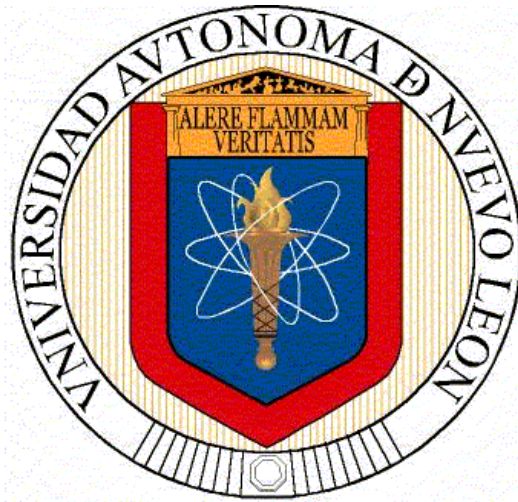


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA: HIPNOSIS Y
COGNITIVO-CONDUCTUAL**

PRESENTA:

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ BARRÓN

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

MAYO 2013

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



TESIS

**INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA: HIPNOSIS Y
COGNITIVO-CONDUCTUAL**

**PRESENTA:
MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ BARRÓN**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. ARNOLDO TÉLLEZ LÓPEZ**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO, MAYO DE 2013

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “**Intervenciones Psicológicas en Mujeres con Cáncer de Mama: Hipnosis y Cognitivo-Conductual**” presentada por Lic. Miguel Angel Gutiérrez Barrón ha sido aprobado por el comité de tesis.

Mtro. Arnoldo Téllez López
Director de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Dr. Cirilo García Cadena
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Mayo de 2013

DEDICATORIA

A todos aquellos que han prestado su tiempo para escuchar a alguien más que
a sí mismo.

A fin de cuentas, solo conservamos lo que **AMAMOS**
In the end, we preserve only what we **LOVE**

Solo amamos lo que **COMPRENDEMOS**
We love only what we **UNDERSTAND**

Solo comprendemos lo que nos han **ENSEÑADO**
We understand only what we have **TAUGHT**

Baba Dioum
Escritor Senegales

AGRADECIMIENTOS

Aprovecho este espacio para agradecer profundamente a todas las personas que directa o indirectamente hicieron posible la realización de esta tesis.

A mi familia por todo lo que me han enseñado y la confianza que han depositado en mí, realmente les debo todo lo que soy hoy en día.

Para comenzar a mí director de tesis, el Mtro. Arnoldo Téllez López por su orientación, enseñanzas y por darme la oportunidad de participar tan activamente en el campo de la investigación con personas con cáncer.

Agradezco a mis revisores, Dr. José Moral de la Rubia y Dr. Cirilo García Cadena por haber dedicado su tiempo y dedicación a encaminar este proyecto hasta su conclusión.

Por los consejos y soporte, infinitas gracias a MC. Luis Guillermo Segura Herrera quien brindo la oportunidad de debatir sobre una gran cantidad de temas de investigación, además de colaborar en sus proyectos.

También expreso un enorme agradecimiento al Director de la Facultad de Psicología Dr. Armando Peña Moreno y al Director del Centro de Investigación y Desarrollo en ciencias de la Salud Dr. Medina de la Garza por brindarme su apoyo y soporte académico, debido a que sin sus colaboración y voto de confianza no podría contar con la experiencia Internacional con la que cuento ahora.

Agradezco también a mis compañeros y Maestros de la Maestría de Psicología de la Salud quienes me brindaron su amistad y conocimientos para realizar este trabajo.

También agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por las facilidades y el soporte para desarrollarme como profesionista de alto nivel en el campo de la psicología.

Gracias a Dios por brindarme la fuerza para realizarme en esta etapa de mi vida.

RESUMEN

Objetivo: Realizar una comparación entre dos intervenciones psicológicas: Hipnosis y Cognitivo Conductual en un grupo de mujeres con cáncer de mama para identificar la eficacia al disminuir el estrés y mejorar la autoestima, apoyo social y optimismo disposicional. **Material y Método:** Estudio Cuasiexperimental test-retest con 2 grupos experimentales sin grupo control, en 26 mujeres de entre 37 y 62 años, con diagnóstico de Cáncer Mamario menor a 3 meses. La intervención hipnótica tiene una duración de 12 sesiones de 90 minutos divididas en 4 semanas, y la intervención cognitivo-conductual una duración de 7 sesiones de 120 minutos, durante 4 semanas. Las escalas utilizadas son el cuestionario de estrés percibido (González & Landero, 2007), Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan 1998), la Escala de Autoestima de Rosenberg (1989), la escala de optimismo LOT-R (Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, 1998). **Resultados:** La medición test-retest con la prueba Wilcoxon muestra diferencias significativas en las variables evaluadas en la intervención cognitivo conductual. En la intervención con hipnoterapia solo se encontraron diferencias significativas en la escala de Estrés Percibido. En el análisis de diferencias intergrupales posttest con la U de Mann Whitney no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** La terapia cognitivo conductual y la hipnoterapia presentan un resultado final similar por lo tanto ambas presentan ser efectivas en la mejora de las variables de este estudio.

Palabras clave: Cáncer de mama, hipnosis, cognitivo-conductual, psicoeducativa, estrés, Autoestima, Apoyo social y Optimismo.

ABSTRACT

Objective: To compare between psychological interventions: Hypnosis and Cognitive Behavioral in a group of women with breast cancer to identify the effectiveness to reduce stress and improve self-esteem, social support and dispositional optimism. **Material and Methods:** A quasi-experimental test-retest with 2 experimental groups without a control group, in 26 women between 37 and 62 years, diagnosed with Breast Cancer under 3 months. The hypnotic intervention lasts for 12 sessions of 90 minutes divided in four weeks, and cognitive-behavioral intervention for a period of 7 sessions of 120 minutes, for 4 weeks. The scales used are the Perceived Stress Questionnaire (González & Landeros, 2007), Social Support Questionnaire Duke-UNC (Broadhead, Gehlbach, DeGruy & Kaplan 1998), the Rosenberg Self-Esteem Scale (1989), the scale of LOT-R optimism (Otero, Luengo, Romero, Gomez and Castro, 1998). **Results:** The test-retest measurement with the Wilcoxon test shows significant differences in the variables evaluated in the cognitive behavioral intervention. In hypnotherapy intervention with significant differences only in the Perceived Stress Scale. In the analysis of intergroup differences posttest with the Mann Whitney differences were not statistically significant. **Conclusions:** Cognitive behavioral therapy and hypnotherapy have a similar end result thus presented are both effective in improving the variables in this study.

Keywords: Breast cancer, hypnosis, cognitive-behavioral, psychoeducational, stress, self-esteem, social support and optimism.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vi
Summary.....	vii
CAPITULO I.....	10
INTRODUCCION.....	10
Antecedentes.....	12
Definición del Problema.....	16
Justificación de la Investigación.....	17
Objetivo General.....	18
Objetivos específicos:.....	18
Hipótesis.....	19
Limitaciones y Delimitaciones.....	20
CAPITULO II.....	21
MARCO TEORICO.....	21
El Cáncer.....	21
Cáncer de Mama.....	25
Psicología del Cáncer de Mama.....	28
El diagnóstico del paciente con cáncer.....	29
La Psicooncología.....	32
El Estrés.....	34
Autoestima.....	36
Optimismo.....	38
Apoyo Social.....	41
Calidad de Vida.....	44
Intervenciones Psicológicas en Cáncer.....	47
Terapia Cognitivo Conductual.....	51
Hipnosis e Hipnoterapia.....	53
CAPITULO III.....	56
MÉTODO.....	56
Participantes.....	57

Criterios de Exclusión:	58
Instrumentos	58
Aspectos Éticos:	60
Procedimiento	61
CAPITULO IV	65
RESULTADOS	65
Comparación Pre-Post Test Intervención Cognitivo Conductual.....	66
Comparaciones Pre-Post Intervención Con Hipnoterapia.	71
Análisis Diferencial de la Efectividad de las Intervenciones.	75
CAPITULO V	77
Discusión	77
Conclusiones	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	90

CAPITULO I

INTRODUCCION

Hoy en día el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, la Organización Mundial de la Salud informa que de no mediar intervención alguna se prevé que entre el 2005 y el 2015 morirán 84 millones de personas (Organización Mundial de la Salud [ONU], 2011). En México el cáncer represento la tercera causa de muerte entre las mujeres con 35 303 decesos, mientras que en los hombres fue la cuarta con 33 509 decesos, lo cual representa el 15.4% y el 11.8 % del total de las muertes en México de acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía ([INEGI], 2009).

Para México, así como en todo el mundo el cáncer es un problema de salud publica debido a su alta incidencia y mortalidad, además de ser una enfermedad con consecuencias alto impacto biopsicosocial (Baum & Andersen, 2001), es por esto que los profesionales de la salud se han avocado a mejorar la salud del paciente en las esferas en las que está relacionado, entre ellos Médicos cirujanos, enfermeras, radiólogos, oncólogos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas físicos, trabajadores sociales, entre otros más.

La psicología de la salud ha realizando diversas aportaciones en relación al apoyo del paciente con cáncer entre ellas: mejorar el estado mental del paciente y su calidad de vida, además de enfocarse en las principales áreas de

atención al paciente pasando por la sospecha a padecer esta enfermedad, seguido por el tratamiento, finalizando el mismo y más allá hasta llegar al aparente estado libre de cáncer.

El paciente con cáncer puede llegar a sufrir afecciones psicológicas que repercuten en su calidad de vida, las cuales pueden llegar a prevenirse o manejarse de una manera saludable, entre las principales implicaciones psicológicas que se manifiestan dentro del cáncer nos encontramos con el estrés (Pocino et al., 2007), la baja autoestima, el pesimismo o la mala percepción de apoyo social, además de los pensamientos negativos, los cuales ejercen una importante influencia en la calidad de vida del paciente con cáncer, debido a que cuando no se tratan estas situaciones pueden conducir a múltiples consecuencias en la adherencia al tratamiento médico, la interacción Médico-Paciente-Familia y en la calidad de vida, entre otras.

La Psicología de la Salud a través de la psicooncología se ha propuesto mejorar la atención psicológica desarrollando intervenciones psicológicas grupales que puedan paliar los efectos psicológicos del cáncer, entre algunas de las intervenciones más comunes están las psicoeducativas (Fawzy, Fawzy & Wheeler, 1996), cognitivo conductuales (Moorey, Greer, Bliss & law, 1998) y las intervenciones con hipnoterapia (Montgomery et al, 2010).

Antecedentes

El apoyo psicológico a las personas con cáncer tiene sus orígenes hace más de 60 años en la Universidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center de Nueva York dirigida en ese entonces por Sutherland (Sutherland, Orbach, Dyk, & Bard, 1952), lugar que ocuparía Jimmi Holland en 1977 (Holland, & Lewis, 2001), quien es considerado el principal precursor de los estudios de los aspectos psicológicos de la atención y el tratamiento del cáncer, lo cual se conoce como Psicooncología. (Marks et al., 2008).

El apoyo psicológico que se da a las personas con cáncer requiere de intervenciones psicológicas que utilicen técnicas las cuales brinden los resultados requeridos de acuerdo a las necesidades del paciente con cáncer dependiendo tanto de las características como individuo así como de la etapa de la enfermedad.

En los últimos años la elaboración de intervenciones psicológicas dedicadas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer se ha incrementado cada vez más, inferimos que las causas de este aumento son debido a que el cáncer es considerado un problema de salud que ha ido aumentando en la población mundial, por este motivo se le ha brindado una atención especial desde la psicología.

Entre las intervenciones psicológicas que se han realizado con pacientes con

cáncer nos encontramos con la terapia de Solución a Problemas con enfermos con cáncer (Marrero & Caballeira, 2002), en donde el propósito del estudio fue mejorar el ajuste psicológico a la enfermedad a través del incremento de sus habilidades cognitivas, utilizando un programa de entrenamiento en habilidades de solución de problemas, la muestra de este estudio estuvo compuesta por 46 pacientes, de los cuales 33 fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y 13 al grupo control. Para la valoración de la eficacia del programa se usaron medidas de autoinforme sobre habilidades interpersonales, miedos y capacidad para relajarse, los resultados indicaron que el programa fue moderadamente eficaz mostrando una eficacia relativa en la reducción de miedos y en el incremento de la capacidad de relajación del paciente.

El “Programa de intervención psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama” (Sebastián, Bueno, Calero, Gallardo, Mateos & Moreno, 1999), maneja una intervención organizada en 5 bloques: preparación para la quimioterapia, educación para la salud, imagen corporal, manejo de el estrés y habilidades de afrontamiento personal; habilidades de comunicación y establecimiento de metas.

