían entrenamiento en relajación y visualización a un segundo grupo de intervención en que, además de lo anterior, recibían entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivo, o a un grupo control. Las medidas en intensidad subjetiva del dolor pre-post tratamiento, control del dolor, habilidad para reducir el dolor y estado de ánimo indicaron que la habilidad de las pacientes para reducir el dolor era significativamente mayor en los dos grupos de intervención, en comparación con el grupo control. El

grupo con terapia de afrontamiento cognitivo mejoró también en ansiedad y depresión (Arathuzik, 1994).

Al igual que se ha demostrado la eficacia en el manejo de la depresión de las terapias cognitivas en pacientes de cáncer, también se acumulan evidencias de efectividad de estas terapias sobre la depresión en cáncer de mama tanto no-metastásico como metastásico: En un estudio randomizado, Marchioro et al. pudieron comprobar cómo la terapia cognitiva individual se mostraba eficaz para mejorar los índices de depresión y calidad de vida de pacientes de cáncer de mama no metastásico, nueve meses después del diagnóstico, en comparación con el grupo control (Marchioro et al., 1996). En cuanto a la depresión, Asimismo, el objetivo del estudio de Lévesque, fue evaluar la eficacia de la terapia cognitiva para la depresión en este caso en mujeres con cáncer de mama metastásico. Se valoró el estado de ánimo de las participantes, a lo largo de la terapia, diaria y semanalmente, pudiéndose observar una mejoría estadísticamente significativa en síntomas depresivos, anhedonía, ansiedad y fatiga, en todas las pacientes. Las mejoras fueron clínicamente significativas,

también en la fase de post-tratamiento (Levesque, Savard, Simard, Gauthier, & Ivers, 2004).

Greer et al desarrollaron una terapia psicológica estructurada para su aplicación específica con pacientes de cáncer denominada “Terapia psicológica Adyuvante” (TPA) para resaltar su aplicación como terapia psicológica complementaria a la terapia médica (Greer, Moorey, & Baruch, 1991). Romero et al, compararon la terapia psicológica adyuvante (cognitivo-conductual), aplicada de manera individual (entre 6 y 12 sesiones) a pacientes de cáncer de mama, con una terapia de apoyo social-emocional y técnicas conductuales. En el seguimiento alrededor de los tres meses se pudo constatar que ambas terapias eran efectivas para mejorar el estado de las pacientes, si bien la de apoyo social y técnicas conductuales fue más efectiva para reducir ansiedad, desamparo y fatalismo, mientras que la terapia cognitiva fue más efectiva para reducir la depresión. Sin embargo, la estrategia de afrontamiento denominada “espíritu de lucha” no mejoró significativamente en ninguna de las modalidades de terapia (Romero R, Ibáñez E, & Monsalve, 2000). En el estudio de Owen, se evidenció que la terapia psicológica adyuvante aplicada a través de Internet,

pese a sus notables limitaciones frente a las terapias “cara a cara”, también tenía algunas ventajas como llegar a muchas más pacientes y la posibilidad de que algunas personas opten por participar, ante la comodidad de poder hacerlo desde casa (Owen, Klapow, Roth, Nabell, & Tucker, 2004). Por su parte, Cimprich et al desarrollaron un programa denominado “Taking Charge”, para orientar a las pacientes de cáncer de mama a manejar la situación post-tratamiento. Se enseñaban los principios de la auto-regulación así como estrategias de auto-manejo e información sobre los temas de la supervivencia al cáncer. Las 25 participantes fueron aleatoriamente asignadas a grupo tratamiento o grupo control; los resultados indicaron que las pacientes lo consideran relevante y de gran utilidad para el manejo de los problemas y preocupaciones que aparecen en la transición a la fase de supervivencia o intervalo libre (Cimprich et al., 2005).

Algunos estudios evalúan el incremento de la actividad física como una pauta conductual que puede mejorar la calidad de vida en diversos problemas de salud. Kolden et al, analizaron la aplicabilidad y algunos posibles efectos beneficiosos para la salud de las pacientes de cáncer de mama en fase inicial, de

un programa de ejercicio físico, de 16 semanas, mediante el que se obtuvieron resultados muy positivos tanto en la capacidad física de las pacientes como en su calidad de vida general (Kolden et al., 2002). También Pinto et al demostraron que una intervención realizada en casa, para la mejora de la actividad física, en pacientes de cáncer de mama en estadio inicial, tenía efectos positivos, en el sentido de reducción de la fatiga en comparación con el grupo control aleatorizado. Ello se manifestaba también en la tendencia a presentar un mejor estado de ánimo por parte de estas pacientes. (Pinto, Frierson, Rabin, Trunzo, & Marcus, 2005)

En el mismo sentido, Mutrie et al. observaron (en el seguimiento a seis meses) una mejora significativa de diversos aspectos de la calidad de vida entre las pacientes de mama que participaron en un programa de ejercicio físico, y apoyaron la conclusión de que el ejercicio físico es muy recomendable para estas pacientes y podría incluirse en los programas (psicosociales) de rehabilitación (Mutrie et al., 2007).

Otro aspecto evaluado en los estudios es la efectividad de las terapias psicológicas según el contexto de aplicación, Hilderley

y Holt en un estudio randomizado, aplicaron el entrenamiento autógeno en el domicilio del grupo de pacientes con cáncer de mama en fase inicial incluidas en su estudio, realizando una sesión semanal a lo largo de dos meses, concluyendo que la técnica les aportó claras mejorías en ansiedad y depresión en comparación con el grupo control (Hilderley & Holt, 2004). Podemos interpretar que la eficacia de las terapias psicológicas no depende necesariamente de su contexto de aplicación.

Sandgren y McCaul presentaron los resultados de dos formas de terapia de apoyo por teléfono con 218 pacientes de cáncer de mama que aleatoriamente fueron asignadas a intervención educativa de apoyo, expresión emocional o control. Se registraron datos de línea base y a los seis y trece meses de finalizadas las sesiones telefónicas de terapia de apoyo (las sesiones duraban unos 30 minutos). Las mujeres en la condición de terapia educativa mostraban un mejor conocimiento y menos estrés que las otras dos condiciones, pero no se observaron diferencias en la calidad de vida y el estado de ánimo, estos aspectos mejoraban en todos los grupos. (Sandgren & McCaul, 2007) .

El tipo de profesional que proporciona el apoyo psicológico no es necesariamente determinante del resultado: En un estudio randomizado con una muestra de 120 pacientes de cáncer de mama, Arving et al. indican que la satisfacción de las pacientes que recibieron apoyo psicológico individual por parte de una enfermera entrenada o por parte de un psicólogo, era similar, incluso mayor respecto a la enfermera en temas de control de síntomas. (Arving et al., 2006).

Recientemente se han analizado también posibles efectos de formas de intervención psicológica que podríamos denominar “no convencionales”. Parece ser que algunas terapias de reducción del estrés denominadas “mindfulness” (concienciación del momento), basadas en técnicas de meditación, se han mostrado efectivas para reducir los trastornos de sueño que presentan pacientes de cáncer de mama en estadio II de la enfermedad. En esta fase las pacientes pueden presentar un alto nivel de estrés debido no tan solo al diagnóstico y tratamiento, sino también al miedo a la recidiva o a la metástasis (Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, & Schwartz, 2003). Por su parte, Puig et al, realizaron un estudio randomizado con 39 pacientes en el que se estudió el posible

efecto de la denominada arte-terapia creativa. La intervención no resultó eficaz para mejorar el afrontamiento emocional de las pacientes a su situación de enfermedad (cáncer de mama en estadio I o II), pero sí para disminuir la frecuencia de las emociones negativas (Puig, Lee, Goodwin, & Sherrard, 2006). Sin embargo, en ensayo randomizado controlado, Monti et al. encontraron que aplicando técnicas de Mindfulness basadas en arte terapia redujeron la angustia psicológica y mejoraron la calidad de vida en el grupo de mujeres con cáncer que participaron (Monti et al., 2006). Loizzo et al, encontraron resultados similares así como mejoras en las medidas de estrés biológico (nivel de Cortisol salival y la frecuencia cardíaca de reposo), en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadios iniciales y sobrevivientes de cáncer ginecológico que participaron en una intervención de autocuidado basado en la meditación de 20 semanas (Loizzo et al., 2010). Tacon et al, en un estudio diseñado con un solo brazo pre-post observaron una disminución del estrés, desesperanza, ansiedad y preocupación sobre el cáncer, y un mayor locus de control interno después del entrenamiento en un programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness

MBSR (Tacon AM, Caldera YM, & Ronaghan, 2004). En un estudio similar, Matousek y Dobkin identificaron reducciones significativas en la autovaloración del estrés, los síntomas médicos, y la depresión, y mejoras después de la intervención;(Matousek & Dobkin, 2010). Lengacher et al, en un ensayo aleatorio controlado que compara un programa MBSR de 6 semanas con la atención habitual, encontraron diferencias estadísticamente significativas con menor depresión, ansiedad y temor a la recurrencia, y una mayor energía y funcionamiento físico en las pacientes que participaron en el programa (Lengacher et al., 2009). Witek-Janusek et al, encontraron mejoras en las medidas biológicas (especialmente cortisol, la citotoxicidad de las células asesinas naturales, el interferón gamma, IL-4, IL-6 e IL-10), así como en la calidad de vida y optimismo para hacer frente al cáncer en un grupo de pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales que se auto-seleccionaron para participar en un programa de reducción del estrés mediante técnicas de Mindfulness en comparación con quienes no lo hicieron (Witek-Janusek et al., 2008).

Un aspecto no suficientemente evaluado es el mantenimiento de los efectos de la intervención psicológica durante periodos más largos que los estudiados y queda por verse si los efectos de la intervención sobre la salud se mantendrán durante periodos más largos y si estos efectos se pueden explicar por la disminución del estrés emocional relacionada con la intervención realizada, habilidades de afrontamiento cognitivo, mejoras en el soporte social y expresión emocional y el mantenimiento de comportamientos positivos de salud tales como cambios dietéticos o adhesión a tratamientos de larga duración como el tamoxifeno o otros regímenes a largo plazo (McGregor & Antoni, 2009). Cabe señalar que los niveles de angustia, informados durante el tratamiento para el cáncer de mama son predictivos de la angustia y la calidad de vida 8 años más tarde (Carver C. S et al., 2005; Carver et al., 2005). Algunos autores concluyen, reducir la angustia durante el tratamiento médico con PI puede tener efectos duraderos. Es fundamental para estudios de PI con pacientes de cáncer de fase temprana (incluyendo cáncer de mama) realizar el seguimiento a largo plazo de los indicadores de salud física, psicológica y fisiológica (McGregor & Antoni, 2009).

-- *Intervenciones grupales:*

Las intervenciones grupales en cáncer de mama tienen como objetivo mejorar el estado emocional de las pacientes utilizando las experiencias que se comparten en el grupo y la aplicación de intervenciones específicas como medio de mejoría, así mismo es de gran utilidad los sentimientos de apoyo y comprensión que emergen entre las personas que comparten una misma enfermedad.

No siendo el objetivo de nuestro estudio comentaremos brevemente algunas características de estas intervenciones. Las aproximaciones que encontramos en la literatura se centran en: las terapias de grupo expresivas y de apoyo, y las terapias de grupo de enfoque psicoeducativo (más estructuradas), terapias cognitivo-conductuales, y aquellas que combinan varios enfoques. También podemos encontrar diferentes momentos de aplicación de estos enfoques, desde las etapas iniciales, pasando por la enfermedad avanzada y las supervivientes. En cuanto a las modalidades de aplicación existen dos modalidades claramente diferenciadas: dirigidas por profesionales y guiadas únicamente por personas

afectadas (lo que llamaremos de apoyo mutuo). Diversas investigaciones han aportado evidencia empírica de sus efectos en pacientes de cáncer de mama, (Cunningham & Tocco, 1989; Goodwin et al., 2001; Kissane et al., 2003; Kissane et al., 2007; Matousek & Dobkin, 2010; J. S. Simpson, Carlson, & Trew, 2001; Spiegel et al., 2007), en el el meta-análisis realizado por Naaman et al, en el que se concluye que las intervenciones cognitivo comportamentales parecen ser más eficaces que las expresivas y de apoyo en cuanto a las pacientes que pueden obtener más beneficios son las que presentan mayores dificultades en el soporte emocional que reciben de su pareja, soporte informativo por parte del oncólogo y recursos personales (Naaman, Radwan, Fergusson, & Johnson, 2009). En cuanto a la etapa de la enfermedad las pacientes con enfermedad avanzada se benefician más que las pacientes con enfermedad de inicio (Edelman, Bell, & Kidman, 1999). En términos de duración del tratamiento los grupos no deben durar más de 20h lo que se entiende como grupos de corta duración (Antoni et al., 2001).

1.3 RELEVANCIA DEL ESTUDIO

En línea a lo expuesto en la parte teórica, el aumento de la incidencia e incremento en las tasas de supervivencia en cáncer de mama, han generado un número creciente de pacientes supervivientes a largo plazo, en ellas, las consecuencias de la enfermedad y sus tratamientos, cambios físicos, emocionales, familiares y laborales, requieren atención interdisciplinar (Knobf, 2007; Mehnert & Koch, 2008). Limitar el tratamiento a la intervención médica preocupándonos exclusivamente por la salud física de la paciente implica olvidar una amplia gama de potenciales y persistentes problemas y necesidades psicosociales. Conocemos la existencia de estos problemas y necesidades en los pacientes de cáncer, aunque existe cierta variabilidad en los datos de incidencia (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins, & Saul, 2001; Pirl, 2004). Probablemente, esta discrepancia, sea un reflejo de las diferencias entre los estudios que no contemplan factores como la edad y la gravedad de la enfermedad así como los métodos de evaluación (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins, & Saul, 2001; Jacobsen PB, Donovan KA, Swaine ZN, & Watson, 2006). En líneas generales, podemos decir que el 50% de pacientes

requieren algún tipo de intervención psicosocial (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). Estudios recientes realizados en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama informan que un tercio, presentan distrés, ansiedad y depresión tras el diagnóstico, y hasta el 50% presentan altos niveles de trastornos psicosociales en el primer año post diagnóstico (Knobf, 2007; Mehnert & Koch, 2007, , 2008; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). En el estudio realizado por Hegel y cols., se evalúa la prevalencia de angustia emocional a lo largo de la evolución clínica, en 236 pacientes de cáncer de mama recién diagnosticado informando de estrés elevado en un 41% de pacientes. En este mismo grupo de mujeres, el 11% notificaron síntomas que sugerían depresión grave y 10% notificaron síntomas de tensión postraumática (Hegel et al., 2006).

Por otra parte, los resultados de eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas, muestran los beneficios que pueden aportar a las pacientes desde los momentos iniciales de la enfermedad, así como durante sus diferentes fases, progresión de enfermedad, enfermedad avanzada, enfermedad terminal. Se han realizado diferentes meta-análisis que

examinan la eficacia de diversas intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con cáncer (Devine, 2003; Devine & Westlake, 1995; Graves, 2003; Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001; Meyer & Mark, 1995; Rehse & Pukrop, 2003; Sheard & Maguire, 1999), todos ellos ofrecen resultados prometedores en cuanto a la eficacia de las intervenciones psicológicas para controlar el distrés emocional.

Tatrow and Montgomery, realizaron el primer meta-análisis que tenía como objetivo determinar la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales para aliviar los síntomas del distrés emocional y el dolor en pacientes de cáncer de mama, concluyendo en cuanto a resultados globales, los efectos positivos de las mismas para el control del distress y dolor, en la mayoría de las pacientes con cáncer de mama (Tatrow & Montgomery, 2006).

Desde nuestra experiencia clínica, y en base a los resultados obtenidos al realizar el análisis de problemas psicológicos y su prevalencia en las pacientes que fueron derivadas a consulta de psicooncología durante el periodo 2005-2007 (Almonacid V, Moreno P, Bermejo de las Heras B, & Lluch, 2009),

consideramos que era interesante probar la eficacia de un programa de intervención adaptado a las necesidades de las pacientes de nuestro entorno y ámbito cultural, con el fin de ofrecerles un programa sistematizado que pudiera mejorar los síntomas reactivos al diagnóstico, favorecer estrategias de afrontamiento activas orientadas al problema y aumentar la percepción de control. Consideramos relevante el estudio ya que hemos intentado aunar los resultados que nos ofrece la bibliografía con nuestra experiencia clínica adaptando las técnicas en las que se ha demostrado su eficacia a las características de las pacientes de nuestro entorno. Así mismo en el programa de intervención añadimos la visita de una mujer afectada por la enfermedad, ya recuperada física y emocionalmente y entrenada en el manejo de la entrevista como un modelo positivo de afrontamiento y superación con el objetivo de que la paciente movilizara recursos adaptativos y tuviera un modelo positivo como referente en el proceso de enfermedad. Este aspecto del estudio diferencia a nuestro programa de los que hemos encontrado y revisado, entendemos que la acción de los iguales puede ser un elemento que acelere el proceso de adaptación.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL (O1): valorar la eficacia de un programa psicoeducativo aplicado a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro entorno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 2 (O2): Conocer el perfil sociodemográfico clínico, personal y asistencial de la muestra estudiada mediante entrevista clínica

O.2.1. Variables socio demográficas como la edad, estado civil, número de hijos, estudios, tipo de trabajo y situación de pareja.

O.2.2. Variables clínicas y personales que pueden influir en la respuesta emocional al diagnóstico de cáncer y tratamientos propuestos, como son: enfermedades físicas previas o concomitantes, antecedentes psicológicos, tipo de afrontamiento, tiempo de demora voluntario por parte de las pacientes incluidas en nuestro estudio, preocupaciones frecuentes derivadas de la enfermedad, dudas de las pacientes respecto a su enfermedad, necesidad de tratamiento de

quimioterapia, situación emocional de las pacientes y valoración que hacían las pacientes de la reacción observada en su pareja respecto a la enfermedad

O.2.3. Variables asistenciales como tiempo medio asistencial desde el inicio de los síntomas al diagnóstico, cantidad de información recibida y el grado de satisfacción generado

Objetivo 3 (O3): Evaluar los cambios en los niveles de Ansiedad y Depresión en el grupo experimental (G.E), análisis intragrupo, así como los cambios entre el G.E y el G.C (análisis entregrupos). Evaluada mediante el HADS.