En el estudio de este programa se tuvo como objetivos el mejorar la calidad de vida y facilitar de estrategias para resolver problemas psicológicos que se puedan llegar a presentar durante y después del tratamiento, los resultados que se obtuvieron indicaron un alto grado de eficacia en incrementar la auto-percepción de calidad de vida, el mejorar su estado psicologico general, la

imagen corporal, incrementar su espíritu de lucha como estrategia de evaluación y el afrontamiento a la enfermedad.

También encontramos un programa de intervención psicológica diseñado por la Dra. Lugo y colaboradores (Lugo, Alizo, Martínez & Sojo, 2006), en donde se implementan técnicas tales como: la psico-educación, evocación de pensamientos automáticos, relajación, visualización y sesiones abiertas en ese orden durante 5 días, el cual obtuvo resultados favorables a pesar de tener una corta duración, por otro lado tenemos a Font y Rodríguez (2004) quienes realizaron una terapia grupal con un total de 69 pacientes con cáncer divididos en 12 grupos de entre 5 y 10 personas, en las cuales utilizaron un modelo de terapia de grupo psico-educativo estructurado en 4 módulos: ansiedad, depresión, autoestima e imagen corporal, relaciones afectivas y sexualidad, con una duración total de 20 sesiones, los resultados obtenidos indicaron que las pacientes que participaron en el grupo de apoyo valoran su vida actual de manera mucho más satisfactoria que cuando iniciaron la intervención.

La mayoría de las intervenciones psicológicas están enfocadas en los pacientes, sin embargo, esto normalmente va relacionado con el alcance de cada investigador en cuestión de muestra, tiempos, presupuesto, entre otras cosas, en Cuba se realizó un modelo muy completo para el apoyo de personas con cáncer en donde se involucra de una manera muy adecuada tanto al paciente como a la familia dicho modelo es la “intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama en la atención primaria de salud” desarrollada

por la especialista cubana Clara Pérez (2009)

En esta intervención (Pérez, 2009) se conjuntaron a pacientes con cáncer de mama, sus familias y médicos de asistencia en la atención primaria de salud, en esta intervención el equipo multidisciplinario visitaba ocasionalmente a los pacientes en sus casas y se realizaban psicoterapias individuales, familiares y terapias de pareja, incluso se asistía a sus lugares de trabajo en caso de que existiese conflicto alguno, los resultados que se lograron fueron el encontrar una evaluación menos negativa de la enfermedad, así como una mejoría en la comunicación familiar.

Otra investigación que hay que tomarse en cuenta es la “intervención cognitivo-conductual breve en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia” (Fernández, Alvarado & Jurado, 2009) que realizó la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde se evaluó su efecto en la calidad de vida y la respuesta de relajación en 2 grupos compuestos por mujeres con cáncer de mama libres de tratamiento de quimioterapia, en donde los resultados concluyeron que se aumentó la calidad de vida de las mujeres que recibieron el tratamiento.

El diagnóstico de cáncer así como la evolución de la enfermedad suelen llegar a actuar como factores estresantes altamente amenazantes que inducen una alta respuesta de estrés físico y psíquico para la mayoría de los pacientes y frecuentemente se complican con alteraciones psicológicas como lo puede

llegar a ser la depresión, ansiedad y la alexitimia (Pocino et al., 2007), por este motivo al momento de realizar una intervención grupal es importante tomar en cuenta las características de los participantes.

Tal como se ha señalado, existen diversas investigaciones psicológicas que diseñan intervenciones para mediar los efectos psicológicos negativos detonados por el cáncer en los individuos y sus familias, sin embargo el trabajo a realizar es amplio debido a que entre cada tipo de cáncer, cada etapa, cada tratamiento y cada tipo de población la intervención psicológica debe variar adecuándose al contexto social y clínico por el que este atravesando cada paciente y su familia.

Definición del Problema

En la actualidad el cáncer de mama es el de mayor mortalidad entre las mujeres del mundo (Ferlay et al., 2010), diversos estudios señalan que afecta principalmente a las mujeres de entre 45 a 59 años, (Cervantes, 2001, citado por Aguayo et al., 2008),

El diagnóstico por cáncer de mama tiende a ser visto como un sinónimo de muerte, ya que al momento de ser enteradas muchas de las mujeres tienden a manifestar sintomatologías ansiosas, depresivas entre otras (Mehnert & Koch, 2008), además de una baja importante en la calidad de vida, por estos y otros motivos es indispensable que se diseñen intervenciones psicológicas con componentes que contrarresten los efectos del impacto emocional del

diagnostico del cáncer, así como el miedo a los tratamientos del mismo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

Justificación de la Investigación

La realización de una comparación de la efectividad de 2 intervenciones de origen psicológico: Cognitivo-conductual e Hipnosis, es sin duda de gran importancia debido a que el contar con análisis que nos proporcionen evidencias suficientes de cuál de estas intervenciones psicológicas es más efectivo, ayudara a mejorar la atención que se brinda a las mujeres con cáncer de mama en el estado de nuevo león.

En el área de la Psicooncología existen diversos tratamientos psicológicos que apoyan a la mejora de diversas variables involucradas en la salud emocional y física del paciente con cáncer, por tal motivo el utilizar y comparar las intervenciones que más trascendencia tienen en el campo de la psicología en el cáncer resulta altamente beneficioso para el área de la salud

Uno de los tipos de intervención psicológica que se aplica es de origen Psicoeducativo y Cognitivo conductual debido a que se ha demostrado en análisis de intervenciones en mujeres con cáncer de mama que es una terapia altamente efectiva (Edwards, Hailey & Maxwell, 2008), a la par se aplicara una intervención hipnótica

De acuerdo con el INEGI (2009) el cáncer representa la tercera causa de muerte entre las mujeres en México, por tal motivo es de suma importancia el discernir los principales componentes en intervenciones psicológicas para mediar el efecto psicológico adverso que trae consigo este padecimiento, buscando desarrollar más y mejores intervenciones psicológicas que mejoren el estado psicológico en los pacientes con cáncer.

Objetivo General

El objetivo general de esta investigación es comparar la efectividad de dos intervenciones psicológicas: una intervención cognitivo-conductual con una intervención hipnótica en su eficacia para mejorar la autoestima, el optimismo, el apoyo social y disminuir el estrés en un grupo de mujeres con cáncer de mama recién diagnosticadas.

Objetivos específicos:

1. Comparar el nivel de estrés Percibido antes y después de las intervenciones.
2. Comparar el nivel de autoestima reportado antes y después de las intervenciones.
3. Comparar el apoyo social percibido antes y después de las intervenciones.
4. Comparar el nivel de optimismo antes y después de la intervención.

Hipótesis

H1 Las mujeres con cáncer de mama del grupo de intervención cognitivo-conductual tendrán menor estrés que las del grupo de Hipnosis.

H2 Las mujeres con cáncer de mama después de la intervención hipnótica tendrán mejor autoestima que las del grupo Cognitivo-conductual.

H3 Las mujeres con cáncer de mama después de la intervención Cognitivo-conductual tendrán mejor nivel de apoyo social percibido que las del grupo de hipnosis.

H4 Las mujeres con cáncer de mama del grupo de intervención Hipnótica tendrán mejor nivel de optimismo que las del grupo de Cognitivo Conductual.

Limitaciones y Delimitaciones

El presente trabajo se ha desarrollado con la participación de 26 mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama incorporadas a 2 grupos de con distinta intervención psicológica a través de un estudio test-retest con la pretensión de analizar los niveles de estrés, autoestima, optimismo y apoyo social que presentan las participantes

Se trata de considerar los mayores aspectos metodológicos, sin dejar de adecuarse a las condiciones reales de una persona en el ciclo del diagnóstico del cáncer de mama, por lo que no ha sido posible controlar algunos factores como la selección aleatoria de los participantes, ni la igualdad de grupos en relación a niveles de las variables evaluadas, además de señalar que los resultados de este estudio son particulares solo a este tipo de cáncer, debido a que la amenaza de una mastectomía puede interferir en los resultados de las variables evaluadas. El control que se tiene sobre el tratamiento de las participantes es nulo a pesar de ser recién diagnosticadas, debido a que el inicio y tipo de tratamiento es no es igualitario.

De igual manera entre las delimitaciones del presente estudio existe diferencias entre el tipo e intensidad de radiaciones o quimioterapias aplicadas, cirugías de urgencia y efectos adversos de los tratamientos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El Cáncer

Cáncer es una palabra que aplicada a diferentes tipos de células no saludables y anormales que crecen de manera descontrolada en los tejidos del cuerpo, causan tumores malignos y perdida de la función organiza normal del organismo (Torpy, 2011).

Para dar una mejor explicación se puede decir que a nivel biológico el cáncer es un trastornó en los mecanismos que controlan la proliferación (multiplicación de células) y la diferenciación en las células de los organismos metazoicos (Pluricelulares) superiores, es decir, en las células eucarióticas superiores. Un rasgo fundamental de todos los seres vivos es la existencia de un tiempo de vida finito en cada organismo, propiedad que se extiende también a las células eucarióticas superiores de cada individuo, cuyos procesos de crecimiento y división están sutilísimamente controlados. La excepción a esta norma la constituyen las células cancerosas que han surgido como variantes y que han perdido este control (Torroella & Villa, 1998).

En lo referente a la estadística mundial el cáncer es la principal causa de mortalidad mundial ya que se le atribuyen 7.9 millones de defunciones en el 2007 y se estima que alrededor de 84 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad entre los años 2005 y 2015 (Organización Mundial de la Salud

[ONU], 2011). Mientras que en los Estados Unidos de América indican que una de cada 4 personas muere de cáncer, y 1 de cada 3 desarrolla algún tipo de cáncer en su vida (Martín, 1997). En EUA la incidencia se duplica cada 5 años a partir de los 25 años de edad y ciertos cánceres tales como el de próstata, estómago y colon, alcanzan su máxima incidencia entre los 60 y 80 años de edad (Berkow & Fletcher, 1989).

Durante el 2007 en México el cáncer represento la tercera causa de muerte entre las mujeres con 35,303 defunciones (15.4%), mientras que en los hombres fue la cuarta con 33,509 muertes (11.8%). Los tres principales tipos de cáncer que causaron las defunciones en las mujeres fueron el de mama (13.8%), cuello del útero (12.1%) e hígado (7.6%) de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2009).

Tratamientos en el cáncer

El tratamiento para el cáncer suele ser muy variable, dependiendo de diversos factores entre ellos: el tipo de cáncer, el lugar en el que está ubicado, la etapa en la que se encuentre y el estado físico del paciente. Los tratamientos para esta son diseñados para matar o remover directamente a las células cancerosas o para llevarlas a su muerte por medio de la privación de señales necesarias para la división celular o para estimular sus defensas propias (Cancerquest, 2009).

Los tratamientos existentes para el cáncer pueden ser divididos en categorías basadas en su fin y modo de acción, y normalmente son usados en combinación, ya sea simultánea o secuencial. A continuación mostramos algunos de los tratamientos más comunes utilizados en pacientes con cáncer, pero es importante señalar que el uso y el orden son decisiones solamente tomadas por el médico oncólogo y el paciente (Cancerquest, 2009).

La cirugía: Es muchas veces el primer tratamiento utilizado en tumores sólidos y en los casos cuando el cáncer es detectado en una etapa temprana, debido a que puede ser suficiente para curar al paciente al remover todas las células cancerosa.

Radiación: Comúnmente es utilizada en conjunto con la cirugía y/o tratamientos fármaco, el objetivo de la radiación es matar directamente a las células cancerosas al dañarlas con rayos de energía alta (Cohen, Bernhard & Gillies, 1999).

Quimioterapia: es el término utilizado para una gran variedad de medicamentos usados para matar a las células cancerosas, estos fármacos quimioterapéuticos funcionan por medio de daños a las células cancerosas que siguen dividiéndose.

Inhibidores específicos: esta clase de medicamentos son relativamente nuevos en el tratamiento del cáncer, trabajan concentrándose en proteínas específicas

y procesos que son casi siempre limitados a las células cancerosas, el impedimento de estos procesos previene el crecimiento y la división de las células cancerosas.

Anticuerpos: Este tipo de tratamiento involucra el uso de anticuerpos para combatir las células cancerosas. Mientras anticuerpos son proteínas que ocurren naturalmente en nuestros cuerpos, los anticuerpos usados en el tratamiento del cáncer han sido manufacturados para su uso como fármacos. Estos anticuerpos pueden trabajar por medio de varios mecanismos diferentes, ya sea al deprivar las células cancerosas de sus señales necesarias o al matarlas directamente. Por su especificidad, los anticuerpos pueden ser considerados como un tipo de inhibidores específicos.

Modificadores de respuestas biológicas: Estos tratamientos usan las proteínas normales que ocurren naturalmente en nuestros cuerpos para estimular las defensas propias contra el cáncer.

Vacunas: El propósito de las vacunas contra el cáncer es estimular las defensas de nuestros cuerpos. Las vacunas normalmente contienen proteínas que se encuentran o que son producidas por las células cancerosas. Al administrar estas proteínas, el tratamiento se enfoca en aumentar la respuesta inmune de nuestros cuerpos contra las células cancerosas.

Cáncer de Mama

El cáncer de mama es una enfermedad en que se desarrollan células malignas en los tejidos de la mama. La glándula mamaria se compone de lóbulos y lobulillos conectados mediante conductos, y esta enfermedad afecta a una, o ambas, de las estructuras mencionadas. Estadísticas en países donde el cáncer de mama se detecta principalmente por mamografías de escrutinio indican que del 15 al 30% de las neoplasias malignas de mama corresponden a carcinomas in situ, y el resto a carcinomas infiltrantes (Cotran, Robbins, & Kumar, 1999).

El cáncer puede ser causado por agentes que dañan los genes involucrados en el control de la proliferación celular (proto-oncogenes), los cuales actúan en conjunto con agentes que no dañan los genes pero que potencian selectivamente el crecimiento de las células tumorales. El cáncer aparece cuando una sola célula acumula varias mutaciones, generalmente durante varios años, escapando de los procesos de control de la proliferación y muerte (Herrera, 2000).

El riesgo más importante para sufrir cáncer de mama es ser mujer, la relación de cáncer de mama entre mujeres y hombres es aproximadamente de 100 a 1. La incidencia de cáncer de mama se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada 10 años hasta la menopausia, etapa en que el ritmo de crecimiento disminuye. En el 46% de las mujeres mexicanas afectadas por el cáncer de mama este se presenta antes de los 50 años y el grupo de edad más

afectado es el de 40-49 años (Rodríguez et al., 2001).

El cáncer de mama se relaciona con el estado hormonal, y la evidencia disponible indica que el periodo de exposición a estrógenos es un factor crítico de la carcinogénesis en mama. Una menarca temprana y menopausia tardía se asocian a periodos prolongados de exposición a estrógenos. (Brandan, & Villaseñor, 2006)

Actualmente el cáncer de mama es el más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres del mundo (Ferlay et al., 2010). El número de fallecimientos por esta causa se ha duplicado en 22 años, y afecta tanto a los países industrializados como a los menos desarrollados. El panorama epidemiológico de esta patología en la población mexicana se transformó en los últimos 50 años y el cáncer mamario ha pasado a ser un problema de salud pública. Sus principales factores de riesgo conocidos están asociados a la exposición prolongada a estrógenos, son indicadores de estilos de vida y patrones reproductivos, y por esto resultan difíciles de modificar.

El cáncer de mama es un problema de salud pública y nacional, así lo expresa el Dr. Heriberto Medina Franco (2011) en su artículo “Avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama” debido a que actualmente es la primera neoplasia maligna por su frecuencia en el sexo femenino y la segunda causa de mortalidad en mujeres Mexicanas, solo por detrás del cáncer de pulmón. En lo que respecta a México, en los últimos treinta años el cáncer de mama ha

pasado del decimoquinto al segundo lugar como causa de muerte. Además es el tipo de cáncer que más causa defunciones en las mujeres mexicanas con un 15%, seguido por el cáncer cervicouterino con un 13.9% (INEGI, 2006).

En México mueren por cáncer de mama 10 mujeres diariamente, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en el año 2007 fue de 16.1 defunciones por cada cien mil mujeres de 25 años y mas, mientras que en Nuevo León en ese mismo año se registra una tasa de 22.9 por cien mil mujeres, lo cual evidencia el por qué ocupamos el tercer lugar después del Distrito Federal y Baja California Sur, quienes ocupan el primer y segundo lugar respectivamente (INEGI, 2009).

Durante el periodo de 1981 a 2001 se registraron 52 739 defunciones por cáncer de mama, del total de muertes por esta causa, 46 % ocurrió en el grupo de 40 a 59 años de edad, 41 % en mayores de 60 años, 1.26 % entre 20 y 29 años y sólo 48 defunciones en menores de 20 años.

La edad más vulnerable es la del rango de 45 a 59 años, ya que actualmente entre el 40 y 46 % de los casos de cáncer de mama ocurren en este rango de edad (Cervantes, 2001, citado por Aguayo et al., 2008).

Existen datos sobre el cáncer de mama que señalan una relación directa de incidencia con el grado de desarrollo económico de un país pues de acuerdo a Kingsbury (2007) el número de casos de cáncer de mama en Estados Unidos

es de 101 casos por cada 100 000 mil mujeres, en Bélgica 92, en Francia 92, en Reino Unido 88 y Canadá 84. En cambio en los países pobres como Mozambique es de tan solo 4 casos por cada cien mil habitantes, en Haití 4.4. En los países con economía emergente los índices se han incrementado alcanzando en China 18 y en la India 19, al igual que México (Kingsbury, 2007).

Psicología del Cáncer de Mama

Desde el día en que nacimos hemos ido creando diferentes tipos de miedos, los cuales en ese entonces nos han ido provocando diferentes alteraciones, desde tener pesadillas, hasta desarrollar fobias contra objetos, lugares o cosas las cuales en ocasiones no llegan a ser peligrosos, además de parecernos gracioso, como por ejemplo el miedo a las alturas que llegan a sufrir cientos de personas, miedo el cual según la terapia racional emotiva es proveniente de la interpretación que hacemos de las situaciones y no propiamente la situación (Ellis & Grieger, 1981).

De acuerdo a mi experiencia en la observación y trabajo terapéutico con pacientes con cáncer es muy común que las percepciones negativas en el paciente con cáncer lleguen a ser persecutorias conforme aparecen los síntomas de los tratamientos médicos. Prieto (2004) menciona que las emociones, percepciones y actitudes negativas llegan a intervenir en la sanación del cáncer tratado, estos sentimientos son generados debido a que los

efectos de los tratamientos producen la caída del cabello, mareos, vómitos, diarrea, esto a su vez llega a generar en el paciente una decadencia, la cual empeora con la percepción social, al darse cuenta de las miradas que va arrastrando cuando las personas llegan a verlo en situaciones de cansancio o en muestra de los efectos de los tratamientos médicos.

Estas situaciones nos ayudan a comprender que cuando a un paciente se le diagnostica cáncer, se pone en marcha una serie de percepciones negativas y se desarrolla toda una serie de expectativas y fantasías de carácter negativo que se asocia a la idea de muerte, deformidad, incapacidad, interrupción biográfica, en definitiva, de miedos, tal y como han señalado Holland (1989) y Haber (2000).

El diagnóstico del paciente con cáncer

Desde hace décadas el cáncer de mama es visto como un sinónimo de muerte. La mayoría de las personas hemos estado cerca de alguna persona con esta enfermedad, ya sea un conocido, un amigo o incluso un familiar y hemos sido testigos de los cambios que en ocasiones llegan a impactarnos dependiendo de nuestra sensibilidad, sin embargo cuando un paciente se entera de que tiene cáncer tienden a sufrir una serie de sentimientos encontrados, debido a que a la hora de evaluar las posibilidades de remisión del cáncer se tiende a pensar que estas dependen exclusivamente del tipo del cáncer diagnosticado.

Pero en la práctica clínica los resultados no siempre cumplen las predicciones (Prieto, 2004). No hay dos cánceres iguales y por tanto que se comporten del mismo modo y de esto es importante que sea consciente el paciente debido a que la salud empieza a entenderse como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico, y cada vez es son más los profesionales que comienzan a dar la importancia de las emociones dentro del cáncer debido a los resultados que se han obtenido en las últimas décadas.

El diagnóstico de cáncer suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente. Entre las reacciones más frecuentes destacan las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva: disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida (Mehnert & Koch, 2008). Sin embargo, uno de los grupos más afectados por el diagnóstico suelen ser las mujeres menores de 45 años, en ellas el diagnóstico suele valorarse como altamente traumático, genera la sensación de poco control sobre los acontecimientos (Bell, Ziner & Champion, 2009).

Es un hecho demostrado la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento de nuestro organismo, por ello en la curación, tan importante es un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo, como a procurar mantener un equilibrio psicológico (Prieto, 2004).

En un estudio cualitativo realizado en Colombia para comprender las representaciones sociales del cáncer de mama se realizaron 19 entrevistas semi-estructuradas con mujeres que no han tenido cáncer y se encontró frente al diagnóstico que expresan temor a ser juzgadas por no prevenir y, a su vez, a recibir diagnóstico confirmatorio de la enfermedad, adicionalmente, imaginan los procedimientos como dolorosos. En síntesis las representaciones del cáncer de mama en las mujeres del estudio, fueron bastante tenebrosas y denotaron enorme temor a la pérdida, a la mutilación, al dolor y la muerte (Giraldo, 2009).

En referencia al anterior estudio citado es importante señalar el papel tan importante que juegan las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad, ya que estas pueden llegar a ser más dañinas que la propia enfermedad (Prieto, 2004), debido a que pueden llegar a interferir con el tratamiento médico por medio de las reacciones que pueden llevarse a cabo entre la relación mente-cuerpo.

Tal como señala Almudena Prieto en su artículo *Psicología Oncológica* (2004), es importante que el paciente que presenta la enfermedad cancerígena se dé cuenta de que el sanar de su enfermedad no solo se encuentra dentro del campo de la medicina, ya que el propio enfermo juega un papel fundamental dentro de su propia sanación, esto debido a que al registrar emociones positivas el paciente puede aumentar las habilidades inmunológicas para luchar contra el cáncer.

A pesar de que en la actualidad se conoce que el cáncer es acompañado por repercusiones psicológicas, no fue hasta 1992 cuando se desarrollo el termino que define el área especifica entre el cáncer y la psicología: “la psicooncología”, aunque esta rama de la psicología tiene poco tiempo ha llegado a ser indispensable en la oncológica (Rivero et al., 2008).

La Psicooncología

El termino Psicooncología se desarrollo en 1992, sin embargo, sus orígenes tienen aproximadamente 50 años (Holland, 1998), el primer indicio que se tiene sobre esta área esta encontrado en la Universidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York dirigida por Sutherland en 1950 (Sutherland, Orbach, Dyk, & Bard, 1952), lugar que ocupo Jimmi Holland en 1977 (Holland, & Lewis, 2001) quien creó la primera unidad de psicooncología en el mundo y en 1984 la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS) animado por el deseo de crear conexiones entre los interesados en el tema (Die, 2004).

De esta manera es como nació la Psicooncología la cual es el estudio de los aspectos psicológicos de la atención y tratamiento del cáncer, entre los principales objetivos de esta área se enfoca principalmente de dos aspectos: 1) de las respuestas psicológicas ante el cáncer del paciente, de la familia y del personal de salud, ante todas las etapas, y 2) de los factores psicosociales que pueden influir en el proceso de la enfermedad (Marks et al., 2008).

Aunque por algún tiempo el enfoque de la psicooncología se dedicó al cuidado del paciente en tratamiento oncológico activo, actualmente la psicooncología ha expandido a la prevención, riesgo genético, supervivencia y adaptación a largo plazo, así como al cuidado clínico y la relación médico paciente (Almanza & Holland, 2000).

Actualmente los objetivos fundamentales de la psicooncología son las siguientes 4 áreas a las cuales debe enfocarse según sea la situación en la que se necesite: (Rivero et al., 2008).

1. La prevención primaria: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer.
2. La prevención secundaria: mediante la intervención y detección en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer.
3. La intervención terapéutica: la rehabilitación y/o los cuidados paliativos, intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares).
4. La investigación: como en el resto de los campos, los estudios científicos en psicooncología son fundamentales para propiciar su desarrollo y crecimiento.

El Estrés

La palabra cáncer suele llegar a producir en el paciente y sus familiares un alto impacto psicológico, el cual llega a causar diversos trastornos psicológicos que pueden ser tan fuertes como la enfermedad (Prieto, 2004). De entre los múltiples factores psicológicos asociados al cáncer, el estrés es considerado el de mayor probabilidad de producirlo debido a su efecto sobre el sistema inmunológico (Prieto, 2004).

Arbizu (2000) señala que el estrés puede afectar a una persona con cáncer tanto en la génesis así como en el trascurso de la enfermedad, debido a que se van generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, cambios en los estilos de vida tales como el consumo de tabaco, el alcohol, patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos entre otros.

Gómez y Escobar (2006) afirman que el estrés denota el efecto de estímulos aversivos que perturban gravemente la homeostasis sobre las constantes fisiológicas y la conducta de las personas y su respuesta está controlada por el sistema nervioso central y los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: nervioso autónomo, endocrino e inmune, lo cual pone en evidencia lo antes ya mencionado por Prieto (2004) respecto a que las emociones y actitudes negativas podrían llegar a ser mas dañinas por interferir con el tratamiento debido a estas conexiones existentes entre el estrés y el cuerpo.