O.3.1. Evaluar el nivel de Ansiedad intragrupo (G.E) y entregrupos (G.E vs G.C)

O.3.2. Evaluar el nivel de Depresión intragrupo (G.E) y entregrupos (G.E vs G.C)

O.3.3. Identificar síntomas específicos de las pacientes con cáncer de mama en estas variables.

Objetivo 4 (O4): Valorar la eficacia del programa de intervención en las diferentes subescalas que componen la calidad de vida, evaluado mediante el cuestionario *QL-CA-Afex de calidad de vida en enfermedades crónicas*.

O.4.1. Evaluación intragrupo (G.E) de los diferentes factores que componen la variable

O.4.2. Cambios en la Calidad de Vida al mes de finalizar los tratamientos médicos.Evaluación entregupos (G.E v.s G.C)

Objetivo 5 (O5): Favorecer el contacto con mujeres que han superado la enfermedad como un modelo de afrontamiento positivo. Evaluado mediante Cuestionario de Satisfacción

HIPÓTESIS GENERAL (H1): el programa de intervención propuesto promoverá cambios significativos en las variables consideradas dependientes al mes de haber finalizado el tratamiento de quimioterapia.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Hipótesis 2 (H2): descriptiva, la muestra estudiada es representativa de la población general así como de las series descritas en la literatura.

H.2.1. La muestra estudiada, estará constituida principalmente por mujeres de mediana edad con pareja estable e hijos, con estudios primarios y trabajo no cualificado.

H.2.2. Algunas de las variables personales evaluadas en la entrevista como enfermedades físicas previas o concomitantes o antecedentes psicológicos tendrán una prevalencia similar al

grupo de referencia. El resto, como son tipo de afrontamiento, tiempo de demora voluntario, preocupaciones más frecuentes derivadas de la enfermedad, dudas respecto a su enfermedad, situación emocional, valoración que hacían las pacientes de la reacción observada en su pareja respecto a la enfermedad tendrán una prevalencia similar a la que presentan las series analizadas en los estudios de mujeres con cáncer de mama.

H.2.3. En base a nuestra experiencia clínica se espera que los tiempos de demora desde el diagnóstico sean tiempos razonables, no más de tres meses en general y la información recibida será valorada como suficiente y satisfactoria.

Hipótesis 3 (H3): De acuerdo con la literatura y nuestra experiencia, en la E1, los niveles de ansiedad serán elevados y los niveles de depresión serán moderados o bajos.

H.3.1. El programa de intervención producirá cambios significativos en el nivel de ansiedad mejorando en las pacientes que lo siguen.

H.3.2. El programa de intervención producirá cambios significativos en el nivel de depresión mejorando en las pacientes que lo siguen.

H.3.3. Hay algunos síntomas de ansiedad y depresión específicos en estas pacientes.

Hipótesis 4 (H4). El programa de intervención provocará cambios significativos en la QL de las pacientes mejorando en aquellas pacientes que lo sigan.

H.4.1. Las pacientes del grupo experimental mejorarán en Calidad de Vida al finalizar el programa de intervención (E2).

H.4.2. Al mes de finalizar los tratamientos médicos, las pacientes del GE presentarán mejor Calidad de Vida que las pacientes del GC.

Hipótesis 5 (H5). (Descriptiva): La relación con mujeres que han pasado por la enfermedad y la han superado, como un componente del programa de intervención, puede ayudar de forma positiva a la mujer que se encuentra iniciando el proceso.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

3.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las pacientes incluidas en el estudio eran mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y tratadas en el Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia. El periodo de reclutamiento fue de 12 meses. Todas cumplían los siguientes criterios de selección:

- poseer un diagnóstico por cáncer de mama en estadio I ó II
- estar pendientes de comenzar una primera línea de tratamiento por su enfermedad oncológica o haberla finalizado recientemente.
- Pacientes a las que se les practicó mastectomía radical modificada en el acto quirúrgico

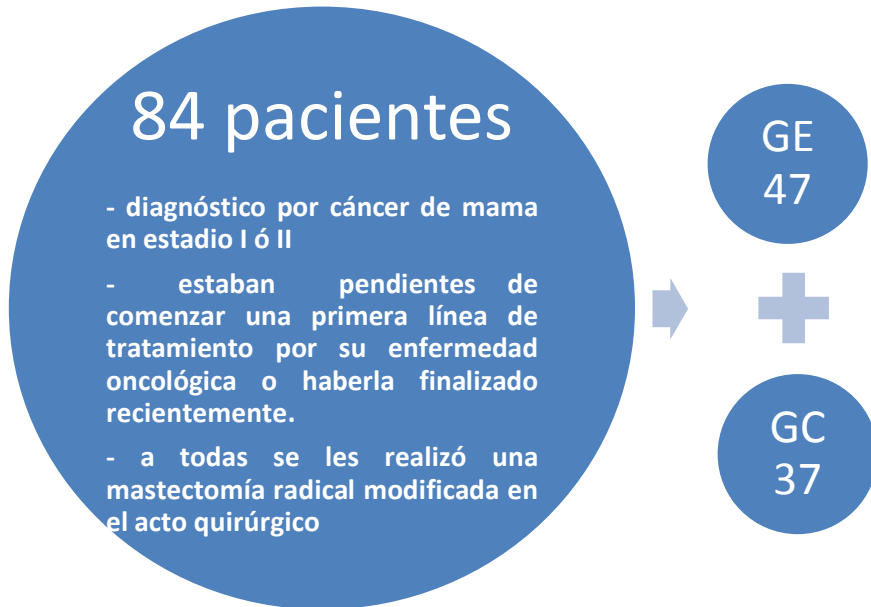
Mediante estos criterios se incluyeron 84 pacientes de las cuales 47 poseían un diagnóstico reciente de cáncer de mama e iban a comenzar el tratamiento de quimioterapia y por tanto se incluyeron en el grupo experimental (GE), y 37 habían finalizado los tratamientos médicos

incluyéndolas en el grupo control (GC). Esta opción muestral fue elegida para evitar problemas éticos de justicia terapéutica.

3.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que en el momento del diagnóstico presentaban metástasis a distancia
- Pacientes a las que se les practicó cirugía conservadora en el acto quirúrgico
- Pacientes que se negaron a participar en el estudio

Figura 1: Participantes en el estudio y criterios de inclusión



GE: Grupo Experimental; **GC:** Grupo Control

3.2. VARIABLES

- a) **Variables socio demográficas** : Se consideraron la edad, el estado civil, el número de hijos, nivel de estudios y tipo de trabajo
- b) **Variables personales:** Se consideraron la situación de pareja, antecedentes psiquiátricos, enfermedades previas o concomitantes, tiempo de demora provocado por la

paciente, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico, tipo de afrontamiento previo, reacción de la pareja.

- c) ***Variables clínicas de la enfermedad:*** Se consideraron el diagnóstico médico, el tipo de cirugía practicada y el esquema de tratamiento de quimioterapia
- d) ***Variables psicológicas: malestar emocional y Calidad de Vida:*** Se consideraron las preocupaciones generadas por la enfermedad, el nivel de ansiedad, nivel de depresión y un índice de Calidad de Vida
- e) ***Variables relacionadas con la satisfacción percibida tras la visita de la voluntaria:*** Se consideraron el estado físico, miedos relacionados con la enfermedad, estado emocional, dudas habituales, relación de pareja, relación con amistades y familia.

3.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron una entrevista clínica diseñada específicamente para el estudio y una escala de satisfacción también elaborada por nosotros, el Cuestionario de Ansiedad-Depresión en el Hospital (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983); y el Cuestionario QL-CA-Afex de Calidad de Vida en enfermedades crónicas (A. Font, 1988).

En la *Entrevista semi-estructurada* elaborada por nosotros para este estudio, se registraban variables demográficas entre las que figuraban edad, estado civil, nº de hijos; antecedentes psiquiátricos, enfermedades de importancia en el pasado, tipo de afrontamiento inicial, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico, tiempo de demora provocado por la paciente, información recibida, satisfacción respecto a la información recibida y preocupaciones más importantes sobre la enfermedad. (Ver Anexo I)

En la *Encuesta de Satisfacción* se valoraban la intervención de la voluntaria con la paciente en las siguientes variables: mejoría

del estado físico, miedos relacionados con los tratamientos, estado emocional, aclaración de dudas sobre rehabilitación de brazo homolateral, utilización de prótesis etc., relación de pareja, relación con familia y amigos. (Ver Anexo IV)

La *Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS)* (Zigmond and Snaith, 1982) está compuesta de 14 ítems , repartidos en dos subescalas, 7 de los cuales miden ansiedad y los 7 restantes depresión. La puntuación de cada ítem es de 0 a 3, considerando una puntuación por encima de 11 puntos como indicativa de sintomatología ansiosa o depresiva, entre 8 y 10 sintomatología dudosa y entre 0 y 7 ausencia de sintomatología. (Zigmond & Snaith, 1983) (Anexo II)

El cuestionario *QL-CA-Afex de calidad de vida en enfermedades crónicas* (A. Font, 1988; A Font & Bayés, 1993), consta de 27 ítems o escalas análogo-visuales. De las cuales 26 se pueden agrupar en cuatro dimensiones o subescalas: a) síntomas, 6 ítems; b) dificultades en los hábitos cotidianos, 5 ítems; c) dificultades familiares y sociales, 8 ítems; d) malestar psicológico, 7 ítems; el ítem restante hace una valoración general de la calidad de vida (Figura 2).

En este instrumento, el sujeto responde haciendo una señal sobre una línea de 100mm, traduciéndose la respuesta a un valor numérico de 0 a 10. Una mayor puntuación en una determinada escala significa mayor presencia del problema o mayor pérdida de calidad de vida relacionada con un aspecto concreto valorado por dicha escala (Anexo III).

El instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas como son la fiabilidad y diferentes tipos de validez.

Figura 2. Subescalas Cuestionario QL-CA-Afex de Calidad de Vida en enfermedades crónicas (Font 1988)



Los criterios que nos orientaron a seleccionar este instrumento fueron los siguientes:

a) Por ser un instrumento de calidad de vida desarrollado inicialmente para pacientes con cáncer que incluye ítems que se corresponden con aspectos concretos de la vida cotidiana. (A Font & Bayés, 1993)

b) Por haber sido validado con una muestra de 404 pacientes con cáncer de mama en distintas fases de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento complementario, intervalo libre, recidiva o enfermedad avanzada), hospitalizadas y ambulatorias, tratadas en el servicio de Oncología del Hospital de Sant Pau de Barcelona, entorno hospitalario con bastantes semejanzas a nuestro contexto de tratamiento.

c) De las cuatro subescalas del instrumento, dos de ellas, “malestar psicológico” y “dificultades familiares y sociales”, contienen ítems que valoran aspectos psicológicos que los estudios realizados con pacientes afectadas de cáncer de mama refieren como son la ansiedad, la depresión, dificultades en las relaciones sociales y dificultades en las relaciones de pareja y familiares.

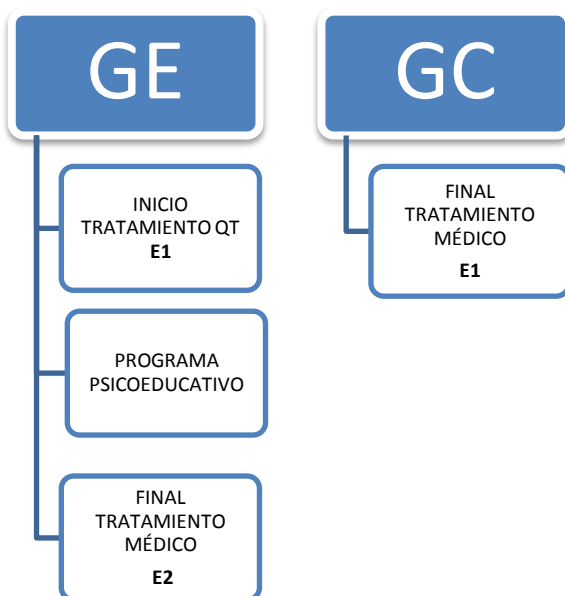
d) El instrumento contiene dos ítems relacionados directamente con la imagen corporal, el ítem “sentirse menos atractivo” (de la subescala de dificultades familiares) y el ítem de “insatisfacción con el aspecto físico” (de la subescala malestar emocional). Aspecto que nos interesaba valorar en nuestro estudio.

3.4. PROCEDIMIENTO

3.4.1. MOMENTOS DE EVALUACIÓN Y CUESTIONARIOS APLICADOS

En las pacientes del *grupo experimental* (GE) se realizaron dos evaluaciones, la Evaluación inicial (E_1) antes de comenzar el tratamiento de quimioterapia y la Evaluación final (E_2) al mes de finalizar los tratamientos médicos y haber aplicado el programa psicoeducativo; las pacientes del *grupo control* (GC), fueron evaluadas en una sola ocasión al mes de finalizar los tratamientos médicos. (Figura 3)

Figura 3: Momentos de evaluación



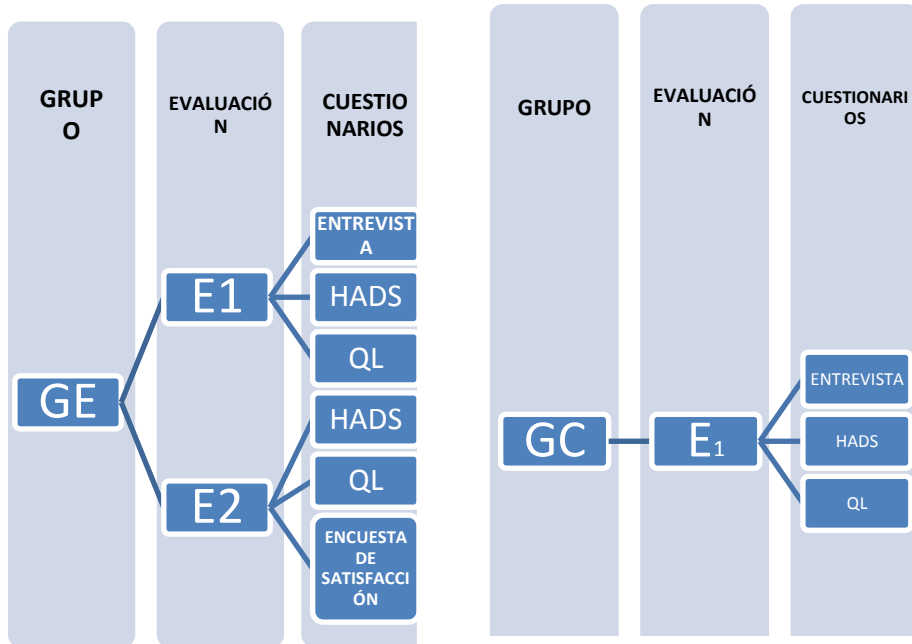
GE: Grupo Experimental; **GC:** Grupo Control; **E1:** Evaluación 1; **E2:** Evaluación 2

En el *grupo experimental* la E₁ se componía de la entrevista diseñada para el estudio, el HADs y el QL-CA-Afex de calidad de vida en enfermedades crónicas. En la E₂ las pacientes cumplimentaban el HADs, el QL-CA-Afex y la encuesta de satisfacción. El *grupo control* cumplimentó en una única ocasión la Entrevista, el HADs y el QL-CA-Afex de calidad de vida en enfermedades crónicas. (Figura 4)

El Programa Psico-Educativo aplicado al grupo experimental

constaba de 2 sesiones de evaluación y 6 de tratamiento. Según el esquema de tratamiento fuera adyuvante o neo adyuvante la intervención de la voluntaria se hacía en un momento u otro. En el primero, (adyuvante) la visita con la voluntaria se realizaba en la primera y segunda visita del programa. En el segundo esquema (neo-adyuvante) la visita de la voluntaria se realizaba en la 4ª y 5ª consulta del programa. (Tabla 3 y 4)

Figura 4: Cuestionarios aplicados en los diferentes momentos del proceso



GE: Grupo Experimental; **GC:** Grupo Control; **E1:** Evaluación 1; **E2:** Evaluación 2;
QL: QL-CA-Afex de calidad de vida en enfermedades crónicas

Su contenido era el que sigue:

- 1) Facilitar información orientada a la rehabilitación funcional del brazo homolateral, y restauración física y cosmética,
- 2) Manejo de efectos secundarios de los tratamientos médicos

- 3) Entrenamiento en estrategias de afrontamiento activas
- 4) Expresión de emociones negativas
- 5) Expresión de miedos
- 6) Aplicación de técnicas cognitivo conductuales, según las necesidades emocionales de la paciente

- Reconstrucción cognitiva
- Entrenamiento en técnicas de relajación
- Entrenamiento en técnicas de detención de pensamiento
- Entrenamiento en técnicas de resolución de problemas

Las enfermas seleccionadas en el GE recibieron atención psicológica según el programa psicoeducativo y protocolo de tratamientos médicos establecidos.

Tabla 3: PROTOCOLO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ADYUVANTE

Nº VISITA	MOMENTO	PERSONA/S	CONTENIDO
1ª Visita	Tras cirugía 20 días desde operación	Psicólogo + Voluntaria	E₁ -Conocimiento del estado general de la enferma. -Información funcional. -Necesidades emocionales.
2ª Visita	Al mes de la intervención	Psicólogo + Voluntaria	Abierta según necesidades de la enferma.
3ª Visita	Inicio de tratamiento	Psicólogo	Programa psicoeducativo (alopecia, efectos secundarios.....)
4ª Visita	2º ciclo de tratamiento	Psicólogo	Programa psicoeducativo
5ª Visita	Mitad del tratamiento de QT	Psicólogo	Programa psicoeducativo
6ª Visita	Penúltimo tratamiento QT	Psicólogo	Programa psicoeducativo. (Prevención de recaída, toma de decisiones....)
7ª Visita	Ultimo tratamiento QT	Psicólogo	Programa psicoeducativo (normalización, prevención de recaída)
8ª Visita	Al mes de finalizar el tratamiento de QT	Psicólogo	E₂ Seguimiento.