Rowshan (2000) asegura que la mayor parte de la gente piensa que el estrés esta causado por lo que les sucede, en realidad es su respuesta ante situaciones aparentemente estresantes lo que provoca la sensación de tensión y ansiedad. Este mismo autor, explica el principio del APRE en el cual menciona que toda situación de estrés consta de 4 aspectos: Acontecimiento, percepción, respuesta y efecto. Acontecimiento es el suceso o situación al que te enfrentas en un momento determinado, la percepción de el acontecimiento atañe tus actitudes y creencias y expectativas a como percibes el acontecimiento, la respuesta es marcada como una huida o lucha que se basaba en la percepción y el efecto es lo que provocas que ocurra como resultado de una respuesta.

Según este autor la clave de este principio de APRE es la percepción del acontecimiento, ya que a través de ella determinas el efecto que tendrá el estrés que experimentes. Es importante no mal interpretar estas palabras ya que no se esta diciendo que el estrés que experimentamos sea culpa nuestra, si no, mas bien de los pensamientos y actitudes que tomamos cada vez que nos sucede algo nuevo en la vida (Rowshan, 2000).

En el cáncer esto puede traducirse en el echo de que cuando una persona tiene conocimiento de el diagnostico de cáncer en ella se comienzan a suscitar diferentes percepciones que anteceden los acontecimientos y dificultan el trabajo de los tratamientos cancerígenos tanto en su adhesión como en su función (Gómez & Escobar, 2006).

Autoestima

El diagnóstico de cáncer en mujeres muy comúnmente puede desarrollar diversos trastornos psicológicos entre ellos la ansiedad, el malestar emocional y la autoestima. Diversos estudios señalan que algunos tipos de cirugías y problemas asociados con el aumento o pérdida de peso, pérdida de cabello debido a la quimioterapia son asociados a la baja autoestima (Fobiar et al., 2006).

Se ha encontrado que el tipo de cirugía, mastectomía versus tumorectomía, afecta significativamente el grado de satisfacción que la mujer tiene con su cuerpo y se consigo misma después de la operación, siendo las mujeres mastectomizadas las que tienen una peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han sufrido tumorectomía (Sebastian,Manos, Bueno & Mateos, 2007).

La autoestima puede relacionarse como un componente del autoconcepto, un sentimiento de valía atribuido a nosotros mismo y en general puede definirse como el nivel o grado de valor, respeto y amor que se tiene de sí mismo (Pintado, 2013), también es vista como una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo (Gonzalez Arratia, 2001), Burns (1990) piensa que es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y

atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad, por otro lado Rosenberg (1965) la define como “una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo”.

Existen diversos trabajos que se enfocan en la mejora de la autoestima del paciente con cáncer de mama entre ellos están la intervención psicosocial realizada en el hospital Maternal “La Paz” en Madrid (Sebastian, Manos, Bueno & Mateos, 2007) en donde durante 14 sesiones de 2 horas una vez por semana, se observa un aumento de la autoestima en el seguimiento, también está la intervención cognitivo conductual realizada por Almudena et al. (2008), que durante 9 sesiones con frecuencia semanal de duración de una hora y medio logro aumentar la autoestima.

En el desarrollo de intervenciones psicológicas que mejoren el autoestima del paciente con cáncer es importante tener instrumentos de evaluación eficaces, entre los mas utilizados están la escala de autoestima Rosengeberg (1989) la cual es la más utilizada y traducida en el mundo, también existe el inventario de autoestima de Coppersmith (1959) y physical Self- description Questionnaire (Marsh et. al., 1994).

Optimismo

Se piensa que la primera persona en usar el término optimismo fue Francois Marie Arouet (Voltaire) en 1759 cuando escribió su célebre cuento “Candide ou l’optimismo”, en el que se burla de las ideas del filósofo alemán Wilhelm Leibniz quien sostenía que “el mundo en el que vivimos es el mejor de los mundos” (Palomero, J. Teruel, M. y Fernández, M, 2009).

Carver, Sheier y Segerstrom (2010) consideran al optimismo como una variable de diferencia individual que refleja el grado en que la gente tiene expectativas favorables generalizadas para su futuro. Los mayores niveles de optimismo se han relacionado de forma prospectiva a un mejor bienestar subjetivo en los momentos de adversidad o dificultad a demás de representar un mayor nivel de compromiso de afrontamiento y menores niveles de evasión o desconexión, por estar asociado a medidas preventivas para proteger la propia integridad.

El estudio del optimismo comienzo con la reformulación de la teoría de indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los acontecimientos negativos que les suceden a las personas en sus vidas, postulando la existencia de dos estilos explicativos: el optimista y el pesimista. El optimismo puede ser estudiado desde dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias: la del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson & Seligman (1984), y la del optimismo disposicional de Scheier & Carver (1987).

El estilo explicativo pesimista (Peterson & Seligman, 1984) se define como la tendencia a explicar eventos negativos ocurridos en la vida diaria, con una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global a todos los aspectos de la vida de la persona, mientras que el estilo explicativo optimista explica los malos acontecimientos como causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto que afecta.

Scheier y Carver (1987) señalan al optimismo disposicional como la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos y el pesimismo se corresponde a la expectativa de que sucedan acontecimientos desfavorables.

Tales expectativas se consideran, además, como disposiciones que permanecen estables. Para estos autores cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, en tanto que las expectativas desfavorables reducen o anulan tales esfuerzos. Se considera igualmente que el optimismo desempeña un importante papel en el desarrollo de tareas y en las experiencias emocionales.

La presente investigación toma el optimismo disposicional como variable de estudio debido a que es subyacente a la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas del estrés, además de ser identificado como un índice de buen pronóstico en pacientes con cáncer (Friedman, Weinberg, Webb, Cooper y Bruce, 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland,

Sandvik y Karesen, 2004), incluso como un predictor de sobrevivencia de un año después del diagnóstico de acuerdo a un estudio realizado en vinculación entre los centros hospitalarios de las universidades de McGill, Montreal, Canadá y Clermont-Ferrand, Francia (Allison, Guichard, Fung & Gilain, 2003).

Otros Estudios han señalado que el optimismo en el cáncer de mama es un factor que influye sobre la imagen corporal, el funcionamiento sexual (García & Hernández, 2011), el sistema inmune demostrando que frente a situaciones de estrés el organismo de los optimistas genera respuestas de inmunocompetencia mejores que el de los pesimistas (Carver et al, 1993), además de aumentar la respuesta citotóxica de las células NK y el número de células T colaboradora (Seegerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998), mientras que el pesimismo se asocia al efecto opuesto (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991).

Entre algunos de los instrumentos que se utilizan en la evaluación del optimismo está el LOT-R el cual mide el optimismo disposicional (Sheier, Carver & Bridges, 1994), la escala Optimismo-Pesimismo "OPS" (Dember, Martin, Hummer, Howe y Melton, 1989) y el Cuestionario de Estilo Atribucional. "ASQ" (Seligman et. al. 1979), entre otros.

Apoyo Social

El apoyo social puede ser concebido como un sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social (Barra, 2004), durante el cáncer es imprescindible. A la hora de enfrentar una enfermedad el apoyo social juega un rol importante, ya que puede amortiguar los efectos del estresor permitiendo que la relación “amenaza percibida - recursos percibidos” sea más favorable al proceso de adaptación del paciente (Vidal, 2008).

A pesar del avance de la medicina y la recuperación de un número cada vez más elevado de pacientes con cáncer, no se ha dejado de desarrollar en cada persona que es afectada por este mal el sentimiento de tener una sentencia de muerte, a pesar de las promesas de una prolongación de la vida y una posible recuperación (Begg, Merino & Lisa, 1981). La consecuencia de este sentir hace al paciente objeto de un proceso cognitivo y creciente de fragilización centrada en el temor de la muerte. Esta situación “Fragilizadora Psicológica” es común en las personas con cáncer pero puede llegar a agravarse más en mujeres con cáncer de mama, debido a que la mutilación pareciera ser inminente (Zeolla, 1980).

El diagnóstico de cáncer de mama muy comúnmente conlleva la realización de una cirugía, y para la mayoría de los casos una inevitable mutilación de su imagen corporal lo cual significa una amenaza concreta a su armonía corporal y a su equilibrio psicoafectivo (Thomas & Saborío 1985).

Lin, Dean y Ensel (1986), que conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Alberch y Adelman proponen que: “el apoyo social, se refiere a la comunicación verbal y no verbal entre receptores y proveedores que reduce la incertidumbre acerca de la situación, el *self*, el otro o la relación y que funciona para realzar una percepción de control personal en la experiencia de la vida de uno”.

El apoyo social es considerado una importante variable para el ajuste psicosocial debido a que las mujeres con cáncer de mama son beneficiadas en su estado físico (Helgeson, Cohen, Schulz & Yasko, 2000).

Gottlieb, (1983) nos dice que el apoyo social es un constructo multidimensional formado por dos ámbitos básicos: *área estructural* (existencia de redes vínculos sociales) y *área funcional o expresiva* (tipo de apoyo recibido).

El área estructural, es definido como los lazos directos e indirectos formado por un grupo de individuos según criterios definidos como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento (Perez, 1999). Puede definirse como los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento (Pérez, 1999), siendo sus características más relevantes el tamaño, fuerza de los vínculos, densidad, homogeneidad y dispersión.

En el área funcional (Cobb, 1976; House, 1981; Gottlieb, 1983), el apoyo social se articula en base a tres elementos principales: *recursos emocionales* (muestras de empatía, amor y confianza), *recursos instrumentales* (conductas dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora) y *recursos informativos* (recibir información útil para afrontar un problema).

Las principales fuentes de apoyo social son la familia, los amigos, la pareja, el personal médico y el grupo de pares (Barra et al., 2008), a pesar de existir diversas fuentes de apoyo es la familia el principal apoyo natural con que cuentan las mujeres mastectomizadas a la hora de hacer frente a la problemática derivada de su enfermedad (Durá & Hernandez, 2003).

El cáncer en múltiples ocasiones llega reuniendo matrimonios, familias y amistades debido a que el afrontar en equipo situaciones que aquejan a un integrante del grupo puede llegar a existir un mejora de las relaciones familiares, tal como señala Luszczynska, Mohamed y Schwarzer (2005)

En algunos estudios como el realizado por Zapáta y Grisales (2010) donde estudio los efectos psicosociales relacionados con la calidad de vida encontró que las mujeres que puntúan un bajo nivel de calidad de vida no había recibido apoyo social de parte de instituciones, por otro lado Villarroel (2009) encontró que la adaptación a la enfermedad en personas con cáncer está relacionada con el apoyo social, el género la edad y otras creencias.

La necesidad de evaluar el estado psicosocial de cada paciente ha llegado a ser vital, entre algunos de los instrumentos utilizados para medir el apoyo social está el ASSIS, Arizona Social Support Interview Scale (Barrera 1980), que toma la red de Apoyo social, la necesidad de Apoyo social y la satisfacción con el apoyo recibido en 6 áreas fundamentales (afectiva, material, consejo, refuerzo positivo, asistencia física y participación social), recogiendo los aspectos objetivo (apoyo recibido) y subjetivo (apoyo percibido). El SSQ, Social Support Questionnaire (Sarason, 1983), evalúa la disponibilidad (identificación de las personas a las que recurre en situaciones específicas) y la satisfacción con el AS en las distintas áreas: sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación positiva, ayuda física y participación social. La mayoría de los ítems hacen referencia al apoyo emocional. El ISSB, Inventory of Socially Supportive Behaviours (Barrera y Ainlay, 1983), determina el AS recibido de tipo emocional, instrumental, informativo y social, sin especificar la fuente de donde procede.

Calidad de Vida

La Calidad de vida es un componente multidimensional que comprende componentes tan objetivos como subjetivos y entraña la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses (Brähler, Mühlhan, Albani & Schmidt, 2007).

En el área de la psicología la calidad de vida incluye la funcionalidad y el bienestar cuando la salud es una variable que afecta componentes vitales como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, entre otras cosas (Howren, Christensen, Karnell & Funk, 2010).

La evaluación de la calidad de vida por el médico correlaciona en bajo nivel con calidad de vida percibida por el paciente en casos de cáncer ya que, en general, los médicos no determinan con precisión la forma en que se sienten sus pacientes (Garduño, Riveros & Sánchez, 2010 citado por Petersen, Pedersen, & Groenvold, 2007, citado por Velikova, et al., 2008).

En un estudio en el que se evaluó la calidad de vida en 25 pacientes con cáncer de mama, la cual tenía como objetivo primordial describir esta variable se utilizó el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 para pacientes con cáncer, se encontró que en la mayoría de los casos existe un deterioro en su calidad de vida, en relación a esta variable se observó que el 81.3 % de la población evaluada puntúa su calificación como mala, a comparación de un 4,2 % que puntúa su calidad de vida como buena y muy buena, estos resultados nos indican que existe un claro deterioro en esta variable tan importante en el transcurso de esta patología (Fredy, 2006).

Como ya se comentó anteriormente la edad más vulnerable para padecer cáncer de mama es entre los 45 a 59 años (Cervantes, 2001), por tal motivo es común que a la vez se llegue a padecer la menopausia. En ocasiones se ha

llegado a escuchar que la menopausia llega a empeorar el estado emocional de los pacientes con cáncer y por consecuencia su calidad de vida, y aunque no se niega esto, en un artículo publicado por Valle et al. (2006) se encontró que el tiempo desde el diagnóstico y estado menopáusico no tuvieron una asociación significativa con la sintomatología depresiva y la calidad en un grupo de 24 pacientes con cáncer de mama, sin embargo es importante mencionar que directa o indirectamente existe múltiples factores que pueden afectar la calidad de vida tanto de manera positiva o negativa.

Entre los principales instrumentos para medir la calidad de vida en el área de la salud se encuentra el Inventario de Calidad de Vida y Salud o "InCaViSa" (Riveros, Sánchez & Del Águila, 2009), compuesto de 53 reactivos tipo Likert en doce áreas de Calidad de Vida: Preocupaciones, Desempeño físico, Aislamiento, Percepción corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre, Vida cotidiana, Familia, Redes sociales, Dependencia médica, y Relación con el médico, también está el QLQ-C30 incorpora cinco escalas funcionales: física, roles, cognitivo, emocional y social. También incluye tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, náusea y vómito, así como el estatus general de salud y algún número de reactivos de síntomas frecuentemente reportados por pacientes oncológicos tales como disnea, pérdida de apetito, insomnio, constipación y diarrea (Aaronson et al., 1993, citado por Fayers et al., 2001).

Intervenciones Psicológicas en Cáncer.

En las intervenciones psicológicas utilizadas en pacientes con cáncer es de gran importancia el adecuarse a los diferentes momentos y etapas de la enfermedad (Prieto, 2004), el objetivo principal de estas intervenciones psicológicas es facilitar el proceso de adaptación, evitar el sufrimiento y conseguir la mayor recuperación lo antes posible, sin embargo estas intervenciones solo son medidas de apoyo que complementan a los procedimientos médicos, no los sustituyen, por lo que deben integrarse en equipos multidisciplinarios (Font & Rodríguez, 2007).

Bayes (1990) menciona que algunos aspectos fundamentales a la hora de considerar las intervenciones psicológicas: a) tienen que usarse, siempre que se consideren oportunas, como tratamiento complementario y en ningún caso sustitutorio de las intervenciones biomédicas; b) el objetivo básico de las mismas debe ser siempre la mejora de la calidad de vida del paciente; y c) hay que admitir la posibilidad, tanto en la investigación como en la clínica, de que los factores psicológicos puedan afectar, directa o indirectamente, positiva o negativamente, al curso biológico del proceso neoplásico y al tiempo de supervivencia del enfermo .

A continuación se mencionan algunos tipos de intervención y sus beneficios en los pacientes con cáncer:

- Intervención Psicosocial (Spiegel & Diamond, 2001): Este tipo de intervención modera los efectos del estrés, la terapia individual o grupal facilita la expresión de ideas acerca de la enfermedad. Algunos beneficios de los grupos terapéuticos son:
 - Apoyo social. Los miembros de los grupos comparten experiencias lo que los protege del aislamiento social generado por la condición de enfermedad, además permite la expresión sin temor y se aprenden las estrategias de afrontamiento de los demás participantes.
 - Principio de grupo de autoayuda. Los grupos dan la oportunidad de dar y recibir ayuda, algunos pacientes pueden incrementar su autoestima al compartir su experiencia del cáncer con otros miembros del grupo y a su vez aprender de la experiencia de los otros en una situación similar.
 - Costo-efectividad. Es más efectiva que la individual en que se aprovechan todos los recursos disponibles en más pacientes.
 - Terapia Cognitiva. Se refiere al enfoque psicológico que se interesa en el rol de los pensamiento y conductas para generar o mantener estrés psicológico, algunos ejemplos de este tipo de terapia es terapia en solución de problemas, manejo del estrés y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, todas estas son aplicadas a pacientes con cáncer (Holland et al., 2010).

- Terapia Grupal (Barraclough, 1999). Este tipo de terapia propicia un ambiente de expresión de sentimientos, compartir información útil y recibir apoyo psicológico, algunos tipos de grupos, dependiendo del objetivo, son:
- Psicoeducativos: con formato estructurado, cada reunión trata un tema específico relacionado con algún aspecto médico o psicológico, se provee la información y se da un espacio para discutir el tema.
- De apoyo-expresivos: no son estructurados, los pacientes proponen los temas a tratar de acuerdo a su experiencia.
- Técnicas específicas: estos grupos proveen ayuda específica enseñando alguna técnica de autoayuda como, relajación, manejo de la ansiedad, visualización o meditación.

De acuerdo con Munuera, Abad, Esteban y Tejerina (2004) la intervención psicológica en el paciente con cáncer dispone de un repertorio amplio de técnicas, algunas de las principales son:

- Psicoeducativas: ayudan al conocimiento médico, la adherencia a los tratamientos y la adaptación funcional de los pacientes.
- Cognitivo-conductual: tiene como objetivo el manejo de sintomatología específica, entrenar al paciente para la identificación y evaluación de los

estresores y enseñar habilidades de afrontamiento que faciliten la adaptación a la enfermedad.

- Intervención con familias: su objetivo es aumentar los recursos psicológicos de la familia para disminuir la vulnerabilidad ante la situación que enfrentan, esto a través del manejo y la expresión de emociones, dando significado a sus experiencias, manejo de pérdidas para la prevención del duelo patológico, estableciendo canales de comunicación entre los miembros de la familia.

A pesar de las aportaciones de la psicología a la oncología, la presencia profesional del psicólogo es escasa en la salud pública y privada relacionada con el cáncer y aun existe desconocimiento en el medio sanitario y social del papel del psicólogo en esta área (Cruzado, 2003).

Por esta razón se busca consolidar altos estándares de cuidado psicosocial, incorporando aspectos de calidad de vida; mantener la consistencia en la investigación e incrementar aún más la difusión de información al público (Almaza & Holland, 2000).

Terapia Cognitivo Conductual

Los modelos cognitivo conductuales han tenido mucho éxito en el tratamiento de la depresión, ansiedad, problemas de personalidad, conducta, pareja y también en la psicología de la salud (Beck, 1991). La base de los modelos cognitivo-conductuales suele ser el trabajo de Lazarus y Folkman (1984) sobre los estilos de afrontamiento, ya que han tenido gran influencia en el campo de la psicología de la salud.

Entre múltiples terapias psicológicas la terapia cognitivo-conductual se enfoca en modificar las cogniciones y conductas que tienden a complicar los problemas de salud a través de técnicas que son basadas en la investigación científica (Trull & Phares, 2003). La terapia cognitivo conductual busca corregir los patrones de pensamiento y creencias irracionales desde sus preponderantes clásicos (Goldfried & Goldfried, 1987 citado por Meichenbaum, 1977).

Esta terapia realiza un gran aporte en el campo de la psicología oncológica, debido a que durante la etapa del cáncer es conveniente contar con apoyo emocional que permita mantener una buena calidad de vida, por tal motivo enseñar técnicas de comunicación, reducir los efectos del estrés y autorregular las reacciones emocionales negativas que añaden sufrimiento al paciente con cáncer es de gran importancia en el campo de la psicooncología (Moorey & Greer, 1989).

Dentro de esta terapia existen diversas técnicas que persisten hasta la actualidad con pocas modificaciones e incluyen el establecimiento de destrezas a usarse en situaciones estresantes entre ellas están el entrenamiento en manejo de ansiedad (Suinn & Richardson, 1971), la inoculación de estrés (Meichenbaum & Cameron, 1983) y otras técnicas de autocontrol (Carrobbles, 1985).

La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo conductual, suele ser frecuente hablar de las denominadas terapias de reestructuración cognitiva, dentro de las que se incluyen la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (Bados, 2008).

La Reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, sustituyéndolos por otros más apropiados y reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual padecida. En la RC los pensamientos son considerados hipótesis. Terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

Hipnosis e Hipnoterapia

La Hipnosis comenzó con Franz Anton Mesmer quien intento dar explicación por primera vez a este estado especial de conciencia y lo llamaba magnetismo animal o mesmerismo. La palabra hipnosis fue utilizada por primera vez por un medico ingles llamado James Braid en 1855, quien definió este estado como un estado psicofisiológico en el cual los fenómenos que se presentan son resultado de la acción reciproca entre la mente y el cuerpo. (Téllez, 2007).

La hipnosis es un estado especial de y natural de conciencia que puede ocurrir de forma espontanea o inducida y la hipnoterapia o hipnosis clínica es cualquier tipo de intervención psicoterapéutica que puede ser de orientación cognitivo-conductual, psicoanalítica, ericksoniana entre otras, que se realiza usando la hipnosis como contexto (Rhue et al., 1996).

Para la realización de la Hipnoterapia existen etapas básicas las cuales son necesarias para llevar a cabo una estrategia de intervención clínica con la hipnosis, estas etapas son (Téllez, 2007).

Rapport: se refiere al establecimiento de una relación de comprensión y confianza suficiente entre el terapeuta y el paciente.

Inducción: después del rapport se utiliza esta técnica. Existen diferentes tipos de inducciones, entre ellas las dos grandes de mayor categoría: Técnicas de inducción directas o autoritarias y las indirectas o permisivas.

Profundización: este es el estado de trance hipnótico que facilita que la mente consciente deje por un momento su función, de manera que la mente inconsciente pueda procesar la información con el objetivo de favorecer un cambio a ese nivel.

Intervención terapéutica: la intervención terapéutica dependerá del tipo de problema del paciente y de la orientación teórica del terapeuta.

Sugestiones poshipnoticas: son un tipo especial de sugerencias cuyo objetivo es hacer que una experiencia que la persona tenga en hipnosis, pueda evocarse nuevamente durante el estado de vigilia.

Salida del trance hipnótico: fase en que se despierta del trance hipnótico reorientándolo hacia la vigilia, pueden utilizarse las siguientes sugerencias: “Tómame todo el tiempo que necesites para estar completamente despierto, relajado y tranquilo”, Quiero que despiertes cuando cuente cinco... uno, dos, tres, cuatro...Cinco”, entre otras. Generalmente al salir del trance, las personas presentan una conducta de reorientación que puede manifestarse en estirarse, tocarse el cuerpo, entre otras, lo que es signo de que estuvo en trance (Erickson et al., 1976).

En la hipnosis se utiliza en diversos contextos, prueba de esto es que diversos estudios han reportado que es eficaz en el tratamiento del cáncer, (Montgomery & Schnur, 2004). En el cáncer ha sido usada para el manejo del dolor, la ansiedad causada por procedimientos médicos y para reducir el vómito e hiperémesis de que produce la quimioterapia (Nero & Stephenson, 2007).

Entre algunos de los estudios que se realizan con la utilización de la hipnosis se encuentra el estudio de Lyles, Birish, Krozely y Oldham (1982), en donde se analizó la eficacia de esta terapia en la reducción de las náuseas provocadas por la quimioterapia. Un grupo recibió hipnosis con relajación muscular e imaginación guiada, un segundo grupo no tuvo tratamiento y el tercer grupo estuvo en contacto con un terapeuta. Los resultados indicaron que el grupo de hipnosis tuvo mejor manejo de la ansiedad, náuseas y vómitos menos graves y después del tratamiento con quimioterapia.

CAPITULO III

MÉTODO

El presente estudio pretende realizar una comparación entre la efectividad de dos intervenciones grupales: la intervención cognitivo-conductual y la hipnoterapia en 2 grupos de mujeres con cáncer de mama, con el objetivo de realizar recomendaciones sobre la aplicabilidad de estas intervenciones en mujeres con cáncer.

Para realizar lo anterior se utiliza un diseño cuasiexperimental test-retest con dos grupos experimentales que permitirá comparar los resultados de ambas intervenciones.

El análisis de consistencia interna se evaluó en cada una de las variables mediante el Alfa de Cronbach(α), el análisis de normalidad de las variables se calculo mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, así mismo para la comparación de medias se utilizo el estadístico de Wilcoxon para muestras relacionadas y la U de Mann-Whitney para grupos independientes con una significancia de $p < .05$. Los análisis se realizaron mediante el programa SPSS 17.

Participantes

Los participantes de este estudio están constituidos por 26 mujeres con cáncer de mama de entre 30 y 60 años de edad con un diagnóstico de cáncer de mama no mayor a 2 meses, mexicanas, sin trastorno psiquiátrico ni uso de medicamentos psiquiátricos, libre de apoyo psicológico profesional y asistentes al Hospital Metropolitano de Monterrey.

La edad media de los participantes es de 50.8 años (DT=9.121), en cuanto al estado civil el 69.2% estaba casada, el 11.5% separada, el 7.7% viuda, el 7.7% soltera y el 3.8 es madre soltera. En el nivel socioeconómico un 65.4% es nivel medio, el 30.8% es bajo y el 3.8% es medio-alto. La escolaridad en años es representada en una media de 7.38 años, ajustándose al nivel secundaria incompleta. El 50% tiene una familia nuclear, el 23.1% monoparental simple, el 11.5% compuesta, el 11.5 es mujer sola y el 3.8% es monoparental extensa. El 34.6% trabaja fuera de casa.