QT: quimioterapia; E₁: Evaluación 1; E₂: Evaluación 2

Tabla 4: PROTOCOLO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO NEO ADYUVANTE

NºVISITA	MOMENTO	PERSONAS	CONTENIDO
1ª Visita	Tras el diagnóstico y aceptación protocolo	Psicólogo	E₁ -Conocimiento del estado general de la enferma. -Necesidades emocionales
2ª Visita	Inicio de la QT	Psicólogo	Programa Psicoeducativo (Alopecia, efectos secundarios)
3ª Visita	Mitad de la QT	Psicólogo	Programa Psicoeducativo
4ª Visita	Antes de la cirugía	Psicólogo + Voluntaria	Psicoeducación Miedos y necesidades emocionales Experiencia voluntaria.
5ª Visita	Tras la cirugía	Psicólogo+ Voluntaria	→ Información funcional. → Restauración física y cosmética. → Necesidades emocionales.
6ª Visita	Inicio QT tras cirugía	Psicólogo	Programa Psicoeducativo
7ª Visita	Ultimo tratamiento de QT	Psicólogo	Programa psicoeducativo (normalización, prevención de recaída)
8ª Visita	Al mes de finalizar el tratamiento de QT	Psicólogo	E₂ → Seguimiento.

QT: quimioterapia; E₁: Evaluación 1; E₂: Evaluación 2

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para las variables correspondientes a los datos sociodemográficos, *variables personales* como *la situación de pareja*, antecedentes psiquiátricos, enfermedades previas o concomitantes, tiempo de demora provocado por la paciente, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico, tipo de afrontamiento, percepción de control, reacción de la pareja, se utilizó el análisis de distribución de frecuencias para las variables nominales y estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, rango mínimo y máximo) para las variables continuas. Se utilizó la X^2 para comparar estas variables en ambos grupos.

Para comparar las dos muestras en cuanto a su estado emocional y calidad de vida se utilizó la prueba t de comparación de dos muestras con las variables continuas. También realizamos análisis de ítems del HADS mediante Pruebas de Chi Cuadrado de Pearson para muestras independientes.

Para analizar los cambios producidos por el programa psicoeducativo en el GE utilizamos la prueba t para muestras relacionadas.

Realizamos también análisis correlacionales para el estudio de las interacciones entre las distintas variables.

El paquete estadístico utilizado fue el SPSS11.0 para Windows, siendo el intervalo de confianza considerado como significativo $p < 0.05$.

Diseño Cuasi experimental de 2 grupos 1experimental y 1 control. Al grupo experimental se le aplicó un Programa Psico-Educativo que atendía las necesidades psicológicas, funcionales y emocionales, que presentaban las pacientes tras la evaluación y a lo largo de las sesiones de quimioterapia. El grupo control no recibió intervención psicológica.

4. RESULTADOS

El número total de sujetos incluidos en el estudio fue de 84 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama tratadas en el Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia. De las cuales 47 se incluyeron en el grupo experimental (GE) y 37 se incluyeron en el grupo control (GC).

Para responder a la Hipótesis General (H1) y en relación al Objetivo General (O1): valorar la eficacia de un programa psicoeducativo aplicado a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro entorno, comenzaremos contestando a las hipótesis específicas para finalizar aceptando o rechazando la hipótesis general. Contestando a la H2 de carácter descriptivo y en relación al segundo objetivo (O2) en el que pretendemos conocer el perfil sociodemográfico, clínico, personal y asistencial de la muestra estudiada. Respecto O.2.1. variables sociodemográficas, registramos mediante entrevista clínica la edad, estado civil, número de hijos, estudios, tipo de trabajo y situación de pareja.

En cuanto a la edad, utilizamos estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, rango mínimo y máximo); para analizar si los grupos presentan diferencias estadísticas en la variable edad, aplicamos la prueba t de comparación de dos medias, obteniendo los siguientes resultados: la media de edad del grupo de pacientes es de 48.52 años (DT=9.995, rango= 30-68). La media de las 47 pacientes incluidas en el grupo experimental es de 49.79 años (DT=9.84, rango= 31-67), la media de edad de las 37 pacientes incluidas en el grupo control es de 46.92 años (DT=10.09, rango=34-68), no presentando diferencias estadísticamente significativas [T=1.31 (gl =82), p=0.19]. (Tabla 5).

Tabla 5: Prueba t de Student para muestras independientes.

CONCEPTO	MEDIA	RANGO DE EDAD	PRUEBA t de Student
Media de edad:	G.E: 49.79 G.C: 46.92	31-67 34-68	[T=1.31(gl=82), p=0.19]

GE: grupo experimental; GC: grupo control; T: t de Student; gl: grados de libertad; p: significación

Para el resto de variables estado civil, número de hijos, estudios, tipo de trabajo y situación de pareja, utilizamos el análisis de frecuencias y la X² para comparar ambos grupos.

En cuanto al estado civil y n° de hijos, el 80.49% estaban casadas, 12.19% solteras, 7.31% viudas (Figura 5); teniendo dos o más hijos el 89.19% (Figura 6). Al comparar ambos grupos, no encontramos diferencias en ninguna de las variables: *estado civil* ($X^2=2.663$, $p=0.264$), *número de hijos* ($X^2=0.258$, $p=0.612$) (Tabla 6). En cuanto al nivel de estudios, el 72% tenía estudios básicos, el 20% estudios medios, 6.7% estudios superiores y sin estudios el 1.3%(Figura 7). Al comparar ambos grupos, tampoco encontramos diferencias en esta variable *nivel de estudios* ($X^2=2.143$, $p=0.543$) (Tabla 6), respecto al *tipo de trabajo*, el 63.9% eran amas de casa, el 19.4% desempeñaban un trabajo no cualificado y el 16.7% desempeñaban trabajos cualificados (Figura 8), al comparar ambos grupos no encontramos diferencia significativas ($X^2=5.027$, $p=0,081$), *respecto a la situación de pareja*, el 92.8% tenían pareja estable (Figura 9), tampoco encontramos diferencias entre grupos ($X^2=1.673$, $p=0.196$),(Tabla 6), por tanto se trata de dos grupos en principio homogéneos que confirman la H.2.1 ya que la muestra está formada mayoritariamente por mujeres de mediana edad, con pareja estable e hijos, con estudios primarios y trabajo no cualificado.

Figura 5: Estado Civil

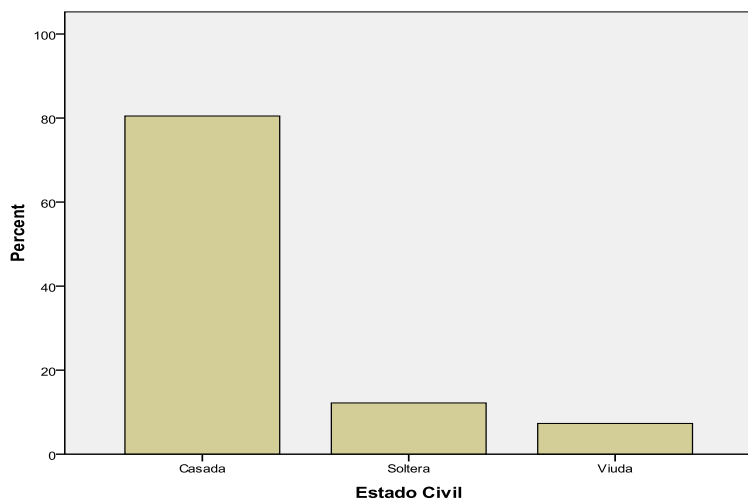


Figura 6: N° de Hijos

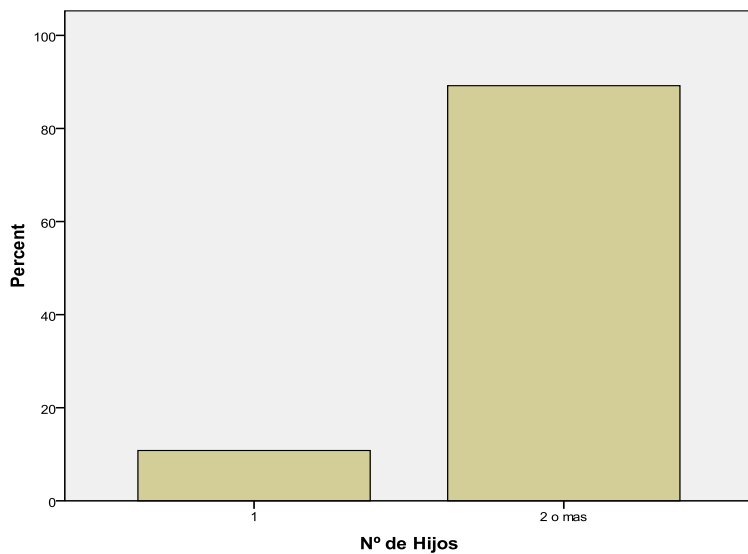


Figura 7: Nivel de estudios

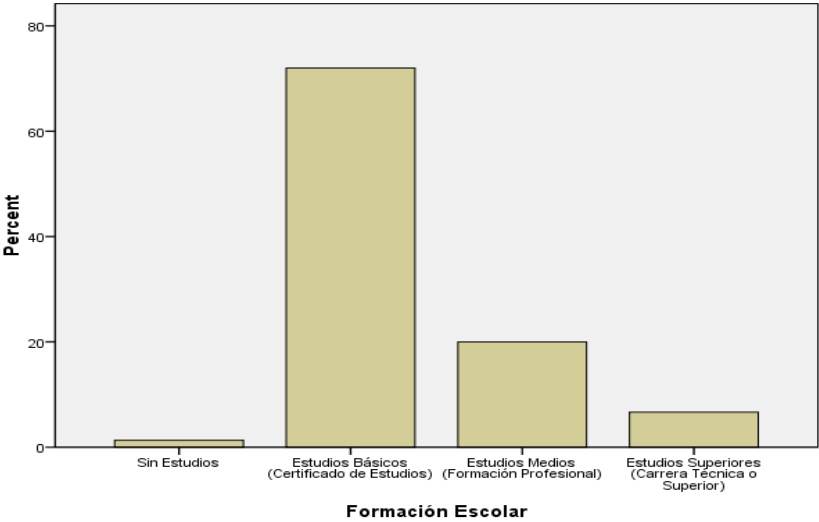
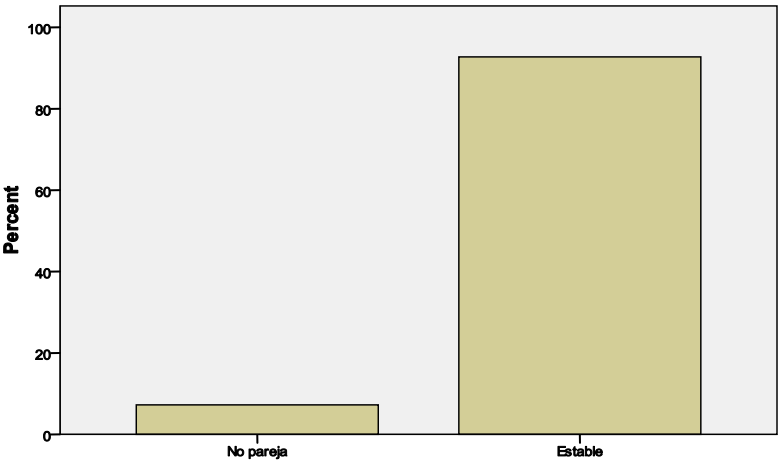


Figura 9: Situación de pareja



Contestando a la H.2.2. y en relación al O.2.2. evaluamos mediante entrevista clínica las variables enfermedades físicas previas o concomitantes y antecedentes psicológicos, también evaluamos otras variables personales como son: tipo de afrontamiento, tiempo de demora voluntario a la consulta médica, preocupaciones más frecuentes derivadas de la enfermedad, dudas respecto a su enfermedad, necesidad de tratamiento de quimioterapia, situación emocional de las pacientes y valoración que hacían las pacientes de la reacción observada en su pareja respecto a la enfermedad.

Dado que las variables enfermedades físicas previas o concomitantes así como a los antecedentes psicológicos, son variables nominales utilizamos el análisis de frecuencias y la X^2 para comparar ambos grupos. En cuanto a la primera variable, el 48.15% sufrió *enfermedades previas* (Figura 10) de las cuales el 55% fueron enfermedades agudas benignas, el 12.5% fueron agudas graves, el 27.76% fueron crónicas y el 4.8% otro tipo de enfermedades (Figura 11). Respecto a la segunda variable, *antecedentes psicológicos*, el 79.7% de los casos informó de no haber padecido ningún trastorno de tipo ansioso o depresivo (Figura 12). No encontrando diferencias

estadísticamente significativas tanto en: *otras enfermedades importantes previas a su enfermedad actual*, ($\chi^2=0.007$, $p=0.934$), como en *Trastornos psicológicos previos* ($\chi^2=0.337$, $p=0.562$) (Tabla 6). Estos resultados también confirman que ambos grupos son homogéneos.

Figura 10: Enfermedades previas

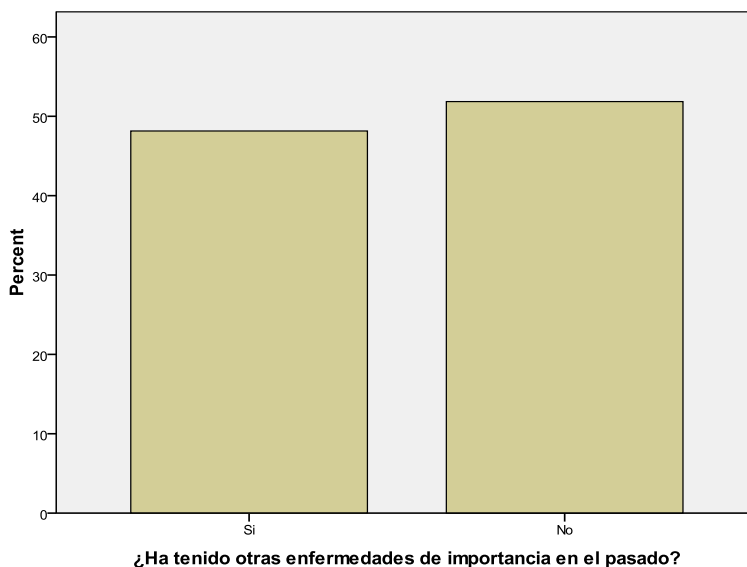


Figura 11: Tipo de enfermedad

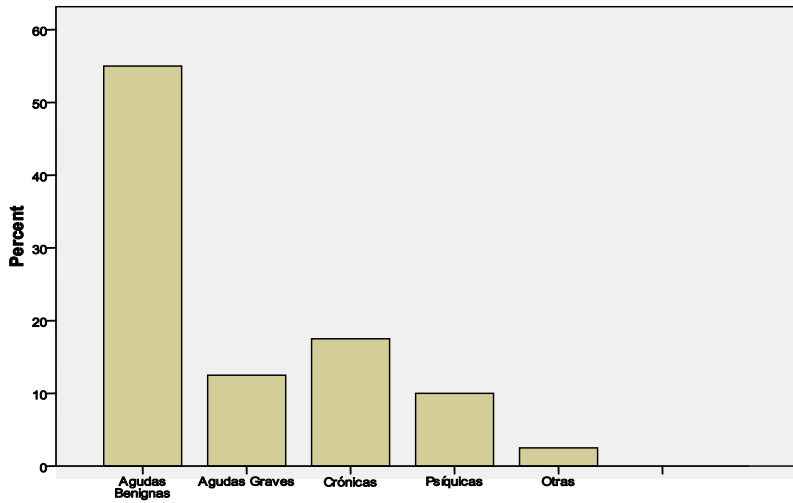
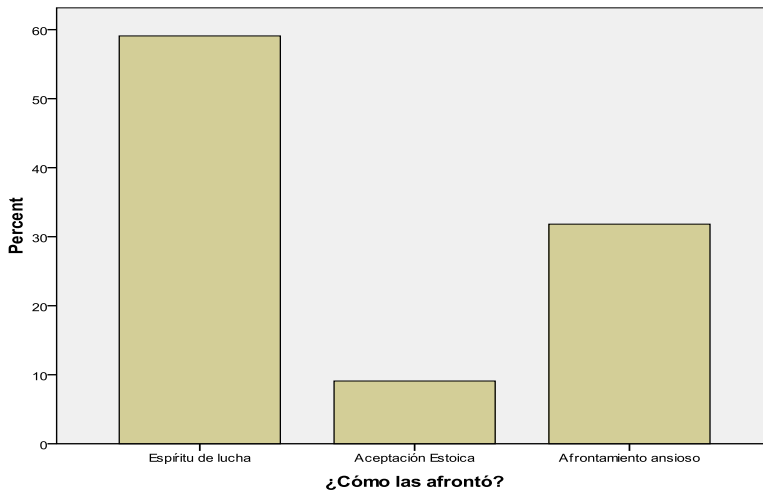


Figura 12: Trastornos psicológicos previos



En cuanto al resto de variables enumeradas, en el análisis de frecuencias, el 59% de las pacientes presentaron como estilo de afrontamiento el espíritu de lucha, el 31.81% afrontamiento ansioso, y el 9.09% aceptación estoica (Figura 13), al comparar ambos grupos, tampoco encontramos diferencias en el tipo de afrontamiento ($X^2=2.174$, $p=0.337$) (Tabla 6).