Las 26 participantes se distribuyeron en 2 grupos de la siguiente manera:

- **Grupo 1:** 13 mujeres que recibieron la intervención Cognitivo-conductual durante 1 mes.
- **Grupo 2:** 13 mujeres que recibieron la intervención Hipnoterapéutica durante 1 mes.

Debido a que la muestra es no probabilística se procuro mantener la igualdad de condiciones para todos los participantes al momento de aplicar el instrumento.

Criterios de Exclusión:

En relación a los criterios de exclusión que se tendrán para la elección de la muestra se encuentran el ser hombre, tener diagnóstico diferente a cáncer de mama, menores de 30 años y mayores de 60 años, Diagnóstico de cáncer de mama mayor a 6 meses, contar con apoyo psicológico los últimos 6 meses, padecer algún trastorno psiquiátrico, no firmar el consentimiento informado y tener menos de 10 años viviendo en nuevo león.

Instrumentos

Las escalas con las que se evaluarán a los grupos de las mujeres con cáncer de mama fueron seleccionadas considerando sus propiedades de confiabilidad y validez:

- a) Escala de Estrés Percibido: La Escala de Estrés Percibido (*Perceived stress scale, PSS*) fue elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizará la adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$), además de confirmar la estructura factorial de la escala original, utilizando un análisis factorial confirmatorio. La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-.

Invirtiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.

b) Escala de Autoestima: Se aplicará la Escala de Autoestima de Rosenberg (1989) que evalúa el nivel de satisfacción de uno mismo. Esta escala está conformada por 10 reactivos generales, cinco de ellos enunciados en forma positiva (1,3,4,6 y 7) y cinco en forma negativa (2,5,8,9 y 10). Se usará la traducción validada al español de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). La consistencia interna de este instrumento varía entre .84 y .88 (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004; Zimprich, Perren y Hornung, 2005).

c) Optimismo: Se utilizo la Escala LOT-R (Life Orientation Test revisada) de Scheier et al. (1994) en versión española de Otero et al. (1998), Consta de 10 ítems con una escala Likert de 5 puntos; seis ítems miden la dimensión de optimismo disposicional, en tanto que los otros cuatro ítems no se contabilizan y sirven para hacer menos evidente el contenido de la escala. De los seis ítems de contenido, tres están redactados en sentido positivo (dirección de optimismo, 1,4 y 10) y tres en sentido negativo (dirección de pesimismo, 3, 7 y 9). Las puntuaciones de los ítems redactados en sentido negativo se invierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo, cuyo recorrido es de 6 a 30. Perczek et al. (2000)

reportan un alfa de .84 para la versión en inglés y de .79 para la versión en español del LOT-R

- d) Escala de Apoyo Social: el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC, el cual fue elaborado originalmente por Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan (1988). En este estudio se utilizará la versión de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli (1996), la cual tiene un índice de fiabilidad de .92. La puntuación obtenida con la suma del total de los 11 reactivos es un reflejo del apoyo percibido, no necesariamente del real.

Aspectos Éticos:

Esta intervención psicológica procura mantener los principios éticos señalados por la Asociación Americana de Psicología (APA, 1992).

Algunos de los aspectos éticos que se manejan son los siguientes:

- Las personas encargadas de la investigación tienen las capacidades adecuadas y están asesoradas por investigadores del Sistema Nacional de Investigadores.
- Durante la intervención no se realizara ningún acto de discriminación u ofensa a ningún participante.

- La participación en esta intervención psicológica es voluntaria y no se firmara algún documento que obligue por medio legal el iniciar o terminar la presente intervención.
- Los resultados obtenidos de esta intervención o resultados de los instrumentos usados serán de uso exclusivo de los investigadores y en ninguno momento se identificara a alguno de los participantes.
- La parte psicoeducativa en cáncer será revisada por un especialista en Oncológica y no se le harán modificaciones, después de revisada, las posteriores dudas de la información serán consultadas por el mismo especialista.

Procedimiento

Para realizar el presente estudio se realizo la vinculación con el médico del hospital quien a su vez realizo una invitación a sus pacientes con diagnostico de cáncer de mama que cumplían con los criterios de inclusión a una sesión informativa para participar en una investigación. En esta sesión informativa se explico la dinámica de la investigación y se les invito a participar voluntariamente.

Fase de Pre-Evaluación.

Después de explicar el propósito del estudio, las mujeres interesadas que cumplían con los criterios de inclusión firmaron un consentimiento informado

sobre su participación. Después de recolectar los consentimientos informados se continuó con la aplicación de los cuestionarios para evaluar las variables psicológicas en una sesión grupal de 35 minutos, aproximadamente.

Fase de Intervención.

La aplicación de las dos intervenciones psicológicas se llevo a cabo durante 1 mes en tiempos diferentes y por 2 terapeutas distintos, cada uno experto en la intervención señalada.

Grupo 1: Intervención Cognitivo-Conductual

El grupo 1 recibió un total de 7 sesiones grupales de 120 minutos de duración divididas en 4 semanas. Para cada sesión se manejo un orden de actividades el cual fue el siguiente: Relajación progresiva, psicoeducación, técnica, relajación progresiva y visualización. El tema central que se manejo en cada sesión fue profundizado en la psicoeducación y su orden fue: 1. El cáncer, 2. El estrés, 3. El sistema inmune, 4. Pensamientos negativos, 5. Solución a problemas, 6. Entrenamiento en asertividad y 7. Percepción.

Durante la sesión 1 se resolvieron dudas sobre la génesis del cáncer, los tratamientos y el efecto físico y emocional, la información proporcionada fue validada por el oncólogo. En las sesiones siguientes se examinaron los diversos conflictos emocionales que se tienden a suscitar durante el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento, además de proveer de técnicas de origen psicológico para el buen manejo del estrés y las percepciones negativas que

normalmente se perciben en el afrontamiento de esta enfermedad.

Durante toda la intervención psicológica los participantes analizarán el procesamiento de información errónea que en ocasiones se llega a tener en torno al cáncer para prepararlas para las posibles situaciones que se estén presentando o se vayan a presentar en el futuro que puedan llegar a generarles algún estado emocional que afecte su vida cotidiana y su adherimiento al tratamiento.

Las principales técnicas psicológicas que se utilizan son: la relajación progresiva, psicoeducación, manejo del estrés, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, resolución de problemas, visualizaciones enfocadas principalmente en el optimismo, autoestima y el apoyo social, entrenamiento en asertividad e imaginación guiada.

Grupo 2: Intervención Hipnoterapéutica.

Las 13 mujeres de este grupo recibieron 12 sesiones de 90 minutos durante 4 semanas. Desarrollando 3 sesiones por semana orientada a fortalecer la autoestima, la sanación mente-cuerpo y el optimismo a través de una expectativa positiva del futuro, así como la imaginación guiada y la relajación.

El orden de actividades en cada sesión será realizando una breve bienvenida a las participantes, seguido por información psicoeducativa, ejercicios hipnóticos, un receso, una técnica de fortalecimiento del sistema inmune y otra para

fortalecer el optimismo, autoestima, apoyo social o disminuir la sesión según sea el caso, además de la asignación de tareas.

Durante cada sesión se realizarán ejercicios hipnóticos diferentes de una duración variable de 15 a 25 minutos enfocados en aumentar el autoestima, el optimismo, el apoyo social, la calidad de vida y disminuir el estrés y los pensamientos negativos. Al final de cada ejercicio hipnótico se realiza una retroalimentación del ejercicio y los pensamientos generados por las metáforas, así mismo, se solicita a cada participante lo escriba en una hoja de papel.

Para el desarrollo de las tareas asignadas después de cada sesión se le proporciona a cada participante un mp3 con las grabaciones del ejercicio hipnótico realizado con el objetivo de que lo escuche diariamente hasta el día de la siguiente sesión.

Fase de Pos-Evaluación.

En esta siguiente fase se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos a las participantes de ambos estudios de la misma manera que en la pre-evaluación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El objetivo del presente apartado es presentar los resultados principales obtenidos de las variables de estrés percibido, autoestima, optimismo y apoyo social en dos grupos de mujeres con cáncer al utilizando dos modelos de intervención psicológica: Cognitivo conductual e Hipnoterapia.

A continuación se presenta el análisis de normalidad y consistencia interna, continuando con la comparación de medias intragrupal en el pre-test y post-test de cada intervención a través de la prueba de Wilcoxon y finalizamos con la comparación intergrupala con la prueba U de Mann Whitney para grupos independientes a partir de una significancia de $p < .05$.

Análisis de consistencia interna y normalidad

En el análisis de consistencia interna a través del Alfa de Cronbach se encuentra que en el pre y postest solo el apoyo social (.936 y .897) y el estrés percibido (.766 y .853) presentan una consistencia interna aceptable, mientras las demás variables presentan nivel bajo de consistencia interna.(ver tabla 1).

Para analizar la normalidad se utilizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, encontrándose en la primera que los datos de las variables estrés, autoestima, optimismo y apoyo social en el pretest y postest se ajustan a la curva normal, mientras que en Shapiro-Wilk existen diferencias significativas

en la variable de apoyo social ($p=.007$) en el pretest y optimismo ($p=.013$) en el posttest (ver tabla 1).

Tabla 1. Análisis de consistencia interna y normalidad de las variables estrés, autoestima, optimismo y apoyo social.

T	Variable	N°	Media	DT	Alfa de Cronbach		Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk		
					N°Item	Alfa	Z	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Pre	Estrés Percibido	26	28.153	7.831	14	.766	.356	1.000	.981	26	.886
Pre	Autoestima	26	29.615	3.868	10	.599	1.182	.122	.943	26	.161
Pre	Optimismo	26	19.884	2.875	10	.435	.670	.760	.977	26	.796
Pre	Apoyo Social	26	41.269	10.945	11	.936	.970	.303	.883	26	.007*
Post	Estrés Percibido	26	18.538	8.626	14	.853	.590	.877	.970	26	.625
Post	Autoestima	26	33.038	3.364	10	.649	.559	.914	.982	26	.912*
Post	Optimismo	26	22.615	3.250	10	.556	.598	.867	.896	26	.013*
Post	Apoyo Social	26	45.346	7.807	11	.897	.820	.512	.972	26	.659

Comparación Pre-Post Test Intervención Cognitivo Conductual.

Estrés Percibido:

Los resultados de la escala de estrés percibido muestran una disminución en función de sus puntajes, pre-test $x= 29.461$ ($DT= 6.050$) y en el post-test $x=17.230$ ($DT= 5.875$). El análisis de diferencias se realizó a partir de la prueba de Wilcoxon, así mismo los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($z= -2.938$ $p=.003$) (Ver tabla 2).

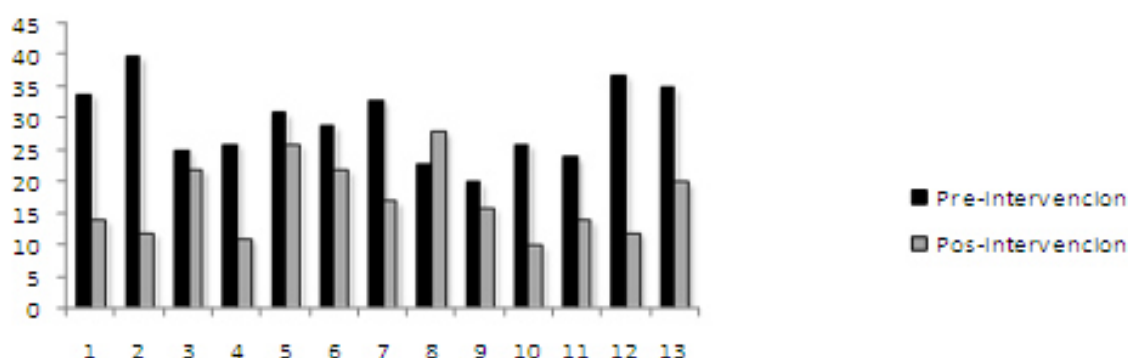
Tabla 2. Descripción de la Escala de Estrés

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	29.461	29.00	6.050	20.00	20.00	40.00	$z=-2.938$
Postest	13	17.230	16.00	5.875	18.00	10.00	28.00	$p=.003*$

*Significativo a nivel de .05

La figura 1, muestra los puntajes de frecuencia de manera individual en relación a la medición test-retest del grupo experimental, en donde una mayor puntuación corresponde a un mayor nivel de estrés. El puntaje máximo que se puede alcanzar en esta escala es de 56. La mayor puntuación encontrada en el pre-test con un valor de 40, en el post-test disminuyo a 14.