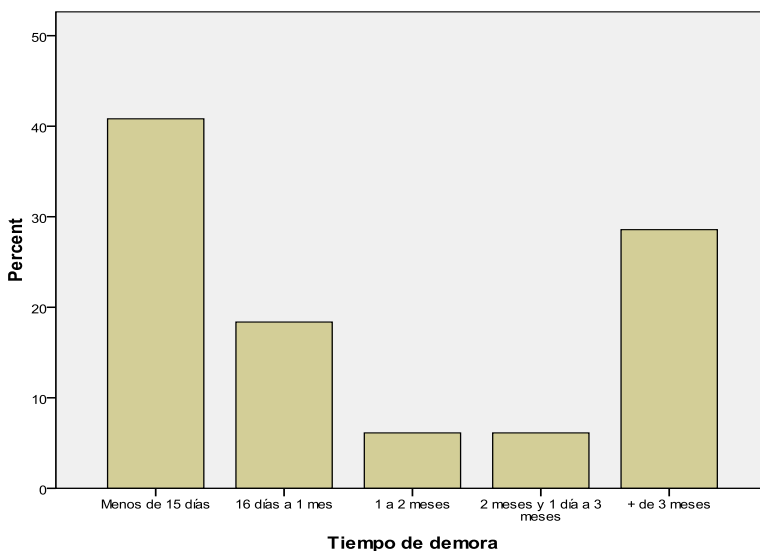
Figura 13: Tipo de afrontamiento



Así mismo, en la variable *tiempo de demora voluntario*, el 59.18% demoró la consulta médica menos de un mes, el 12.24% de uno a tres meses y el 28.57% restante más de tres

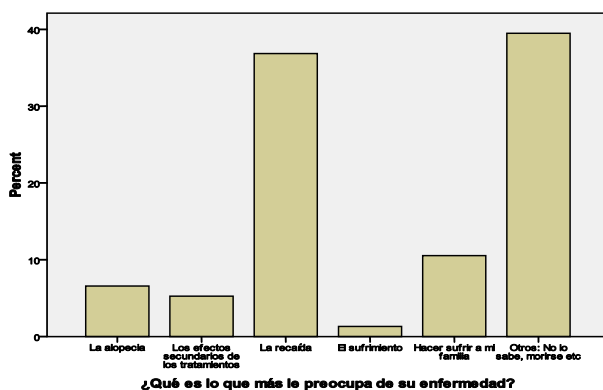
meses (Figura 14), no encontrando diferencias significativas entre grupos ($X^2=4.672$, $p=0.323$) (Tabla 6).

Figura 14: Tiempo de demora voluntario



Tampoco encontramos diferencias en la variable *preocupaciones más frecuentes derivadas de la enfermedad*, el 39.47% informaron como primera preocupación miedo a morir, el 36.84% expresaron miedo a una posible recaída, el 10.52% tenían como temor principal hacer sufrir a su familia, el 6.57% miedo a la alopecia secundaria al tratamiento de quimioterapia y el 5.26% restante a los efectos secundarios de los tratamientos. (Figura 15) ($X^2=2.978$, $p=0.703$) (Tabla 6).

Figura 15: Preocupaciones



Sin embargo, encontramos diferencias significativas en las variables *dudas que tenían las pacientes respecto a su enfermedad, y motivo por el que necesitaban el tratamiento de quimioterapia, reacción de pareja y como se sentían emocionalmente*. Respecto a la primera, en el grupo experimental había un número de pacientes significativamente mayor 19% que presentaban dudas frente al 2.87% en el GC (Figura 16) ($\chi^2=11.484$, $p=0.009$)(Tabla 7). En cuanto a la necesidad de tratamiento de quimioterapia un número mayor de pacientes del grupo experimental 46% pensaban que el

tratamiento que iban a iniciar era para “prevenir” que la enfermedad recidivara, frente al 17,6% en el GC., en este grupo predominaba la idea de que el tratamiento era necesario para “matar” posibles células cancerígenas presentes en su organismo 47%. (Figura 17) ($\chi^2=11.128$, $p=0.025$), (Tabla 7).

Posiblemente, el paso del tiempo y el contacto frecuente con médicos y enfermeras favorece una información más aproximada y realista al objetivo del tratamiento.

Figura 16: Dudas respecto a la enfermedad

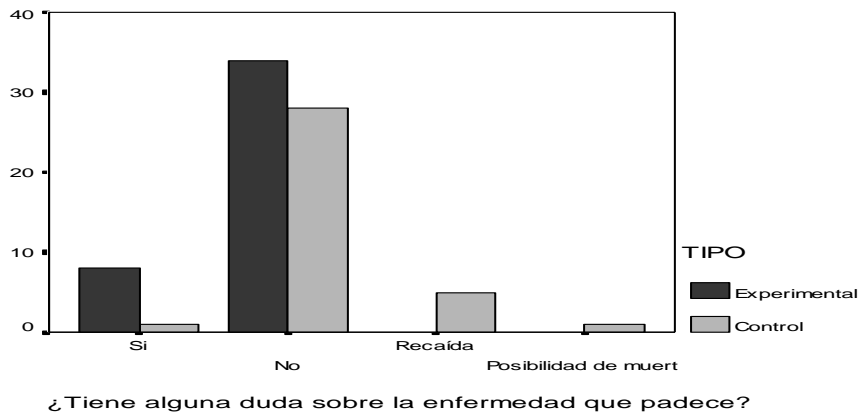
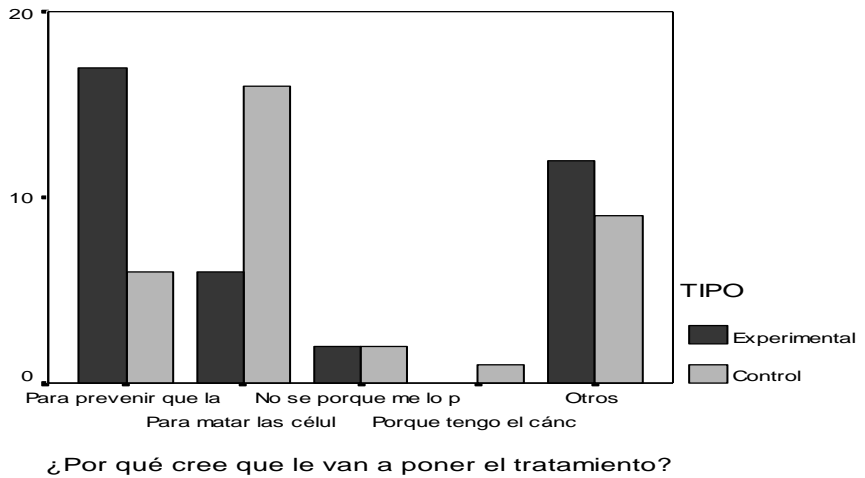
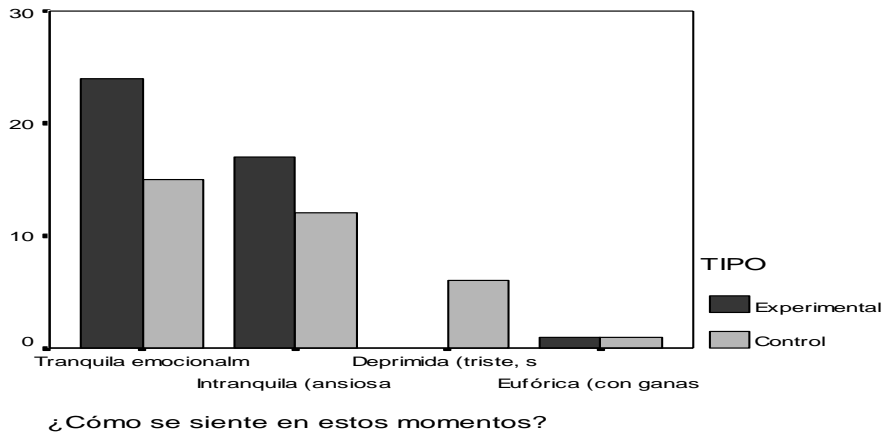


Figura 17: Creencia respecto al motivo del tratamiento



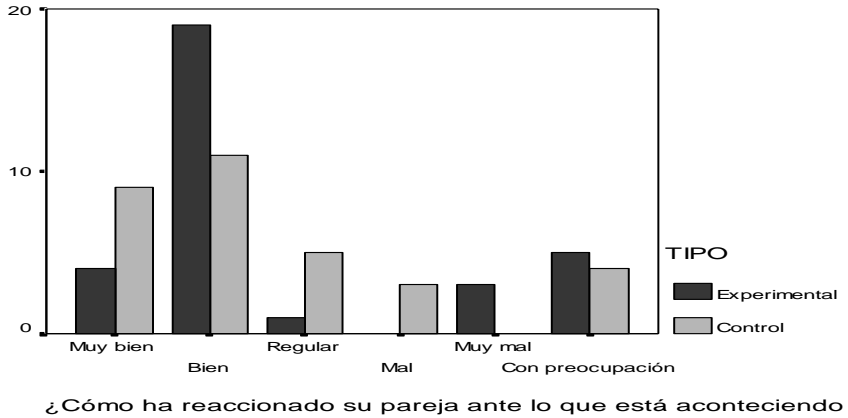
En la variable situación emocional, un 57% de pacientes del grupo experimental informaron sentirse emocionalmente tranquilas frente al 44% del grupo control, ninguna paciente del GE informo sentirse triste, sin interés por nada mientras que el 18% del GC informó sentirse deprimida ($X^2=8.188$, $p=0.042$) (Tabla 7). (Figura 18).

Figura 18: Situación emocional



Lo mismo ocurre con la valoración realizada por las pacientes sobre la *reacción observada en su pareja*, un número significativamente mayor de pacientes del grupo experimental consideró que su pareja había reaccionado mostrando un nivel de implicación y apoyo satisfactorio para ellas 71% frente al 62% del GC. (Figura 19), ($\chi^2=12.834$, $p=0.025$) (Tabla 7).

Figura 19: Reacción de la pareja



Probablemente, estas diferencias entre ambos grupos se deban al momento de evaluación, mientras que el GE cumplimentó la entrevista antes de comenzar el tratamiento, el GC cumplimentó la entrevista al mes de finalizar el tratamiento intentando recordar cómo se sintió en los momentos previos al inicio del tratamiento, no pudiendo evitar, en ocasiones que interfirieran emociones y sentimientos de su situación real de final de tratamiento.

Tabla 6: Prueba Chi-cuadrado de Pearson. Variables no significativas

CONCEPTO	PORCENTAJES	Pchi-cuadrado Pearson
Estado Civil	Casadas:80.49% Solteras:12.19% Viudas: 7.31%	($\chi^2=2.663$, $p=0.264$)
Nº de Hijos	Dos hijos: 89.19%	($\chi^2=0.258$, $p=0.612$)
Nivel de estudios	Estudios básicos 72% Estudios medios 20% Estudios superiores 6.7% Sin estudios 1.3%	($\chi^2=2.143$, $p=0.543$)
Tipo de trabajo	Amas de Casa 63% Trabajo no cualific 19.4% Trabajo cualificado 16.7%	($\chi^2=5.027$, $p=0.081$)
Situación de pareja	Pareja estable 92.8% No pareja 7.2%	($\chi^2=1.673$, $p=0.196$)
Enfermedades previas	Si: 48.15% No: 51.85%	($\chi^2=0.007$, $p=0.934$)
Trastornos psicológicos previos	Si: 20.3% No: 79.7%	($\chi^2=0.337$, $p=0.562$)
Tipo de afrontamiento	Espíritu de lucha: 59% Afront. ansioso: 31.81% Acp. Estoica: 9.09%	($\chi^2=2.174$, $p=0.337$)
Tiempo de demora voluntario	Menos de un mes 59.18% De uno a tres meses 12.24% + de tres meses 28.57%	($\chi^2=4.672$, $p=0.323$)
Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico (Tiempo medio asistencial)	=ó < a 1 mes: 40.35% 1 a 3 meses:15.78% + de 3 meses: 43.08%	($\chi^2=3.559$, $p=0.469$)
¿Qué es lo que más le preocupa de su enfermedad?	Miedo a morir: 39.47% Posible recaída: 36.84% Hacer sufrir 10.52% Miedo a la alopecia: 6.57% Otros efect. secund: 5.25%	($\chi^2=2.978$, $p=0.703$)
Tipo de información	Completa y real: 44.30% Incompleta -real: 35.44% Falsa: 20.25%	($\chi^2=1.977$, $p=0.372$)
Satisfacción sobre la información recibida	Satisfactoria: 83.75% Incompleta: 16.25%	($\chi^2=0.379$, $p=0.538$)

χ^2 : Pchi-cuadrado Pearson; %: porcentaje; p : significación; variable significativa al $p<0.05$

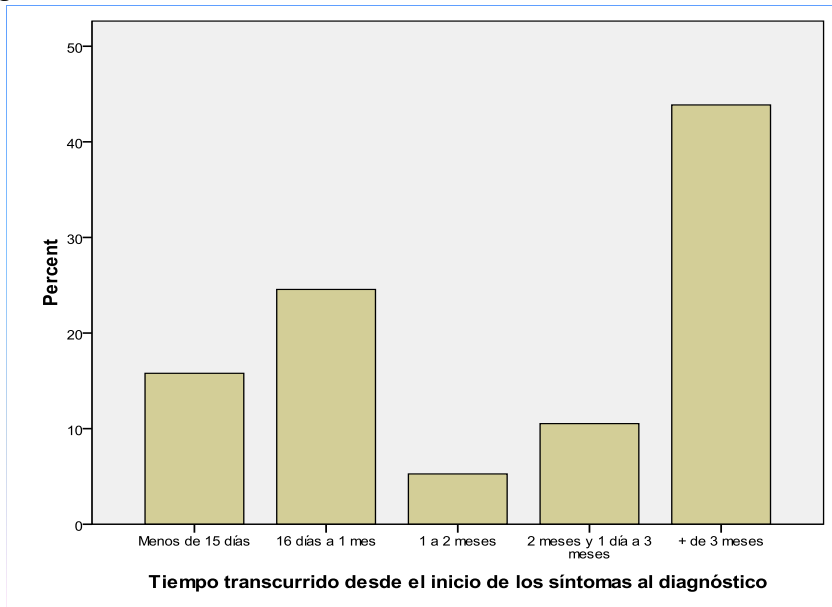
Tabla 7: Prueba Chi-cuadrado de Pearson Variables significativas

CONCEPTO	PRUEBA chi-cuadrado de Pearson
Dudas sobre la enfermedad	($X^2=11.484, p=0.009$)*
¿Por qué cree que le van a poner el tratamiento?	($X^2=11.128, p=0.025$)*
¿Cómo se siente en estos momentos?	($X^2=8.188, p=0.042$)*
¿Cómo ha reaccionado su pareja?	($X^2=12.834, p=0.025$)*

*X²: Pchi-cuadrado Pearson; p: significación; *variable significativa al p<0.05*

En cuanto a las variables del objetivo **O.2.3** *tiempo medio asistencial* desde el inicio de los síntomas al diagnóstico, *cantidad de información recibida* y el *grado de satisfacción*, no encontramos diferencias entre ambos grupos. En el análisis de frecuencias, el 40.35% sufrió una demora menor o igual a un mes, el 15.78% de uno a tres meses y el 43.85% restante más de tres meses. (Figura 20), ($X^2=3.559, p=0.469$) (Tabla 6).

Figura 20: Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico



En cuanto a la información recibida, el 44.30% recibió una información completa y real sobre su diagnóstico y tratamiento, el 35.44% recibió una información incompleta pero real y el 20.25% disponía de una información incorrecta (Figura 21) ($X^2=1.977$, $p=0.372$); respecto a la satisfacción con la información recibida el 83.75% consideraban que se les había proporcionado toda la información que deseaban sobre su enfermedad y tratamiento, el 16,25% consideraban que se les había proporcionado una información incompleta. (Figura 22) ($X^2=0.379$, $p=0.538$) (Tabla 6).

Figura 21: Información recibida

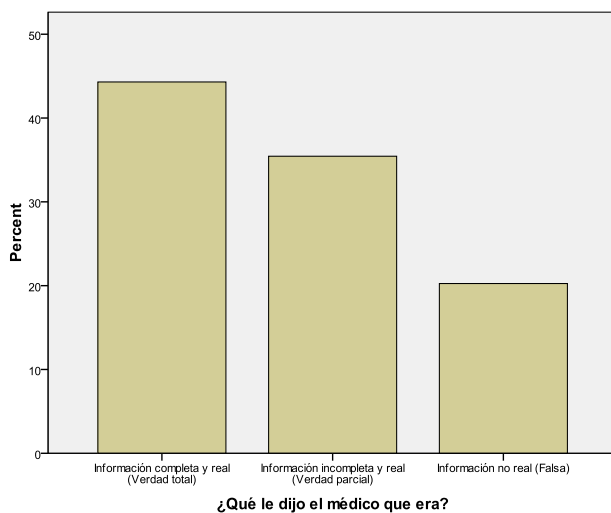
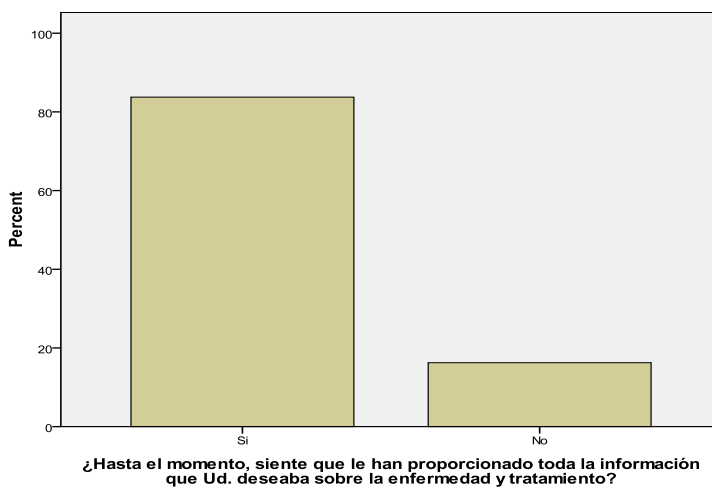


Figura 22: Satisfacción sobre la información recibida



Los resultados presentados, nos permiten aceptar la **H.2.3**. En la que planteábamos un tiempo de demora desde el

diagnóstico de no más de tres meses en general y una valoración de la información recibida suficiente y satisfactoria.

En base al **O3** y para contestar a la **H3** analizamos en el G.E las puntuaciones del HADS, previas al inicio del programa psicoeducativo (E1) y las obtenidas tras la intervención realizada (E2).

Respecto al **O.3.1.** Nivel de Ansiedad y contestando a la **H.3.1.** al analizar y comparar los resultados de la subescala ansiedad, en la comparación intragrupo, observamos diferencias significativas en el sentido esperado, entre la evaluación inicial y la realizada al finalizar los tratamientos médicos [$T=2.611$ ($gl=46$), $p=0.012$]. Podemos afirmar que las puntuaciones en ansiedad disminuyeron significativamente al finalizar el programa de intervención. (Tabla 8).