Figura 1. Escala de Estrés Percibido



Autoestima:

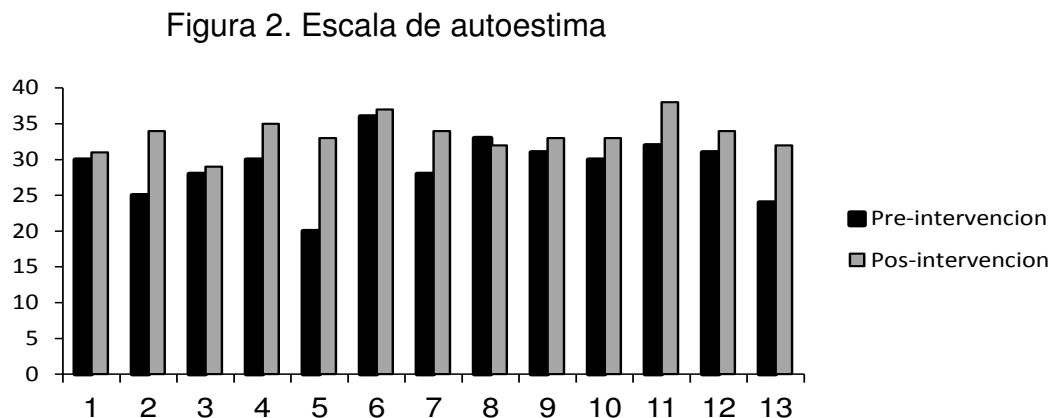
En la tabla 3 la escala de autoestima de Rosenberg señala una diferencia de medias significativa de acuerdo con la prueba de Wilcoxon ($z=-3.016$, $p= .003$), encontrando en el pretest $x= 29.076$ ($DT= 4.172$), mientras que en el pos-test se refleja un aumento a $x= 33.461$ ($DT= 2.366$).

Tabla 3. Descripción de la Escala de Autoestima

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	29.076	30.00	4.172	16.00	20.00	36.00	Z=-3.016
Postest	13	33.461	33.00	2.366	9.00	29.00	38.00	P= .003*

*Significativo a nivel de .05

La comparación del test-retest de autoestima es mostrada a manera individual en la figura 2. Las la distribución de las puntuaciones están en función de a mayor puntaje mayor autoestima, observando un aumento en la mayoría de los participantes.



Optimismo:

Respecto a los resultados de la escala de optimismo, se encontró que en la pre-evaluación se obtuvo una media de 18.692 (DT = 2.529) y en el post-evaluación una media de 22.461 (DT = 2.817). Para la comparación del test-retest, se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon, en base al análisis se encuentran diferencias significativas respecto a sus medias ($z=-2.979$ $p=.003$) (Ver tabla 4).

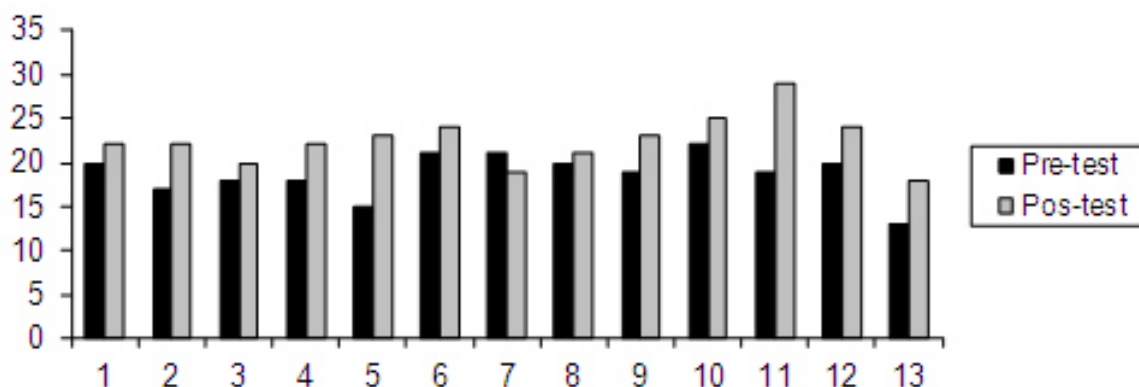
Tabla 4. Descripción de la Escala de Optimismo

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	18.692	19	2.529	9	13	22	$z=-2.979$
Posttest	13	22.461	22	2.817	11	18	29	$p= .003$

*Significativo a nivel de .05

En la distribución de frecuencias, se observa un aumento positivo en la mayoría de las pacientes posterior a la intervención. Solo uno de los casos presenta una reducción en sus puntajes posterior a la intervención, lo que nos indica que el optimismo, fue contrario a lo reportado en la mayoría de la muestra (Ver figura 3).

Figura 3. Puntajes obtenidos antes y después de la escala de optimismo



Apoyo Social Percibido:

En la evaluación de la variable apoyo social se encontró reportada una media de $x=39.461$ ($DT= 11.529$) en el pre-test, mientras que en la evaluación post-test se observó una media $x=$ de 45.615 ($DT= 7.762$), encontrando diferencias significativas de acuerdo a la prueba de Wilcoxon ($z= -2.245$, $p= .025$)

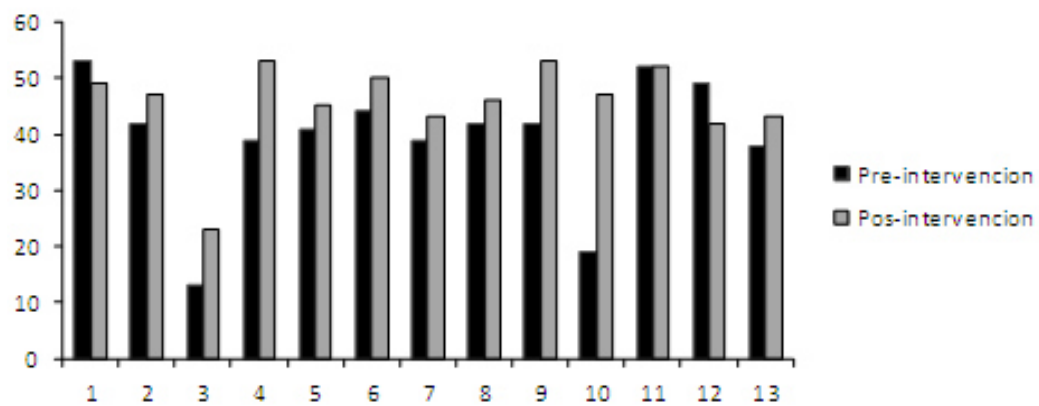
Tabla 5. Descripción de la Escala de Apoyo Social

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	39.461	42.000	11.529	40.000	13.000	53.000	$z=-2.245$
Postest	13	45.615	47.000	7.762	30.000	23.000	53.000	$p= .025^*$

*Significativo a nivel de .05

En relación a los cambios individuales de los participantes se reporta un aumento en el apoyo social percibido de la mayoría de las participantes, con excepción de 3 casos en los cuales existe una disminución pobre o nula (Ver figura 4).

Figura 4. Escala de apoyo social



Comparaciones Pre-Post Intervención Con Hipnoterapia.

Estrés Percibido:

En la escala de estrés de este grupo nos señala que existe una diferencias de medias entre los resultados del pre-test $x = 26.846$ (9.352) y el pos-test $x = 19.846$ (DT= 10.807). Al realizar un análisis de diferencias con el estadístico de Wilcoxon se encuentra que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($z = -2.063$ $p = .039$) (ver tabla 6)

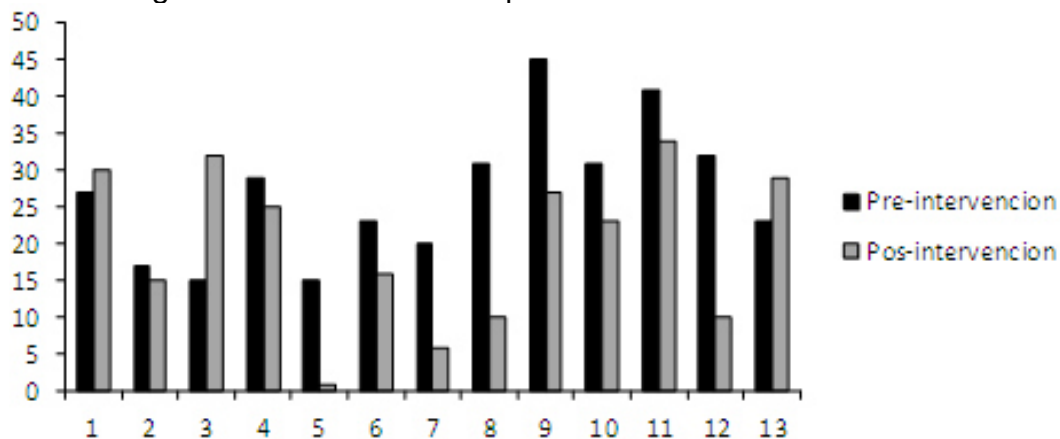
Tabla 6. Descripción de la Escala de Estrés

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	26.846	27.00	9.352	30.00	15.00	45.00	$Z = -2.063$
Postest	13	19.846	23.00	10.807	33.00	1.00	34.00	$p = .039^*$

*Significativo a nivel de .05

En la siguiente figura se muestran los puntajes individuales en el test-retest, en donde el puntaje máximo fue encontrado en el pre-test con un valor de 40, disminuyendo en el pos-test a 25.

Figura 5. Escala de estrés percibido.



Autoestima:

La escala de autoestima muestra una media de $x = 30.153$ ($DT = 3.625$) en el pretest, mientras que en el postest $x = 32.615$ ($DT = 4.194$). Realizando el análisis de medias a través de la prueba de Wilcoxon encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas al encontrar $p > .05$ ($z = -1.811$, $p = .070$).

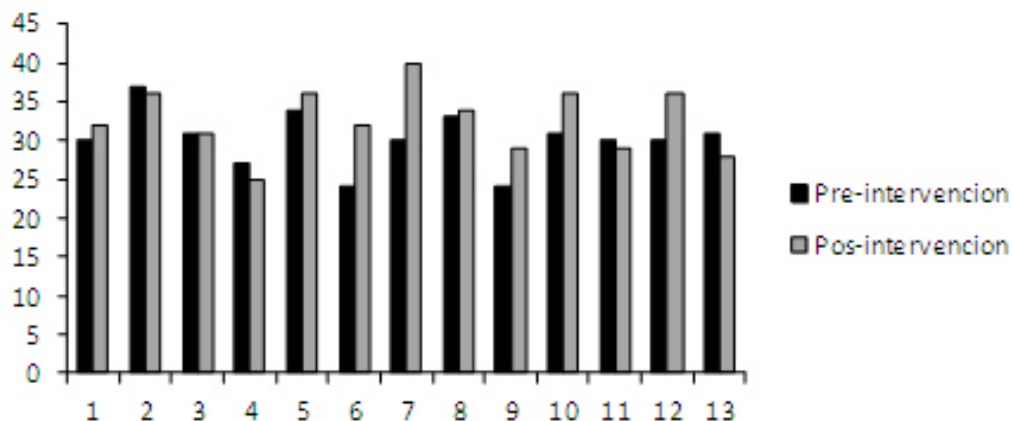
Tabla 7. Descripción de la Escala de Autoestima

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	30.153	30.00	3.625	13.00	24.00	37.00	$Z = -1.811$
Postest	13	32.615	32.00	4.194	15.00	25.00	40.00	$P = .070$

*Significativo a nivel de .05

Al comparar las frecuencias de los puntajes de autoestima en el test-retest se observa que a nivel individual existe un aumento en relación a la autoestima en 8 de las 13 participantes, mientras que en 4 disminuyó y 1 se mantuvo (ver figura 6).

Figura 6. Escala de autoestima



Optimismo:

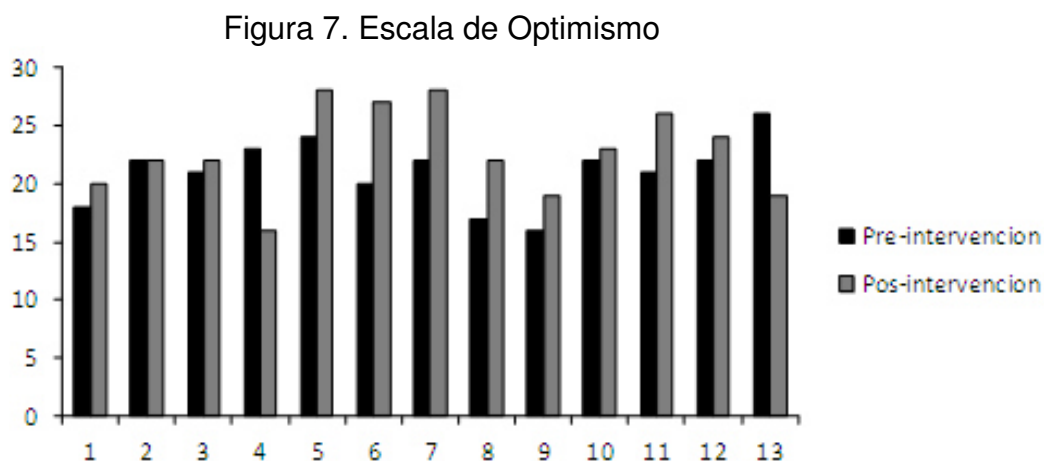
En la comparación de los resultados de la escala de optimismo en el test-retest se encontró una media $x= 21.07$ (DT= 2.782), mientras que en el postest $x=22.76$ (DT= 3.74). La prueba de Wilcoxon señala que en el análisis de comparación existe una diferencia de medias no significativa a $p<.05$ ($z=-1.337$, $p=.181$).