Tabla 8: Prueba t de muestras relacionadas: análisis intragrupo

		Medias	t	gl.	Sig.(bilateral)
Ansiedad 1 y Ansiedad 2	PRE	7,68	2,611	46	,012*
	POST	5,49			
Depresión 1 y Depresión 2	PRE	4,49	2,081	46	,043*
	POST	3,02			

*T: t de Student; gl: grados de libertad; sig: significación; *variable sig. Al $p < 0.05$*

Al comparar los resultados del GE frente al GC al mes de finalizar los tratamientos médicos, encontramos diferencias significativas en ambas variables en el sentido esperado [T=-2.865 (gl=79), $p=0.005$] y [T = -2.703 (gl= 46.630), $p=0.010$] respectivamente. (Tabla 9).

Tabla 9: Prueba t de muestras independientes: análisis entre grupos

		Prueba T Par Igualdad Medias a de				Diferencia de medias
		Media	t	gl	Sig. (bilateral)	
Ansiedad	EXP.	5.49	-2.865	79	.005*	-2.39
	CONT.	7.88				
Depresión	EXP.	3.02	-2.703	46.630	.010*	-2.51
	CONT.	5.53				

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al $p < 0.05$*

Estos resultados nos permiten aceptar la **H.3.1.** demostrando que la intervención psicoeducativa mejora la ansiedad al finalizar el tratamiento médico.

En cuanto al **O.3.2.** Nivel de Depresión y contestando la **H.3.2.** en la subescala depresión del HADS en las puntuaciones intragrupo (G.E) observamos diferencias significativas entre la evaluación inicial y la realizada al finalizar los tratamientos médicos [$T = 2.081$ (gl = 46), $p = 0.043$] (Tabla 8). Al realizar la tabla de correlaciones de muestras relacionadas, observamos correlaciones prácticamente nulas entre la evaluación pre y la evaluación pos-tratamiento, por ello consideramos que el Programa Psico-educativo no beneficia de igual modo a todas las pacientes. El desplazamiento de la muestra hacia la izquierda de la curva y estrechamiento vinculado a la ausencia de correlación, así como el modo en el que se reduce la dt indica que, posiblemente, se beneficien en mayor medida las pacientes que obtienen puntuaciones más elevadas en depresión antes de comenzar el tratamiento.(Tabla 10).

Tabla 10: Correlaciones de muestras relacionadas:G.E.

	N	Correlación	Sig.
Ansiedad 1 y Ansiedad 2	47	-,002	,988
Depresión 1 y Depresión 2	47	,058	,699

N: n° de sujetos; Sig: nivel de significación

Respecto a la **H.3.2.** podemos considerar que los resultados esperados respecto a los beneficios del programa, en la variable depresión, se cumplen. Podemos destacar que las pacientes que en la E1 presentaban puntuaciones más elevadas en la subescala de depresión del H.A.D.S, son las que más se benefician al finalizar el programa.

En base al **O.3.3.** y contestando a la **H.3.3.** realizamos un análisis correlacional de los ítems del HADS tanto entregrupos (G.E vs G.C), como intragrupo (G.E), encontrando los siguientes resultados: en los datos *entre grupos*, observamos que el grupo control, obtuvo al mes de finalizar el tratamiento, mayores puntuaciones de manera significativa frente al experimental en los ítems “Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme” y “Me siento como si cada día estuviera más lento” con un [Chi-cuadrado de Pearson =10.089, (gl =3),p =0.018] y [Chi-cuadrado de Pearson =12.544, (gl =3),p=0.006] respectivamente, de ello se

desprende que la inquietud y la sensación de sentirse más lento son dos indicadores importantes de la problemática emocional que diferencian al grupo que no recibió tratamiento (G.C) frente al grupo que sí lo recibió (G.E). (Tabla 11).

Tabla 11: Pruebas de Chi Cuadrado de Pearson para muestras independientes. Análisis entre grupos GE v.s GC.

Ítems del HAD	Valor	gl	Sig. asint (bilateral).
Me siento tenso o nervioso	3.014	3	.390
Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder	4.345	3	.227
Tengo mi mente llena de preocupaciones	4.017	3	.260
Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	5.167	3	.160
Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago	5.375	3	.146
Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	10.089	3	.018*
Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	6.958	3	.073**
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	6.312	3	.097**
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	6.412	3	.093**
Me siento alegre	6.327	3	.097**
Me siento como si cada día estuviera más lento	12.544	3	.006*
He perdido el interés por mi aspecto personal	2.434	3	.487
Me siento optimista respecto al futuro	5.266	3	.153
Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de TV	6.378	3	.095**

gl: grados de libertad; * variable significativa al $p < 0.05$; **variable marginalmente significativa

Así mismo, encontramos un grupo de comparaciones marginalmente significativas en el sentido esperado: “Me asaltan sentimientos repentinos de pánico”[Chi-cuadrado de Pearson =6.958, (gl =3), p=0.073]; “Todavía disfruto con lo que antes me gustaba”[Chi-cuadrado de Pearson =6.312, (gl =3), p =0.097], “Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas”[Chi-cuadrado =6.412, (gl =3, p=0.093], “Me siento alegre”[Chi-cuadrado de Pearson =6.327 (gl =3), p =0.097], “Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión”[Chi-cuadrado =6.378, (gl =3), p =0.095] (Tabla 11). Podemos concluir que el programa psicoeducativo favoreció que las pacientes del GE conservaran en mayor medida la capacidad de disfrutar con las actividades que realizaban antes de la enfermedad, percibieran menor sensación de amenaza y se sintieran más alegres que aquellas pacientes que no lo siguieron (G.C.).

Finalmente, destacar en el análisis de ítems intragrupo (G.E), las puntuaciones significativas a favor de la E2: “Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme”, con una $Z = -2.169$, $p = 0.030$.; “ Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas $Z = -2.342$, $p = 0.019$; “Me siento alegre” $Z = -2.087$,

p =0.037; “Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión” Z = -2.153, p=0.031. Como podemos observar, se repite la inquietud como un ítem significativo de ansiedad y la mejoría en el estado emocional en cuanto a la capacidad de divertirse y sentirse alegres. (Tabla 12)

Tabla 12: Estadísticos de contraste. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: Análisis de ítems intragrupo GE

Items del HAD	Z	Sig. asint (bilateral).
Me siento tenso o nervioso	-1,840 ^a	,066
Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder	-1,675 ^a	,094
Tengo mi mente llena de preocupaciones	-1,493 ^a	,135
Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	-1,718 ^a	,086
Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago	-1,948 ^a	,051
Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	-2,169 ^a	,030*
Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	-1,818 ^a	,069
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	-1,079 ^a	,281
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	-2,342 ^a	,019*
Me siento alegre	-2,087 ^a	,037*
Me siento como si cada día estuviera más lento	-1,058 ^b	,290
He perdido el interés por mi aspecto personal	-,596 ^a	,551
Me siento optimista respecto al futuro	-1,345 ^a	,178
Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de TV	-2,153 ^a	,031*

a. basado en los rangos positivos; b. basado en los rangos negativos; *variable significativa al p<0 .05

Por último respecto a la **H3** podemos afirmar que las puntuaciones en ansiedad fueron moderadamente más elevadas que las puntuaciones en la subescala de depresión, encontrando diferencias significativas en ambas variables al aplicar el programa psicoeducativo, también sabemos que las mujeres que mejoran más en depresión son las pacientes que obtienen puntuaciones más elevadas en esta variable antes de comenzar el tratamiento. Para finalizar, podemos considerar los síntomas de inquietud y la lentificación como indicadores de ansiedad y depresión, también encontramos cambios positivos en la capacidad de disfrute y optimismo.

En cuanto al Objetivo 4: Valorar la eficacia del programa de intervención en los diferentes factores y subescalas que componen la calidad de vida, evaluado mediante el cuestionario QL-CA-Afex y contestando a la **H.4.** podemos afirmar que el programa de intervención mejora la Calidad de Vida de las pacientes que lo siguen, prácticamente, en todas las subescalas que se evalúan para ello realizamos el análisis de las puntuaciones intragrupo y entre grupos obteniéndose los siguientes resultados: Respecto al **O.4.1.**, en el análisis intragrupo (G.E) respecto al factor, *Sintomatología*, aunque hay

diferencias en las puntuaciones antes y después de recibir la intervención psicológica, estas no son estadísticamente significativas [T= 1.425 (gl=46), p=0.161]. No ocurre así en el resto de factores; en el factor *Dificultades en Hábitos Cotidianos*, podemos observar una tendencia significativa a la mejoría, al finalizar el protocolo de intervención [T= 2.738 (gl=46), p=0,009]. La misma tendencia beneficiosa y estadísticamente significativa se observa en los factores *Dificultades Familiares y Sociales* T=3.249 (gl=46) p=0.002], *Malestar Psicológico* [T= 2.449 (gl=46) p=0.018], Valoración General [T=3.122 (gl=46) p=0.003] (Tabla 13)

Tabla 13. Análisis descriptivo e inferencial escalas Intregupo Calidad de Vida					
Datos factor	PRE POST		DIFERENCIAS MUESTRAS RELACIONADAS.		
Descripción		Media	gl.	t	Sig.
Síntomas	PRE	1.9809	46	1,425	0.161
	POST	1.2787			
Dificultades en Hábitos Cotidianos	PRE	17.2362	46	2,738	0.009*
	POST	9.2319			
Dificultades Familiares y Sociales	PRE	20.0872	46	3,249	0.002*
	POST	11.3085			
Malestar Psicológico	PRE	10.3234	46	2,449	0.018*
	POST	5.8915			
Valoración General	PRE	1.9088	46	3,122	0.003*
	POST	1.0658			

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al $p < 0.05$; PRE: Evaluación1; POST: Evaluación2*

Respecto al análisis de ítems, en el factor *Sintomatología*, los resultados manifiestan una mejoría estadísticamente significativa posterior a la intervención en la sensación de náuseas [T= 2.132 (gl= 44), $p=0.039$], calidad de sueño [T= 3.421 (gl= 45), $p=0.001$] y apetito [T= 2.370 (gl= 45), $p=0.02$].

También se observa una mejoría, aunque no significativa, en la percepción de dolor [T= 0.412 (gl= 44), p=0.412], fatiga [T= 1.249 (gl= 45), p=0.218] y menos somnolencia durante el día [T= 1.515 (gl= 44), p=0.137] (Tabla 14.1).

En cuanto a las *Dificultades en los Hábitos Cotidianos*, los datos indican un aumento en la autonomía funcional para realizar tareas domésticas [T= 2.675 (gl= 46), p=0.010], y cuidado personal [T=1.909 (gl= 46), p=0.062]; no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, en la disminución de la movilidad [T= -0.263 (gl= 46), p=0.794] , de la actividad laboral [T= -0.177 (gl= 6), p=0.866] y movilidad corporal [T= 1.148 (gl= 46), p=0.257] (Tabla 14.2)

Posiblemente, la ausencia de cambio significativo en la movilidad del cuerpo (especialmente del lado afectado) se deba al momento en que se realizó la intervención quirúrgica en las pacientes con esquema neo adyuvante, ya que al realizar la E1 no presentaban ninguna limitación porque no estaban operadas y en la E2 hacia aproximadamente 3 meses que se les había operado.

A nivel de *Dificultades Familiares y Sociales*, cabe destacar las diferencias significativas y de mejora en los ítems que

hacen referencia a las dificultades para *distrarse* [T= 2.532 (gl= 46), p=0.015], tener dificultades para la vida social [T= 2.020 (gl= 45), p=0.049], preocupación por los hijos [T= 3.062 (gl= 39), p=0.004], dificultades con la pareja [T= 2.262 (gl= 33), p=0.030] y tener dificultades con la información recibida [T= 2.012 (gl= 45), p=0.050]. También existe una mejora, aunque no estadísticamente significativa, en la disminución de preocupaciones económicas y sociales por los problemas derivados de su salud [T= 0.174 (gl= 46), p=0.863] y en la relación con sus familiares [T= 1.773 (gl= 45), p=0.083]. En la evaluación post intervención, aunque no de manera significativa, los resultados indican que las pacientes se sienten menos atractivas que antes de la intervención psicológica E1 [T= -0.646 (gl= 43), p=0.522], debemos recordar que en la E2 todas las pacientes ya habían sido operadas y aun no habían recuperado el cabello (Tabla 14.3).

En cuanto a los ítems que componen el Factor **Malestar Psicológico**, tras la intervención psicológica (E2) las pacientes de manera estadísticamente significativa se sienten menos ansiosas [T= 2.501 (gl= 46), p=0.016], menos deprimidas [T= 4.362 (gl= 46), p=0.000], tienen más facilidad para

concentrarse [T= 2.285 (gl= 46), p=0.027], sienten más ilusión por las cosas y actividades cotidianas [T=2.193 (gl= 46), p=0.033] y experimentan menos miedo o preocupación por la enfermedad [T=3.502 (gl=45) p=0.001]. También observamos, aunque sin llegar a la significación, mejoras en las sensaciones y pensamientos de enojo o enfado [T= 0.841 (gl= 46), p=0.405] y en la insatisfacción con su propio cuerpo [T=0.116 (gl= 45), p=0.908]. Respecto al ítem *Satisfacción con la Vida* [T= 3.098 (gl= 45), p=0.003] se produjeron cambios estadísticamente significativos tras la intervención psicológica. (Tabla 14.4).

Por tanto, podemos aceptar parcialmente la **H.4.1** ya que las pacientes que siguieron el programa psicoeducativo G.E. mejoraron en todos los factores evaluados por el QL-CA-Afex de calidad de vida en enfermedades crónicas excepto el factor Sintomatología en el que se observa una tendencia a la mejoría sin llegar a la significación. Queremos resaltar la importancia del resultado en el factor malestar psicológico, en el que prácticamente todos sus ítems alcanzan la significación, apoyando la eficacia de la intervención psicológica propuesta en el programa psicoeducativo.

Tabla 14.1. Análisis descriptivo e inferencial subescalas intragrupo Calidad de Vida: GE						
DATOS VARIABLE		PRE POST	Media	DIFERENCIAS MUESTRAS RELACIONADAS		
SUBESCALA	Descripción			gl.	t	Sig.
SINTOMAS	Sensación de Nauseas	PRE POST	0.8156 0.1711	44	2.132	0.039*
	Dolor	PRE POST	1.2533 1.1200	44	0.412	0.412
	Sentirse cansada o fatigada	PRE POST	2.0174 1.3609	45	1.249	0.218
	Problemas para conciliar el sueño	PRE POST	2.9326 1.2957	45	3.421	0.001*
	Somnolencia durante el día	PRE POST	1.0087 0.4522	44	1.515	0.137
	Disminución del apetito	PRE POST	1.889 0.8565	45	2.370	0.022*

T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al $p < 0.05$;

**variable marginalmente significativa; PRE: Evaluación1; POST: Evaluación2.

**Tabla 14.2. Análisis descriptivo e inferencial subescalas intragrupo
Calidad de Vida: GE**

DATOS VARIABLE		PRE POST	DIFERENCIAS MUESTRAS RELACIONADAS			
DIFICULTADES EN HÁBITOS COTIDIANOS	Descripción		Media	gl	t	Sig.
	Disminución de la movilidad	PRE POST	0.6489 0.7489	46	-0.263	0.794
	Disminución de la actividad laboral	PRE POST	3.1429 3.6429	46	-0.177	0.866
	Dificultad para el cuidado personal	PRE POST	0.9723 0.2809	46	1.909	0.062**
	Dificultades para mover el cuerpo	PRE POST	1.5234 0.9872	46	1.148	0.257
	Dificultades para tareas de la casa	PRE POST	2.200 0.8702	46	2.675	0.010*

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al p<.05; **variable marginalmente significativa; PRE: Evaluación1; POST: Evaluación2*

Tabla 14.3. Análisis descriptivo e inferencial subescalas intragrupo Calidad de Vida: GE						
DATOS VARIABLE			DIFERENCIAS MUESTRAS RELACIONADAS			
DIFICULTADES FAMILIARES Y SOCIALES	Descripción	PRE POST	Media	gl	t	Sig
	Sentirse menos atractiva	PRE POST	1.8545 2.2182	43	-0.646	0.522
	Tener dificultades para distraerse	PRE POST	2.2128 0.8830	46	2.532	0.015*
	Tener dificultades para vida social	PRE POST	1.3196 0.5065	45	2.020	0.049*
	Preocupación por los hijos	PRE POST	3.3625 1.3000	39	3.062	0.004*
	Dificultades con la pareja	PRE POST	1.3735 0.6559	33	2.262	0.030*
	Dificultades con la familia	PRE POST	0.7283 0.3130	45	1.773	0.083
	Tener problemas o dificultades con información recibida sobre el estado de salud	PRE POST	0.9326 0.4435	45	2.012	0.050*
	Preocupaciones económicas y sociales por problemas de salud	PRE POST	1.2809 1.1809	46	0.174	0.863

T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al $p < 0.05$; **variable marginalmente significativa; PRE: Evaluación1; POST: Evaluación2

Tabla 14.4. Análisis descriptivo e inferencial subescalas intragrupo Calidad de Vida: GE

DATOS VARIABLE		DIFERENCIAS MUESTRAS RELACIONADAS				
MALESTAR PSICOLOGICO	Descripción	PRE POST	Media	gl	t	Sig
	Sentirse enfadado o enojado	PRE POST	1.6936 1.2681	46	0.841	0.405
	Sentirse ansioso o intranquilo	PRE POST	3.8532 2.2255	46	2.501	0.016*
	Sentirse insatisfecho con su propio cuerpo	PRE POST	1.7761 1.7174	45	0.116	0.908
	Sentirse deprimido	PRE POST	3.6298 1.1723	46	4.362	0.000*
	Tener dificultades para concentrarse	PRE POST	2.1043 1.0426	46	2.285	0.027*
	Perdida de ilusión por las cosas y actividades	PRE POST	2.6723 1.3553	46	2.193	0.033*
	Miedo o preocupación por la enfermedad	PRE POST	4.8826 2.8717	45	3.502	0.001*
	FACTOR GENERAL	Vida en General	PRE POST	3.1957 1.5239	45	3.098

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al p<0 .05;**variable marginalmente significativa; PRE: Evaluación1; POST: Evaluación2*

Respecto al **O.4.2.** para conocer los cambios en la Calidad de Vida en las pacientes que siguieron el programa psicoeducativo, G.E y las que no lo siguieron G.C. tras el análisis estadístico entre grupos observamos una mejoría en todas las dimensiones de “Calidad de Vida” en el grupo experimental. La mejoría presentada por el grupo experimental frente al control, en la escala de *Sintomatología* muestra ser marginalmente significativa, [T=-1.883 (gl= 82), p=0.063]. Sin embargo, se dan mejorías estadísticamente significativas en los factores de *Dificultades en Hábitos Cotidianos* [T= -2.543 (gl= 61.168), p=0.014], *Dificultades Familiares y Sociales* [T= -3.049 (gl=54.496), p=0.004], *Malestar Psicológico* [T=-2.334 (gl=63.744), p=0.023] y en el factor *Valoración General* [T= -3.014 (gl= 57.904), p=0.004]. (Tabla 15).

Tabla 15. Análisis descriptivo e inferencial escalas Entregrupos Calidad de Vida

Datos factor	EXP. CONT.	Media	DIFERENCIAS MUESTRAS INDEPENDIENTES		
			gl.	t	Sig.
Síntomas	EXP. CONT.	1.2787 2.2676	82	-1.883	0.063**
Dificultades en Hábitos Cotidianos	EXP. CONT.	9.2319 17.0865	61.168	-2.543	0.014*
Dificultades Familiares y Sociales	EXP. CONT.	11.3085 20.4486	54.496	-3.049	0.004*
Malestar Psicológico	EXP. CONT.	5.8915 10.2757	63.744	-2.334	0.023*
Valoración General	EXP. CONT.	1.0658 1.9261	57.904	-3.014	0.004*

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al $p < 0.05$; **variable marginalmente significativa; EXP: Grupo Experimental; CONT: Grupo Control*

En el análisis de ítems, en el factor ***Sintomatología***, las puntuaciones que muestran una mejora estadísticamente significativa son: disminución de sensación de fatiga [T=2.04 (gl= 62.748), p=0.046] y la disminución de la somnolencia durante el día [T=-2.752 (gl= 53.545), p=0.008]; se observa una tendencia a la mejoría sin llegar a la significación en las sensaciones de náuseas [T=-1.348 (gl= 52.859), p=0.183], dolor [T=-1.507 (gl= 80), p=0.136], conciliar el sueño [T=-1.462 (gl= 62.403), p=0.149] y apetito [T=-1,213 (gl= 66.797), p=0,229], (Tabla 16.1). En el factor de ***Dificultades en Hábitos Cotidianos***, el único ítem que muestra significación estadística es la capacidad para realizar tareas domésticas [T=-2.391 (gl= 59.178), p=0.020], el resto muestran una tendencia a la mejoría: cuidado personal [T=-0.917 (gl= 82), p=0.362] y movilidad corporal [T=-1.307 (gl= 82), p=0.195]. En los ítems disminución en la actividad laboral [T=-0.303 (gl= 27), p=0.764] y movilidad [T=0.198 (gl= 82), p=0.843] no encontramos diferencias entre el GE y el GC (Tabla 16.2). En el factor ***Dificultades Familiares y Sociales*** encontramos menos dificultades en el grupo experimental que en el grupo control en la gran mayoría de los ítems, en el grupo experimental, los

datos muestran diferencias que llegan a alcanzar la significación estadística en las dificultades para la vida social [T=-2.124 (gl=53.021), p=0.038], preocupación por los hijos [T=-2.346 (gl= 63.736), p=0.022] y dificultades con la pareja [T=-2.939 (gl= 48.247), p=0.005]. Encontramos una tendencia a la mejoría aunque no estadísticamente significativa en los ítems: sentirse menos atractiva [T=-1.661 (gl= 81), p=0.101], dificultades para distraerse [T=-1.607 (gl= 65.569), p=0.113], dificultades con la familia [T=-1,624 (gl= 46.089), p=0,111] y mayor satisfacción con la información recibida [T=-0.482 (gl= 80), p=0.631]. (Tabla 16.3).

En cuanto al factor *Malestar Psicológico* el grupo experimental obtiene más beneficios que el grupo control de forma significativa en sentirse deprimidas [T=-2.537 (gl= 57.664), p=0.014], menos dificultades para mantener la concentración [T=-2.945 (gl= 52.175), p=0.005], mayor ilusión por las cosas y por realizar actividades cotidianas [T=-2.293 (gl= 53.954), p=0.026] y tener menos temor y preocupaciones por su enfermedad [T=-2.310 (gl= 82), p=0.023]. Presenta mejoría aunque no de manera significativa en la sensación de sentirse enfadada [T=-0.776 (gl= 82), p=0.440], ansiosa [T=-0.908 (gl=

82), $p=0.366$] y la sensación de satisfacción con su propio cuerpo [$T=1.597$ ($g=62.093$), $p=0.115$]. En el factor general de Calidad de Vida observamos una tendencia a la mejoría del G.E aunque no llega a ser significativa [$T=-1.641$ ($gl=82$), $p=0.105$]. (Tabla 16.4)

Tabla 16.1. Análisis descriptivo e inferencial subescalas Entregro Calidad de Vida GE vs GC						
	DATOS VARIABLE	EXP CONT		DIFERENCIAS MUESTRAS NO RELACIONADAS		
	Descripción	Grupo	Media	gl.	t	Sig.
SÍNTOMAS	Sensación de Nauseas	EXP. CONT.	0.2064 0.4703	52.859	-1.348	0.183**
	Dolor	EXP. CONT.	1.0957 1.8472	80	-1.507	0.136**
	Sentirse cansada o fatigada	EXP. CONT.	1.3319 2.4676	62.748	-2.040	0.046*
	Problemas para conciliar el sueño	EXP. CONT.	1.2681 2.0432	62.403	-1.462	0.149**
	Somnolencia durante el día	EXP. CONT.	0.4426 1.5297	53.545	-2.752	0.008*
	Disminución del apetito	EXP. CONT.	0.8565 1.4757	66.797	-1.213	0.229**

T: t de Student; *gl*: grados de libertad; *Sig*: significación; *variable significativa al $p<0.05$; variable marginalmente significativa**; *EXP*: Grupo Experimental; *CONT*: Grupo Control

**Tabla 16.2. Análisis descriptivo e inferencial subescalas
Entregroppo Calidad de Vida GE vs GC**

DIFICULTADES EN HABITOS COTIDIANOS	DATOS VARIABLE		EXP CONT	DIFERENCIAS MUESTRAS NO RELACIONADAS		
	Descripción	Grupo	Media	gl.	t	Sig.
Disminución de la movilidad	EXP.		0.7489	82	0.198	0.843
	CONT.		0.6784			
Disminución de la actividad laboral	EXP.		2.7143	27	-0.303	0.764
	CONT.		3.1667			
Dificultad para el cuidado personal	EXP.		0.2809	82	-0.917	0.362**
	CONT.		0.5919			
Dificultades para mover el cuerpo	EXP.		0.9872	82	-1.307	0.195**
	CONT.		1.5973			
Dificultades para tareas de la casa	EXP.		0.8702	59.1	-2.391	0.020*
	CONT.		2.2216			

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al $p < 0.05$; variable marginalmente significativa**; EXP: Grupo Experimental; CONT: Grupo Control*

**Tabla 16.3. Análisis descriptivo e inferencial subescalas
Entregroppo Calidad de Vida GE vs GC**

DIFICULTADES FAMILIARES Y SOCIALES	DATOS VARIABLE		DIFERENCIAS MUESTRAS NO RELACIONADAS			
	EXP CONT					
	Descripción	Grupo	Media	gl.	t	Sig
Sentirse menos atractiva	EXP. CONT.	2.1723 3.3250	81	-1.661	0.101**	
Tener dificultades para distraerse	EXP. CONT.	0.8830 1.7486	65.569	-1.607	0.113**	
Tener dificultades para la vida social	EXP. CONT.	0.4957 1.4649	53.021	-2.124	0.038*	
Preocupación por los hijos	EXP. CONT.	1.2674 2.7216	63.736	-2.346	0.022*	
Dificultades con la pareja	EXP. CONT.	0.6371 2.1639	48.247	-2.939	0.005*	
Dificultades con la familia	EXP. CONT.	0.3130 0.7730	46.089	-1.624	0.111**	
Tener dificultades con información recibida	EXP. CONT.	0.4435 0.5528	80	-0.482	0.631**	
Preocupaciones económicas y sociales	EXP. CONT.	1.1809 1.0919	82	0.166	0.868	

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al p<0 .05; variable marginalmente significativa**; EXP: Grupo Experimental; CONT: Grupo Control*

Tabla 16.4. Análisis descriptivo e inferencial subescalas Entre grupo Calidad de Vida GE vs GC						
DATOS VARIABLE		EXP CONT	DIFERENCIAS MUESTRAS NO RELACIONADAS			
MALESTAR PSICOLOGICO	Descripción	Grupo	Media	gl.	t	Sig.
	Sentirse enfadado o enojado	EXP. CONT.	1.2681 1.6946	82	-0.776	0.440**
	Sentirse ansioso o intranquilo	EXP. CONT.	2.2255 2.8135	82	-0.908	0.366**
	Sentirse insatisfecho con su propio cuerpo	EXP. CONT.	1.8298 2.8216	62.093	-1.597	0.115**
	Sentirse deprimido	EXP. CONT.	1.1723 2.7757	57.664	-2.537	0.014*
	Tener dificultades para concentrarse	EXP. CONT.	1.0426 2.9297	52.157	-2.945	0.005*
	Perdida de ilusión por las cosas y actividades	EXP. CONT.	1.3553 2.8378	53.954	-2.293	0.026*
	Miedo o preocupación por la enfermedad	EXP. CONT.	2.8553 4.3703	82	-2.310	0.023*
	Vida en general	EXP. CONT.	1.5234 2.3838	82	-1.641	0.105**

*T: t de Student; gl: grados de libertad; Sig: significación; *variable significativa al $p < 0.05$; variable marginalmente significativa**; EXP: Grupo Experimental; CONT: Grupo Control*

Por último y contestando a la Hipótesis General y en relación al primer objetivo (O1): valorar la eficacia de un programa psicoeducativo aplicado a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro entorno, en las **variables *ansiedad y depresión*** evaluadas mediante el HADS, al comparar los resultados del GE frente al GC al mes de finalizar los tratamientos médicos, encontramos diferencias significativas en ambas variables en el sentido esperado [T=-2.865 (gl=79 p=0.005) y [T=-2.703 (gl= 46.630), p=0.010] respectivamente. (Tabla 9)

Respecto a la variable ***Calidad de Vida*** medida con el cuestionario QL-CA-Afex, al comparar ambos grupos (G.E vs G.C), observamos una mejoría significativa del grupo experimental, de todas las dimensiones que evalúa el cuestionario excepto en la escala *Sintomatología*. En ella, las puntuaciones muestran ser marginalmente significativas para el GE [T=-1.883 (gl= 82), p=0.063]. En el resto de dimensiones, se dan mejorías estadísticamente significativas: *Dificultades en Hábitos Cotidianos* [T=-2.543 (gl= 61.168), p=0.014], *Dificultades Familiares y Sociales* [T=-3.049 (gl= 54.496), p=0.004], *Malestar Psicológico* [T=-2.334 (gl= 63.744),

$p=0.023$] y en el factor general de Calidad de Vida [$T=-3.014$ ($gl= 57.904$), $p=0.004$]. (Tabla 15). Por tanto, podemos confirmar la **H1**, concluyendo que el programa de intervención, promueve cambios significativos en las variables estudiadas.

Por último respecto al **O5** en el que pretendíamos favorecer el contacto con mujeres que habían superado la enfermedad como un modelo de afrontamiento positivo, contestando a la **H5** evaluado mediante la Encuesta de Satisfacción elaborada por nosotros, las 47 mujeres incluidas en el GE contestaron al cuestionario al mes de finalizar el tratamiento de quimioterapia. De los análisis descriptivos se desprenden los siguientes resultados:

- en cuanto a la *movilidad de diferentes partes del cuerpo y hacer frente a las tareas cotidianas*, encontramos puntuaciones mínimas de 0 y máximas de 8,90. La media de estas puntuaciones es de 3,1766 y una desviación típica de 2,5916.
- En cuanto a la *utilidad para conocer cómo recomponer la imagen, qué ropa usar, pensar que el pelo no volverá a crecer, cómo se puede afrontar los problemas que surjan, etc.* aparecen puntuaciones mínimas de 0,20 y máximas de 9,60, con una media de 4,2106 y una desviación típica de 2,6506.

→ Respecto a la utilidad de la visita de la voluntaria *para mejorar los sentimientos relacionados con ansiedad, tristeza, nerviosismo, etc...* las pacientes reflejan la utilidad de dicha entrevista con puntuaciones mínimas de 0,10 y máximas de 9,80, con una media de 4,33362, y una desviación típica de 2,9699.

→ En lo concerniente a la *aclaración de dudas habituales*, sobre cómo abordar una situación novedosa, encontramos puntuaciones mínimas de 0,000 y máximas de 8,80. La media resultante es de 2,7851 y una desviación típica de 2,7514.

→ En lo referido a la utilidad de la visita para *mejorar las relaciones con la pareja* de la paciente, encontramos puntuaciones mínimas de 0,40 y máximas de 10, con una media de 6,1106, y una desviación típica de 2,1147.

→ Respecto a la utilidad de la entrevista para *mejorar las relaciones de amistad de la paciente* podemos encontrar puntuaciones mínimas de 0,50 y máximas de 9,80, con una puntuación media de 5,3894, y una desviación típica de 2,0908.

→ Para finalizar este análisis, en cuanto a la utilidad de la entrevista respecto a las *relaciones de la paciente con sus familiares*, observamos puntuaciones mínimas de 0,10 y

máximas de 9,40, con una media de 5,3340, y una desviación típica de 2,2037.(Tabla 17).

En síntesis, los aspectos más valorados de la entrevista con la voluntaria son la mejora de sus relaciones de pareja, amigos y familiares, le siguen la mejoría del estado emocional y la eliminación de miedos en relación a su enfermedad.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos Encuesta de Satisfacción

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Mejoría de estado físico	47	0.00	8.90	3.1766	3.5916
Eliminar miedos	47	0.20	9.60	4.2106	2.6506
Mejoría estado emocional	47	0.10	9.80	4.3362	2.9699
Aclaración de dudas	47	0.00	8.80	2.7851	2.7514
Mejoría relaciones con pareja	47	0.40	10.00	6.1106	2.1147
Mejoría relaciones con amistades	47	0.50	9.80	5.3894	2.0908
Mejoría relaciones con familia	47	0.10	9.40	5.3340	2.2037

N: nº de sujetos; D.T: desviación típica

5. DISCUSIÓN

Una vez presentados los datos obtenidos de los análisis estadísticos, en relación con cada una de las hipótesis de trabajo que guían el desarrollo de este estudio, en este apartado se muestran las implicaciones que tienen los resultados encontrados en cada una de las áreas de interés del trabajo.

Eficacia del programa psicoeducativo

El objetivo general del que partimos, es valorar la eficacia de un programa psicoeducativo diseñado para mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro entorno. Tras el análisis de resultados, podemos concluir que el programa aplicado en este estudio es eficaz en la mejora de la sintomatología reactiva al diagnóstico y tratamientos de cirugía y quimioterapia. Las pacientes incluidas en el grupo experimental muestran menores niveles de ansiedad y depresión, y mejor calidad de vida que las mujeres incluidas en el grupo control al mes de finalizar el tratamiento de quimioterapia. Este resultado es coherente con los obtenidos por estudios anteriores, en los que se demuestra 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).

Este trabajo se suma a los estudios anteriores que han demostrado la eficacia de la intervención psicológica y educativa en la reducción de los niveles de ansiedad (Devine & Westlake, 1995; Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001; Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006; Redd, Montgomery, & DuHamel, 2001; Sheard & Maguire, 1999) , y la mejora de los síntomas depresivos (Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung, 2002; Bottomley, 1998; Jacobsen PB, Donovan KA, Swaine ZN, & Watson, 2006; Lovejoy & Matteis, 1997), en pacientes oncológicos.

Representatividad de la muestra

Según el análisis de las variables sociodemográficas y

personales, se puede afirmar que la muestra utilizada en este estudio es representativa de la población general, tal y como se describe en la literatura. Las pacientes incluidas tienen una edad media de 48,5 años, y la gran mayoría están casadas y tienen dos o más hijos, su nivel educativo es medio-bajo, y la mayoría es ama de casa o con trabajo no cualificado. Este perfil corresponde excepto en la edad, con el obtenido por el obtenido por Braña et al. 2012, en el que la media de edad del grupo de mujeres recién diagnosticadas es de 56 años. Aunque nuestra muestra es especialmente joven, a tenor de los resultados podemos pensar que se está produciendo un descenso progresivo en la edad del diagnóstico del cáncer de mama. La edad más baja que se ha observado en el grupo ha sido de 30 años; también debemos tener en cuenta, que en nuestra Comunidad el programa de cribado del cáncer de mama lleva en vigencia más de 20 años estando muy consolidado y aceptado por la población, pudiendo favorecer que acudan nuestra unidad pacientes más jóvenes.

Variables personales, clínicas y psicológicas

El análisis de las variables personales como los antecedentes psicológicos y las enfermedades previas o concomitantes, por

un lado, y el tiempo de demora provocado por la paciente, las relaciones de pareja, el tipo de afrontamiento previo y la reacción de la pareja ante la enfermedad, por otro, permite concluir que existe una prevalencia similar al grupo de referencia. Debemos recordar que la muestra pertenece al grupo de mujeres que fueron diagnosticadas durante el intervalo de tiempo establecido y que nuestro centro es un hospital de la red pública. Por otra parte, los tiempos de demora voluntario y las preocupaciones más frecuentes coinciden con lo esperado en base a la experiencia clínica. La mayor parte de las pacientes informa sobre tiempos de demora de tres meses o menos, y entre las preocupaciones más relevantes se encuentra el miedo a morir, miedo a una recaída, temor a hacer sufrir a la familia, miedo a la alopecia y otros efectos secundarios del tratamiento.

Por último, a partir del análisis de la valoración que hacen las pacientes acerca de la información recibida, se puede concluir que la mayor parte de las mujeres considera que la información ha sido suficiente y satisfactoria.

Niveles de ansiedad y depresión

La literatura previa informa acerca de la elevada prevalencia de

los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos (Cleeland et al., 2000; Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis, & Thaler, 2000; Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins, & Saul, 2001; Pirl, 2004). Los programas de intervención psicoeducativa pretenden reducir los niveles de ansiedad y depresión presentes en las pacientes, atendiendo y mejorando los síntomas reactivos tras el diagnóstico de la enfermedad, dotar a la paciente de estrategias de afrontamiento activas orientadas al problema y aumentar su percepción de control. En este sentido, el estudio ha demostrado la eficacia del programa de intervención en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, dado que el grupo experimental mostró una menor ansiedad tras la participación en el tratamiento psicoeducativo; así como una mejora de la sintomatología depresiva tras la intervención, obteniendo además un beneficio mayor las pacientes más deprimidas.

La comparación entre los grupos control y experimental confirma la eficacia de la intervención, dado que el grupo experimental mostraba menores niveles de ansiedad y depresión que el grupo control, al mes de finalizar el tratamiento médico.

Por último, se ha podido constatar la mejoría del grupo experimental en la sintomatología relacionada con la ansiedad y la depresión, a través de síntomas específicos, como son los relacionados con la capacidad para disfrutar con las actividades que realizaban antes de la enfermedad, la sensación de amenaza, los sentimientos de alegría y la capacidad de divertirse, aspectos no encontrados en la literatura revisada. Los resultados de este estudio nos permiten concluir que las pacientes han experimentado beneficios en estas variables, tras su participación en el programa de intervención psicoeducativa.

Por todo ello, podemos afirmar que el mero paso del tiempo no es lo que mejora los síntomas de ansiedad y depresión que se producen en el diagnóstico siendo la intervención especializada lo que provoca cambios significativos de mejoría emocional.

Calidad de vida

Además de la mejora de los síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión, también evaluamos los cambios en la Calidad de Vida que promovía el programa de intervención psicoeducativa. Como ya hemos comentado, la atención oncológica amplía su comprensión de la enfermedad,

incluyendo la perspectiva de la atención psicosocial, como una forma de tener en cuenta el impacto de la enfermedad sobre la cantidad y la calidad de vida (Jacobsen, Davis, & Cella, 2002). Los estudios sobre esta variable (Font A, 2003; Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1992) indican que las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama sufren dificultades emocionales, como por ejemplo, el impacto emocional ante el diagnóstico, problemas de adaptación a los cambios físicos, malestar psicosocial, dificultades en las relaciones sociales y sexuales, y miedo a la muerte (Lemieux, 2007; Schnoll, 2002; Tartaro et al., 2005). El programa de intervención psicoeducativa tiene por objetivo mejorar estos aspectos. Según los resultados obtenidos en este estudio, se puede afirmar que la intervención psicoeducativa mejora la calidad de vida de las pacientes que han participado en el programa, tal y como ya han demostrado otros estudios (Andersen et al., 2004; Font A & Rodríguez, 2007).

Las mujeres participantes muestran mejorías en todos los factores que se evalúan para determinar la calidad de vida, entre la evaluación antes y después del tratamiento. Los componentes en los que se observa una clara mejoría son los

relacionados con la *sintomatología general* como las náuseas, la calidad del sueño, el apetito; aquellos relacionados con las *Dificultades en Hábitos Cotidianos*, como la realización de tareas domésticas, la movilidad corporal y el cuidado personal; y en los relacionados con las *Dificultades Familiares y Sociales*, como la capacidad para distraerse, las dificultades para la vida social, la preocupación por los hijos, la relación de pareja y las dificultades con la información recibida. Por último, en relación con la escala *Malestar Psicológico*, las pacientes muestran un menor nivel de ansiedad y depresión, tienen más facilidad para concentrarse, sienten más ilusión por las cosas y actividades cotidianas, y experimentan menos miedo o preocupación por la enfermedad. En general, las pacientes de este programa de intervención informan sentirse más satisfechas con su calidad de vida.

Por otra parte, las pacientes que han participado en el programa no sólo muestran una mejoría respecto de su estado previo a la intervención, sino que además informan de una mejor calidad de vida que las mujeres del grupo control. En la comparación de ambos grupos, se observa que las pacientes incluidas en el programa psicoeducativo afirman sentirse

menos cansadas y con menor somnolencia, reconocen tener menos dificultades para concentrarse, para la realización de las tareas de la casa, para la vida social y con la pareja, menor preocupación por los hijos o por la enfermedad, y se sienten menos deprimidas y con mayor ilusión por las cosas y las actividades. En resumen, las mujeres que participan en el programa de intervención psicoeducativa presentan mejoras en su calidad de vida, especialmente en aquellos componentes de la dimensión psicológica y las relaciones familiares y sociales. Nuevamente podemos afirmar que los cambios producidos no se deben exclusivamente al paso del tiempo entre el diagnóstico y el final de los tratamientos médicos, sino que la intervención psicológica especializada favorece significativamente a las pacientes en su proceso de adaptación.

Satisfacción con el modelo positivo

La interacción con otras mujeres afectadas de cáncer de mama y recuperadas (ex-pacientes) resulta de gran importancia, ya que ofrece información útil a las pacientes para desarrollar estrategias de afrontamiento ante el problema (McDaniel & Rhodes, 1998). Su experiencia, puede servir de ayuda como un modelo de afrontamiento positivo para las pacientes recién

diagnosticadas. Su objetivo es movilizar los recursos adaptativos y ofrecer un referente durante el proceso de la enfermedad, el programa incluye la visita de una mujer afectada por el cáncer de mama, y recuperada física y emocionalmente, como modelo positivo.

La evaluación de la satisfacción de las pacientes con la entrevista mantenida con la voluntaria, indica que las pacientes se sienten satisfechas con la forma en que el modelo positivo les ha ayudado a mejorar las relaciones de pareja, familiares o con amistades, eliminar los miedos y mejorar el estado emocional.

Para finalizar de los análisis estadísticos y los resultados obtenidos, podemos concluir que es eficaz el programa psicoeducativo diseñado para mujeres diagnosticadas de cáncer. Siendo efectivo en relación a los síntomas de ansiedad y depresión, obteniendo que el programa psicoeducativo reduce los niveles de estas variables a las pacientes, viéndose más beneficiadas las que tenían mayores niveles de depresión previos. Otra variable a estudio es la Calidad de vida, según los resultados, podemos afirmar que la intervención psicoeducativa mejora los factores que se evalúan en el cuestionario aplicado

para determinar la calidad de vida de las pacientes que han participado en el programa, sobre todo en la dimensión psicológica y las relaciones con otros. En el diseño de este estudio, se incorpora la figura de la voluntaria como modelo de afrontamiento positivo, lo que ha sido valorado por las pacientes como satisfactorio especialmente en la mejora de las relaciones interpersonales, eliminar miedos y estado emocional. Por último, queda comentar que la muestra que se ha utilizado en nuestro estudio no difiere de las descritas en otros estudios, salvo en la media de edad, lo que relacionamos con la consolidación del programa de cribado del cáncer de mama, siendo éste aceptado en la población, favoreciendo que cada vez pacientes más jóvenes se beneficien. Así mismo, en el estudio de las variables personales, clínicas y psicológicas, los datos que se recogen coinciden con lo esperado en base a nuestra experiencia clínica.

6. CONCLUSIONES

1. Nuestra experiencia clínica y la bibliografía especializada, nos oriento a determinar la eficacia del programa psicoeducativo que aplicábamos en nuestro trabajo diario, a las mujeres que habían sido diagnosticadas de cáncer de mama en el servicio de Hematología y Oncología médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia.
2. De los resultados obtenidos, podemos concluir, que la psicoeducación asociada al tratamiento específico de los problemas emocionales que presenta cada paciente, resultado eficaz para mejorar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida de las pacientes que lo recibieron.
3. Hemos podido comprobar que las mujeres que no se incluyeron en el programa (G.C) y que recibieron los mismos tratamientos médicos, se encontraban en peor situación emocional que las mujeres que si lo siguieron.
4. Nuestros resultados junto a la bibliografía especializada, nos permiten concluir que los programas preventivos de intervención psicológica en cáncer de mama mejoran el estado emocional de aquellas pacientes que los siguen, por

tanto deben considerarse como un tratamiento necesario en el abordaje integral del cáncer de mama ofreciéndolo a todas aquellas mujeres que son diagnosticadas y se someten a tratamientos por su enfermedad.

5. Tanto el voluntariado testimonial como las campañas de concienciación y de información ayudan a la paciente a afrontar el diagnóstico con decisión y optimismo, intentando preservar su estilo de vida y sus relaciones familiares y sociales al máximo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adler N.E, & Page, A. (2008). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Almonacid V, & Barreto, M. P. (1996). Un programa de apoyo psicosocial dirigido a la mujer con cáncer de mama *Oncología*, 19(1), 45-51.

Almonacid V, Moreno P, Bermejo de las Heras B, & Lluch, A. (2009). Análisis descriptivo de los trastornos y problemas psicológicos en pacientes con cáncer de mama. *Rev senología patol mam*, 22(5), 180-184.

Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Glaser, R., Emery, C. F., Crespin, T. R., et al. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *J Clin Oncol*, 22(17), 3570-3580.

Antoni, M. H. (2003). Stress management effects on psychological, endocrinological, and immune functioning in men with HIV infection: empirical support for a psychoneuroimmunological model. *Stress*, 6(3), 173-188.

Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., et al. (2006a). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 1143-1152.

Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol, 20*(1), 20-32.

Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., et al. (2006c). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry, 163*(10), 1791-1797.

Arathuzik, D. (1994). Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer Nurs, 17*(3), 207-214.

Arving, C., Sjoden, P. O., Bergh, J., Lindstrom, A. T., Wasteson, E., Glimelius, B., et al. (2006). Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients--a randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Educ Couns, 62*(2), 235-243.

Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington (DC).

Badger, T., Segrin, C., Meek, P., Lopez, A. M., Bonham, E., & Sieger, A. (2005). Telephone interpersonal counseling with

women with breast cancer: symptom management and quality of life. *Oncol Nurs Forum*, 32(2), 273-279.

Barreto M^aP, & Rodríguez, E. (2010). Tratamiento psicológico en cáncer de mama. In SESPM. (Ed.), *Manual de Práctica Clínica en Senología*. Madrid.

Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 29(1), 73-84; quiz 85-77.

Bottomley, A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 7(3), 181-191.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702.

Burton M, Parker R, Farrell A, Bailey D, Conneely J, Booth S, et al. (1995). A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-Oncology* 4, 1-19.

Capuron, L., Ravaud, A., & Dantzer, R. (2000). Early depressive symptoms in cancer patients receiving interleukin 2 and/or interferon alfa-2b therapy. *J Clin Oncol*, 18(10), 2143-2151.

- Carver C. S., Smith R. G., Antoni M. H., Petronis V. M., Weiss S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychol, 24(5)*, 508-516.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychol, 24(5)*, 508-516.
- Cimprich, B., Janz, N. K., Northouse, L., Wren, P. A., Given, B., & Given, C. W. (2005). Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psychooncology, 14(9)*, 704-717.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial Aspects of Depression*. (pp. 39-65). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Cleeland, C. S., Mendoza, T. R., Wang, X. S., Chou, C., Harle, M. T., Morrissey, M., et al. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer, 89(7)*, 1634-1646.
- Coleman, E. A., Tulman, L., Samarel, N., Wilmoth, M. C., Rickel, L., Rickel, M., et al. (2005). The effect of telephone social support

and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. *Oncol Nurs Forum*, 32(4), 822-829.

Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A., & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol*, 63(6), 981-986.

Cruzado JA, Olivares M^aE, & Fernández, B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. In Macià D, Méndez FX & J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 279-312). Madrid: Pirámide.

Cunningham, A. J., & Tocco, E. K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 14, 101-114.

Chamberlain Wilmoth, M., Tulman, L., Coleman, E. A., Stewart, C. B., & Samarel, N. (2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 33(1), 138-144.

Chang, V. T., Hwang, S. S., Feuerman, M., Kasimis, B. S., & Thaler, H. T. (2000). The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF). *Cancer*, 89(5), 1162-1171.

- Christensen, D. N. (1983). Postmastectomy couple counseling: an outcome study of a structured treatment protocol. *J Sex Marital Ther*, 9(4), 266-275.
- Davis, H. t. (1986). Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer. *Psychol Rep*, 59(2 Pt 2), 967-974.
- De Voto E, & Kramer, B. S. (2006). Evidence-based approach to oncology. In Chang AE, Ganz PA & Hayes DF (Eds.), *Oncology: An Evidence-Based Approach*. (pp. 3-13). New York, NY: Springer.
- Devine, E. C. (2003). Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 30(1), 75-89.
- Devine, E. C., & Westlake, S. K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum*, 22(9), 1369-1381.
- Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, 8(4), 295-305.
- Edgar, L., Rosberger, Z., & Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. Assessment and intervention. *Cancer*, 69(3), 817-828.

- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, *84*(8), 1011-1015.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*, *127*(12), 2893-2917.
- Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona.
- Font A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. In Pérez M, Fernández JM, C. Fernández & Amigo I (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en cáncer*. (Vol. II, pp. 86-92). Madrid: Pirámide.
- Font A, & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, *4*(2-3), 423-446.
- Font, A., & Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In M. Forns & M. T. Anguera (Eds.), *Aportaciones recientes a la evaluación psicoldgica*. Barcelona: Universitat
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, *345*(24), 1719-1726.

- Graves, K. D. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychol*, 22(2), 210-219.
- Greer, S., Moorey, S., & Baruch, J. (1991). Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. *Br J Cancer*, 63(2), 257-260.
- Gruber, B. L., Hersh, S. P., Hall, N. R., Waletzky, L. R., Kunz, J. F., Carpenter, J. K., et al. (1993). Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Biofeedback Self Regul*, 18(1), 1-22.
- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L., et al. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107(12), 2924-2931.
- Hidderley, M., & Holt, M. (2004). A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses. *Eur J Oncol Nurs*, 8(1), 61-65.
- Jacobsen P.B, Donovan K.A, Swaine Z.N, & Watson, I. S. (2006). Management of anxiety and depression in adult cancer patients: toward an evidence-based approach. In Chang AE, Ganz PA, Hayes DF & e. al (Eds.), *Oncology: An Evidence-Based Approach* (pp. 1552--1579). NY, USA: Springer.

- Jacobsen PB, Donovan KA, Swaine ZN, & Watson, I. S. (2006). Management of anxiety and depression in adult cancer patients: toward an evidence-based approach. In Chang AE, Ganz PA, Hayes DF & e. al (Eds.), *Oncology: An Evidence-Based Approach* (pp. 1552--1579). NY, USA: Springer.
- Jacobsen, P. B., Davis, K., & Cella, D. (2002). Assessing quality of life in research and clinical practice. *Oncology (Williston Park)*, 16(9 Suppl 10), 133-139.
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin*, 58(4), 214-230.
- Jensen, A. B., Madsen, B., Andersen, P., & Rose, C. (1993). Information for cancer patients entering a clinical trial--an evaluation of an information strategy. *Eur J Cancer*, 29A(16), 2235-2238.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., et al. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 12(6), 532-546.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., et al. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*, 16(4), 277-286.

- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*, 23(1), 71-83.
- Kolden, G. G., Strauman, T. J., Ward, A., Kuta, J., Woods, T. E., Schneider, K. L., et al. (2002). A pilot study of group exercise training (GET) for women with primary breast cancer: feasibility and health benefits. *Psychooncology*, 11(5), 447-456.
- Lemieux, J., Bordeleau, L. y Goodwin, P. (2007). Medical, psychosocial, and health related quality of life issues in breast cancer survivors. In P. Ganz (Ed.), *Cancer survivorship. Today and tomorrow* (pp. 122-144). New York: Springer.
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., & al., e. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology* 18(12), 1261-1272.
- Levesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J. G., & Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 35(4), 287-305.
- Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., et al. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast

and gynecologic cancers. *Altern Ther Health Med*, 16(3), 30-37.

Lovejoy, N. C., & Matteis, M. (1997). Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: research and theoretical initiatives. *Cancer Nurs*, 20(3), 155-167.

Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10(6), 490-502.

M Hewitt, R Herdman, & Holland, J. (2004). *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*. Washington, D.C.: National Cancer Policy Board

Maguire, G. P., Tait, A., Brooke, M., Thomas, C., Howat, J. M., Sellwood, R. A., et al. (1980). Psychiatric morbidity and physical toxicity associated with adjuvant chemotherapy after mastectomy. *Br Med J*, 281(6249), 1179-1180.

Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., et al. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *Eur J Cancer*, 32A(9), 1612-1615.

Matousek, R. H., & Dobkin, P. L. (2010). Weathering storms: a cohort study of how participation in a mindfulness-based

stress reduction program benefits women after breast cancer treatment. *Curr Oncol*, 17(4), 62-70.

Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. (1992). Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors. *Cancer*, 70(1), 120-125.

McDaniel, R. W., & Rhodes, V. A. (1998). Development of a preparatory sensory information videotape for women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nurs*, 21(2), 143-148.

McGregor, B. A., & Antoni, M. H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain Behav Immun*, 23(2), 159-166.

Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16(3), 181-188.

Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*, 64(4), 383-391.

- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol*, *14*(2), 101-108.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, *12*(2), 160-174.
- Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., et al. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology*, *15*(5), 363-373.
- Mutrie, N., Campbell, A. M., Whyte, F., McConnachie, A., Emslie, C., Lee, L., et al. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *Bmj*, *334*(7592), 517.
- Naaman, S. C., Radwan, K., Fergusson, D., & Johnson, S. (2009). Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry*, *72*(1), 50-69.
- NBCC, & NCCI. (2003). *Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer*. National Breast Cancer Centre: Camperdown, NSW.

- Newport, D. J., & Nemeroff, C. B. (1998). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res*, 45(3), 215-237.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med*, 36(1), 13-34.
- Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L., Nabell, L., & Tucker, D. C. (2004). Improving the effectiveness of adjuvant psychological treatment for women with breast cancer: the feasibility of providing online support. *Psychooncology*, 13(4), 281-292.
- Palsson, M. B., & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *J Adv Nurs*, 21(2), 277-285.
- Perou, C. M., Sorlie, T., Eisen, M. B., van de Rijn, M., Jeffrey, S. S., Rees, C. A., et al. (2000). Molecular portraits of human breast tumours. *Nature*, 406(6797), 747-752.
- Pinto, B. M., Frierson, G. M., Rabin, C., Trunzo, J. J., & Marcus, B. H. (2005). Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *J Clin Oncol*, 23(15), 3577-3587.
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*(32), 32-39.

- Pollán M, García-Mendizábal M^aJ, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et al. (2007). Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. . *Psicooncología* 4(2-3), 231-248.
- Puig, A., Lee, S. M., Goodwin, L., & Sherrard, P. A. D. (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 218-228.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Redd, W. H., Montgomery, G. H., & DuHamel, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst*, 93(11), 810-823.
- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns*, 50(2), 179-186.
- Romero R, Ibáñez E, & Monsalve, V. (2000). La terapia psico-oncológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: Un estudio preliminar. In F. Gil (Ed.), *Manual de Psico-Oncología*. (pp. 15-38). Madrid: Nova Sidonia.

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 312(7023), 71-72.
- Samarel, N., Fawcett, J., Tulman, L., Rothman, H., Spector, L., Spillane, P. A., et al. (1999). A resource kit for women with breast cancer: development and evaluation. *Oncol Nurs Forum*, 26(3), 611-618.
- Sandgren, A. K., & McCaul, K. D. (2007). Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psychooncology*, 16(1), 38-47.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005a). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *J Clin Oncol*, 23(25), 6083-6096.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005b). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part II: Immunologic effects. *J Clin Oncol*, 23(25), 6097-6106.
- Scheier, M. F., Helgeson, V. S., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S., Bridges, M. W., et al. (2005). Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*, 23(19), 4298-4311.

- Schnoll, R. A., Knowles, J. C. y Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37-59.
- Sellick, S. M., & Crooks, D. L. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology*, 8(4), 315-333.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *J Psychosom Res*, 54(1), 85-91.
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*, 80(11), 1770-1780.
- Simpson, J. F., Gray, R., Dressler, L. G., Cobau, C. D., Falkson, C. I., Gilchrist, K. W., et al. (2000). Prognostic value of histologic grade and proliferative activity in axillary node-positive breast cancer: results from the Eastern Cooperative Oncology Group Companion Study, EST 4189. *J Clin Oncol*, 18(10), 2059-2069.
- Simpson, J. S., Carlson, L. E., & Trew, M. E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Pract*, 9(1), 19-26.

- Sirgo A, Gil F, & Pérez-Manga, G. (2000). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama [Electronic Version]. *Rev Electro Psicol* 3, 3-10.
- Sorlie, T., Perou, C. M., Tibshirani, R., Aas, T., Geisler, S., Johnsen, H., et al. (2001). Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 98(19), 10869-10874.
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., et al. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130-1138.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, & First, M. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Patient Edition (SCID-P. Version 1.0)*. Washington, DC
- Stark, D. P., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer*, 83(10), 1261-1267.
- Tacon AM, Caldera YM, & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems & Health*, 22(2), 193-203. .

- Tartaro, J., Roberts, J., Nosarti, C., Crayford, T., Luecken, L., & David, A. (2005). Who benefits?: distress, adjustment and benefit-finding among breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*, 23(2-3), 45-64.
- Tatrow, K., & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med*, 29(1), 17-27.
- Trijsburg, R. W., van Knippenberg, F. C., & Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosom Med*, 54(4), 489-517.
- Turner, J., Zapart, S., Pedersen, K., Rankin, N., L., K. , & Fletcher, J. (2005). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 14(159-173).
- Uitterhoeve, R. J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., et al. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - a systematic review of the literature. *Br J Cancer*, 91(6), 1050-1062.
- Vodermaier, A., Linden, W., MacKenzie, R., Greig, D., & Marshall, C. (2011). Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer*, 105(12), 1814-1817.
- Williams, S. A., & Schreier, A. M. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 31(1), E16-23.

- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun*, 22(6), 969-981.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10(1), 19-28.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.
- Zimmermann, T., Heinrichs, N., & Baucom, D. H. (2007). "Does one size fit all?" moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: a meta-analysis. *Ann Behav Med*, 34(3), 225-239.

8. ANEXOS

ANEXO I: ENTREVISTA

ANEXO II: HADS

ANEXO III: CUESTIONARIO QL-CA-AFEX

ANEXO IV: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ANEXO I: ENTREVISTA

Hª.....

Fecha.....

Nombre y Apellidos:

Dirección:

Tlf:

Edad:

E.C.

Nº Hijos

Formación escolar:

Profesión:

Menarquia:

Menopausia:

Frecuencia de actividad sexual:

Nº

Parejas

¿Ha tenido otras enfermedades de importancia en el pasado?

¿Cuáles?

¿Cómo las afrontó?

¿Ha deseado o requerido asistencia psicológica en el pasado?

Fecha diagnóstico:

Fecha

inicio síntomas:

Localización:

Estadío:

Tipo de tratamiento:

Tiempo

demora:

¿Qué pensaba que tenía cuando acudió al médico?

¿Qué le dijo el médico que era?

¿Por qué cree que la han operado?

¿Qué le a dicho el médico al respecto?

¿Tiene alguna duda sobre el tratamiento que le van a poner?

¿Tiene alguna duda sobre la enfermedad que padece?

¿Hasta el momento, siente que le han proporcionado toda la información que Ud. Deseaba sobre la enfermedad y tratamiento?

¿Por qué cree que le van a poner el tratamiento?

¿Ud. cree que puede hacer algo para ayudar a que el tratamiento surta el máximo efecto posible?

¿Qué es lo que más le preocupa de su enfermedad?

¿Piensa que puede hacer algo durante los próximos meses para sentirse mejor?

¿Cómo ha reaccionado su pareja ante lo que está aconteciendo?

¿Cómo le gustaría que hubiera reaccionado?

¿Cómo han reaccionado su familia y amigos?

¿Cómo le gustaría que hubieran reaccionado?

¿Cómo se siente en estos momentos?

¿Cuál es su medio favorito de relajación?

PRIMER PASE: H.A.D.:.....

Q.L.:.....

SEGUNDO PASE: H.A.D.:.....

Q.L.:.....

CUESTIONARIO SATISFACCIÓN:

ANEXO II: HADS

Hª

Fecha.....

A continuación leerá unas frases que pueden describir como se siente usted afectiva y emocionalmente. Escuche cada frase y cada una de las respuestas y dígame que respuesta coincide mejor con **cómo se ha sentido usted en la última semana**. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1.- Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

2.- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

3.- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

4.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

6.- Me siento alegre:

- Gran parte del día
- En algunas ocasiones
- Muy pocas veces
- Nunca

7.- Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

8.- Me siento lento/a y torpe:

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Gran parte del día

9.- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago”

- Nunca
- Solo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

10.- He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Me cuido como siempre lo he hecho
- Es posible que no me cuide como debiera
- No me cuido como debiera hacerlo
- Completamente

11.- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

12.- Tengo ilusión por las cosas:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

13.- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

14.- Soy capaz de disfrutar con un buen libro, o un buen programa de radio o de televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

ANEXO III: QL-CA-AFEX

Código _____ Hª nº _____ Pase _____ Fecha _____

QL (1 DIA)

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 a estos aspectos durante las veinticuatro horas anteriores al momento en que usted cumplimenta 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 enfermo o demasiado preocupado, esto constituye una reducción de su “movilidad” (capacidad para desplazarse) que está relacionada con su salud. Pero si usted no ha podido conducir porque no tiene carné o porque carece de coche 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 usted no tenía o no tiene problemas de salud. Por lo 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 de la vida cotidiana.

EJEMPLO 1

Si en las últimas 24 horas, físicamente **no hubiera** podido moverse de la cama, lo señalaría de la manera siguiente

Me he desplazado igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud	 _____	No he podido moverme de la cama
--	-----------	---------------------------------

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 señal como sigue

Me he desplazado igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud	 _____	No he podido moverme de la cama
--	-----------	---------------------------------

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 señal de la forma indicada a continuación:

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




No he
podido
moverme
de la
cama

EJEMPLO 4

Si el estado de salud, en las últimas 24 horas, hubiera afectado a su capacidad para desplazarse (es decir, no hubiera podido desplazarse exactamente igual que cuando no tenía o no tiene problemas de salud)

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



No he
podido
moverme de
la cama

A continuación le rogamos que conteste a todos los aspectos del cuadernillo. Sus respuestas serán consideradas como confidenciales.

Muchas gracias

POR FAVOR INDIQUE EN QUE MEDIDA CREE QUE EL ESTADO DE SU SALUD HA AFECTADO EN LOS ULTIMOS 7 DIAS LOS ASPECTOS SIGUIENTES

(ÚLTIMOS 7 DIAS)

Náuseas

No he tenido
ninguna
sensación de
nausea

He tenido
nauseas
extremadamente
intensas y
frecuentes

¿Ha tenido algún vómito? SI

Marque con una X su respuesta: NO

¿Cuántos?

Movilidad en su casa

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

No he podido
moverme de la
cama

Actividad laboral fuera de casa

SI USTED NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD LABORAL FUERA DE CASA INCLUSO CUANDO ESTA COMPLETAMENTE BIEN DE SALUD, ENTONCES PONGA UNA X EN LA CASILLA Y NO SEÑALE NADA EN LA LINEA



En los últimos
7 días:

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

Señale con una X su situación laboral actual:

- Trabajo
- No trabajo por motivos de salud
- No trabajo por otros motivos (jubilado, paro, etc.)

Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

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

Me he sentido igual de atractivo(a) 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)

No he estado irascible en absoluto

He estado extremadamente irascible debido a mi estado de salud

Dolor (últimos 7 días)

No he tenido ningún dolor

He tenido un dolor insoportable

EN CASO DE QUE HAYA EXPERIMENTADO ALGUN DOLOR, INDIQUE EN QUE PARTE O PARTES DEL CUERPO LO HA SENTIDO.....

.....
.....
.....
.....

Capacidad para mover el cuerpo, realizar actividad física (gimnasia, deporte, pasear, etc.)

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.)

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)

No he estado ansioso(a) en absoluto	_____	He estado extremadamente ansioso(a) (debido a mi estado de salud)
-------------------------------------	-------	---

Fatiga

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

Me he sentido extremadamente cansado(a) debido a mi estado de salud

(ÚLTIMOS 7 DIAS)

Satisfacción social (hablar con otras personas, visitar amigos, recibir visitas, etc.)

Me he sentido igual de satisfecho(a) con mi actividad social que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

Me he sentido extremadamente insatisfecho(a) con mi actividad social debido a mi estado de salud

Sueño

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

No he podido dormir en toda la noche

Esta noche pasada he dormido.....horas

Tengo la sensación de que he descansado

(señale con una X su respuesta)

- bien
- regular
- mal

Vigilia

He estado
completamente
despejado(a) a
lo largo del día

He estado
completamente
adormilado(a)
a lo largo del día

Preocupación por los hijos (CONTESTAR SOLO EN EL CASO DE TENER HIJOS)

No me he
sentido
preocupado(a)
en absoluto

Me he sentido
extremadamente
preocupado(a)

Actividades en casa

He realizado
los trabajos
caseros sin
dificultad

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

Aspecto físico

Me he sentido igual de satisfecho(a) con mi aspecto físico

Me he sentido extremadamente insatisfecho(a) con mi aspecto físico debido a mi estado de salud

(últimos 7 días)

Estado de ánimo (depresión, tristeza)

No me he sentido en absoluto deprimido(a)

Me he sentido extraordinariamente deprimido(a) debido a mi estado de salud

Relaciones de pareja (afectivas, comunicativas, sexuales, etc.)

CONTESTAR SOLAMENTE EN EL CASO DE TENER PAREJA

Mi vida de pareja ha seguido 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.)

Mis relaciones familiares no se han visto en absoluto afectadas por mi estado de salud

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

Apetito

He tenido apetito

No he tenido ningún apetito debido a mi estado de salud

En estas 24 horas he comido (señale con una X su respuesta):

- la misma cantidad
- menos
- más que normalmente

Información

Me he sentido completamente satisfecho(a) con la manera que me han explicado mis problemas de salud*

Me he sentido insatisfecho (a) con la manera que me han explicado mis problemas de salud

*Independientemente de cuándo le hablaron de este tema. Nos referimos a cómo se ha sentido al pensar en ello, en estos últimos 7 días o ahora

(últimos 7 días)

Concentración

He podido concentrarme igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud

Me ha sido totalmente imposible concentrarme debido a mi estado de salud

Ganas e ilusión por las cosas y actividades (trabajar, hobbies, actividades en casa, comprar, salir, visitar amigos etc.)

He sentido
ganas e ilusión
por las cosas

No he sentido
ningunas
ganas ni
ilusión por las
cosas debido
a mi estado de
salud

Preocupaciones económicas

No me he
sentido
preocupado(a)
en absoluto
por mi
situación
económica
debido a mi
estado de
salud

Me he sentido
extraordinariamente
preocupado(a) por
mi situación
económica debido a
mi estado de salud

Miedo (preocupación, angustia, etc.)

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 LOS ULTIMOS 7 DIAS) A SU **VIDA GENERAL**

Mi vida ha sido normal en estos 7 días, sin cambios debidos a mi estado de salud

En estos últimos 7 días, mi vida ha sido extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud

En estas últimas 24 horas ha tenido: (señale con una X sus respuestas)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Molestias en la boca | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Caída de algunos cabellos | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Alguna dificultad para respirar | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Alguna dificultad para orinar | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Estreñimiento | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Diarrea | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Problemas de voz | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Dolor de cabeza | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Dificultades para escribir (físicas o de concentración) | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Tos o resfriado | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Mareos o problemas con la tensión | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |

En las últimas 24 horas ¿ha tomado algún medicamento o medicina?

(señale con una X sus respuestas)

¿Cuál?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Para el dolor | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Para dormir | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Para el corazón o la tensión | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Para orinar o algún laxante | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Para el dolor de cabeza o resfriado | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Para su enfermedad actual | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |
| Otros: _____ | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no |

ANEXO IV: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Código _____ Hª nº _____ Pase _____ Fecha _____

A continuación encontrará usted una serie de aspectos que indican en que medida ha sido beneficioso para Ud. La entrevista que mantuvo con el Servicio de Psicología después de la operación, enseñándole los ejercicios de rehabilitación para el brazo y las prótesis mamarias en caso de necesitarlas. Para ello, le agradecemos que valora cada una de ellas haciendo una señal sobre una línea de la forma que se le indica en los ejemplos.

Nos interesa conocer como ha influido en Ud. El apoyo psicológico prestado, para mejorarlo en un futuro y que todos los enfermos puedan beneficiarse de éste. Por ello comprenderá la importancia que tiene que el cuestionario llegue nuevamente a nuestro poder relleno por Ud.

EJEMPLO 1

Si la entrevista con la voluntaria no le hubiera en absoluto servido para mejorar su estado de ánimo (ganas de realizar tareas, actitud ante las cuestiones cotidianas similar a la que tenía antes etc.) lo señalaría de la siguiente manera:

Ha mejorado muchísimo mi estado de ánimo	 _____	o ha mejorado en absoluto mi estado de ánimo
--	-----------	--

EJEMPLO 2

Si la entrevista con la voluntaria le hubiera servido para mejorar muchísimo su estado de ánimo, lo señalaría de la siguiente manera:

Ha mejorado muchísimo mi estado de ánimo	 _____	No ha mejorado en absoluto mi estado de ánimo
--	-----------	---

EJEMPLO 3

Si la entrevista con la voluntaria le hubiera servido medianamente para mejorar su estado de ánimo lo señalaría de la siguiente manera:

Ha mejorado muchísimo mi estado de ánimo	_____ _____	No ha mejorado en absoluto mi estado de ánimo
--	-------------	---

A continuación le rogamos que conteste a todas las cuestiones que le presentemos. Sus respuestas serán consideradas como confidenciales.

Muchas gracias

La entrevista con la voluntaria le ha servido para:

Mejorar
totalmente
mi **estado**
físico

No ha
mejorado en
absoluto mi
estado físico

Por mejoría del estado físico entendemos: mejora de la movilidad del brazo, hacer frente a las tareas cotidianas etc.

La entrevista con la voluntaria le ha servido para:

Eliminar
totalmente
los **miedos**
que me
hayan
podido
surgir

No ha
eliminado
ninguno de los
miedos que me
hayan podido
surgir

Los miedos que indicamos se refieren a: no saber cómo recomponer mi imagen, que ropa usar, pensar que el pelo no me volvería a crecer, cómo puedo afrontar los problemas que surjan etc.

La entrevista con la voluntaria le ha servido para:

Mejorar
totalmente
mi **estado**
emocional

No ha mejorado
en absoluto mi
estado
emocional

Entendemos por estado emocional, todos aquellos sentimientos relacionados con nerviosismo, ansiedad, tristeza etc.

La entrevista con la voluntaria le ha servido para:

Aclarar todas las **dudas** que tenía respecto a como abordar mi nueva situación

No se me ha aclarado ninguna **duda** respecto a cómo abordar mi nueva situación

Entre las dudas más habituales se encuentran como rehabilitar el brazo, utilización de prótesis etc.

La entrevista con la voluntaria le ha servido para:

Mejorar muchísimo las **relaciones con mi pareja**

No ha servido en absoluto para mejorar las **relaciones con mi pareja**

La entrevista con la voluntaria le ha servido para:

Mejorar muchísimo las relaciones con mis **amistades**

No han mejorado en absoluto las relaciones con mis **amistades**

La entrevista con la voluntaria le ha servido para:

Mejorar
muchísimo
las
relaciones
con mi
familia

No han
mejorado en
absoluto las
relaciones con
mi **familia**

¿Cree Ud. Que podría mejorarse el Servicio de atención
psicológica?.....¿Como?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