Tabla 8. Descripción de la Escala de Optimismo

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	21.076	22.00	2.782	10.00	16.00	26.00	Z=-1.337
Postest	13	22.769	22.00	3.745	12.00	16.00	28.00	P=.181

*Significativo a nivel de .05

En el análisis individual de la escala de optimismo la mayoría de los participantes presenta un aumento en el nivel de optimismo dispocional, con excepción de dos casos en donde bajo considerablemente y se mantuvo. (ver figura 7)



Apoyo social percibido:

La escala de apoyo social presenta una media de $x = 43.076$ ($DT = 10.467$) en el pretest y en el postest $x = 45.076$ ($DT = 8.159$). A pesar de existir un aumento de medias en el test-retest, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas al utilizar la prueba de Wilcoxon en un nivel de significancia de $p < .05$ ($z = -.315$ $p = .753$) (ver tabla 9).

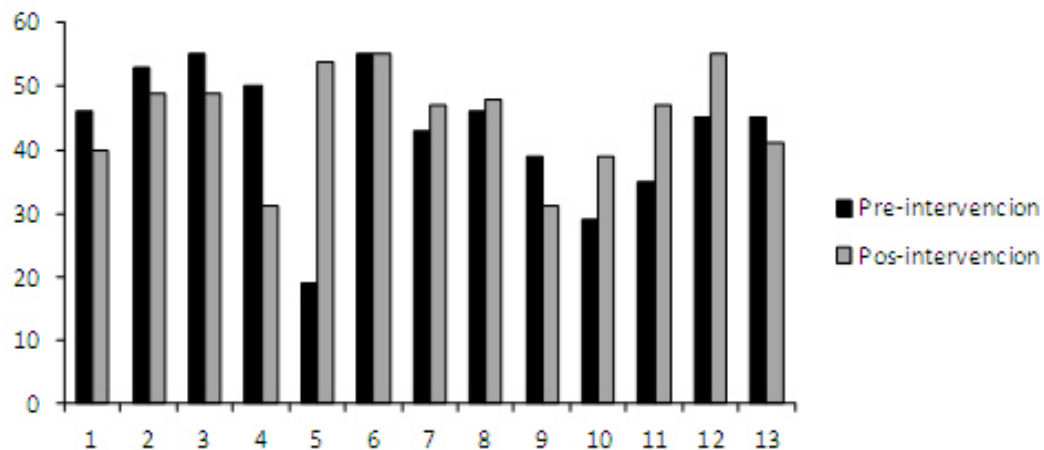
Tabla 9. Descripción de la Escala de Apoyo Social Percibido

	Sujetos	Media	Mediana	DT	Rango	Mínimo	Máximo	Wilcoxon
Pretest	13	43.076	45.00	10.467	36.00	19.00	55.00	$z = -.315$
Postest	13	45.076	47.00	8.159	24.00	31.00	55.00	$p = .753$

*Significativo a nivel de .05

En la figura 8 se observa la distribución de frecuencias en el test-retest, siendo notorio el participante 5 que presenta un aumento considerable en el puntaje de apoyo social, comenzando en 19 en el pretest, hasta el 54 en el postest. La escala de apoyo social percibido señala que a mayor puntaje mayor apoyo social percibido.

Figura 8. Escala de Apoyo Social



Análisis Diferencial de la Efectividad de las Intervenciones.

Para la evaluación de la efectividad de las intervenciones se considero la comparación de medias pre-test y pos-test en ambos grupos. La comparación de medias se efectuó mediante la prueba estadística U de Mann Whitney. A continuación se presentan inicialmente los resultados obtenidos en el pretest y se continúa con el postest. En la tabla 10 se muestran en contrastación las medias obtenidas en el pretest del grupo del programa cognitivo conductual y la hipnoterapia.

Tabla 10. Análisis Diferencial de Grupos Pretest U de Mann-Whitney

Variable	Cognitivo conductual		Hipnosis		U de Mann Whitney	
	Media	DT	Media	DT.	Z	P
Estrés percibido	29.461	6.050	26.846	9.352	-1.002	.316
Autoestima	29.076	4.172	30.153	3.625	-.572	.567
Optimismo	18.692	2.529	21.076	2.782	-2.249	.025*
Apoyo Social	39.461	11.529	43.076	10.467	-1.208	.227

*Significativo a nivel de .05

A partir de esta tabla, podemos observar que en el pretest las medias de los grupos de intervención son similares, no encontrándose niveles patológicos de las variables, con excepción de la variable de optimismo que de acuerdo a la prueba U de Mann Whitney presenta una diferencia significativa ($p < .05$). En concreto las participantes del grupo de hipnoterapia son más optimistas en el pretest, de acuerdo con la escala Lot-R (Otero, Luengo, Romero, Gómez & Castro, 1988). La diferencia en la variable optimismo puede representar un efecto ilusorio en el postest.

En la tabla 11 se muestra los resultados de contrastación de las medias de ambos grupos de intervención en el postest utilizando el estadístico U de Mann Whitney, las diferencias significativas están a nivel de $p > 0.05$.

Tabla 11. Análisis Diferencial de Grupos Postest U de Mann-Whitney

Variable	Cognitivo conductual		Hipnosis		U de Mann Whitney	
	Media	DT	Media	DT.	Z	P
Estrés percibido	19.769	4.437	19.846	10.807	-0.770	0.441
Autoestima	33.461	2.366	32.615	4.194	-0.542	0.588
Optimismo	22.461	2.817	22.769	3.745	-0.181	0.856
Apoyo Social	45.615	7.762	45.076	8.159	-0.077	0.938

*Significativo a nivel de .05

En la tabla precedente puede apreciarse que en la contrastación del postest, ninguna de las medias de ambas intervenciones ha resultado estadísticamente significativa de acuerdo con la prueba U de Mann Whitney. Por lo tanto se concluye que a pesar de existir diferencias significativas en la variable de optimismo (.025) en el pretest, los resultados encontrados después de la aplicación de intervención cognitivo conductual y la hipnoterapia en grupos independientes no revelan diferencias significativas.

CAPITULO V

Discusión

Los resultados de la intervención cognitivo conductual e intervención hipnótica se revisaron en el capítulo anterior, realizando primer el análisis test-retest de la intervención cognitivo conductual, enseguida se analizaron los grupos de la intervención con hipnoterapia y finalmente el análisis diferencial de ambas intervenciones. Para su discusión seguiremos el mismo orden.

Intervención Cognitivo conductual

Al comparar el test-retest de los grupos de la intervención cognitivo conductual llama la atención que en el retest la variables estrés presenta una disminución significativa, mientras que el autoestima, optimismo y apoyo social presentan también un aumento significativo (ver tabla 1, 2, 3 y 4), resultados similares se encontraron en estudios realizados por Canales (2011), Manne, Girasek y Ambrosino (1994) y Forester, Kornfeld, Fleiss (1993) quienes realizaron intervenciones psicológicas en cáncer y otras enfermedades crónicas, reportando mejorías en la disminución del estrés y aumento de las demás variables.

En relación a la diferencia significativa de las variables de intervención, es importante señalar que en el pretest de las escalas, se presento un nivel patológico marginal en la variable estrés percibido acuerdo con el punto de corte que establece Moral, González y Landero (2012), mientras que en las

variables de autoestima, optimismo y apoyo social existen niveles no patológicos en relación a los puntos de corte establecidos en otros estudios (Rincón, 2003; Morales, Arenas y Reig-Ferrer et al. 2011; Ruiz, de Labru, Delgado, Herrero, Muñoz, Pasquau et al. 2005). A pesar de que en el presente grupo se reportan niveles altos de estrés y aparentemente existe una normalidad en relación a las demás variables, la intervención realizó una mejora significativa en todas las variables, lo cual señalamos como positivo debido a que otros autores reportan que la disminución del estrés (Cockerham, 2001; Molina, Gutierrez, Hernández y Contreras, 2008), fortalecimiento de la autoestima (Fernandes & Kimura, 2010), el optimismo (Mera & Ortiz, 2012) y el apoyo social (Zapata & Grisales, 2010) representan una mejor calidad de vida en el paciente con cáncer.

Intervención con Hipnoterapia

El análisis de la intervención hipnótica presentó una disminución en el grado de estrés percibido y aumento de las variables optimismo, autoestima y apoyo social percibido, sin embargo solo en la variable de estrés existió un cambio significativo. Es importante señalar que en la medición pretest los participantes presentaron niveles no patológicos en las variables evaluadas ((Moral, González y Landero, 2012)(Rincón, 2003) (Morales, Arenas & Reig-Ferrer et al. 2011)(Ruiz, de Labru, Delgado, Herrero, Muñoz, Pasquau et al. 2005)), debido a esto los resultados parecen no tener una diferencia de medias suficiente alta para ser significativos al nivel $p < .05$.

Para mostrar la efectividad de esta intervención era importante contar con un grupo control, el cual no se obtuvo, con quien contrastar el test-retest mediante la prueba U de Mann Whitney, debido a que el grupo que recibió esta intervención contaba en el pretest con niveles normales en las variables evaluadas, no obstante, a manera de experimentación se realizó la comparación de medias entre el pretest y el posttest entre los grupos de intervención cognitivo conductual e hipnoterapia, encontrando de acuerdo a las medias en el pretest, que las participantes del grupo de intervención cognitivo conductual resultan tener un mayor nivel de estrés y menores niveles de autoestima, optimismo y apoyo social, respecto a lo que deducimos que debido a que el grupo de hipnoterapia no inicio la intervención con niveles altos de estrés ni bajos de las demás variables resulta ser más improbable el que se cuente con un cambio significativo en el posttest al realizar la prueba de Wilcoxon.

Análisis Diferencial de Grupos de Intervención

Para realizar el análisis diferencial entre la intervención cognitivo conductual y la intervención con hipnoterapia, es importante señalar que existen diferentes intervenciones psicológicas que varían su número de sesiones y duración entre ellas están Font y Rodríguez (2004) que incorpora 4 módulos durante 20 sesiones y el programa de intervención psicológica de la Dra. Lugo (Lugo, Alizo, Martínez & Sojo, 2006), durante 5 días. En nuestro estudio la primera intervención cuenta solo con 7 sesiones de 120 minutos mientras que la hipnoterapia con 12 sesiones de 90 minutos. A manera crítica pareciera ser que

la intervención cognitiva conductual podría estar en desventaja frente al número de sesiones de la hipnoterapia, sin embargo el total de frecuencia de sesiones durante 1 mes de cada intervención esta echo a conveniencia de cada una, debido a que al realizar un manejo psicoterapéutico en mujeres recién diagnosticadas con cáncer debe tener en cuenta la asimilación de las técnicas utilizadas además del inicio de los tratamientos médicos, por ende mientras que en la hipnoterapia un mayor número de sesiones y seguimientos de esta técnica suele ser ideal, en la terapia cognitivo conductual se realiza una serie de pausas entre sesiones con el objetivo de que el participante tenga la oportunidad de experimentar, observar el cambio de percepción y poner en marcha una reestructuración del pensamiento enfocada hacia lo asertivo. Señalamos de manera importante que la intervencion cognitivo conductual esta enfocada principalmente en el manejo del estrés y en segundo plano el autoestima, optimismo y el apoyo social, mientras que la intervencion hipnotica además de presentar los mismos objetivos que la cognitiva, presenta un enfoque extra que es la mejora del sistema inmunológico, por lo anterior en este estudio se evalúan las variables compartidas, dejando sin evaluación la variable extra de la intervención hipnótica.

En relación a los niveles de las variables evaluadas en los 26 participantes se encuentra que en el pretest no existen niveles patológicos en estrés, autoestima, optimismo y apoyo social, lo cual puede llegar a poner en duda la eficacia de las intervenciones realizadas en esta investigación, por otro lado, debido a que las participantes presentaban un reciente diagnostico la mayoría

de ellas aun no comenzaban su tratamiento, por lo tanto, no se habían visto expuestas a los efectos nocivos de este. A demás, diversos estudios señalan que entre más fortaleza exista en estas variables de este estudio, mejor calidad de vida se presenta durante el cáncer (Cockerham, 2001; Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008; Fernández & Kimura, 2010; Mera & Ortiz, 2012; Zapata & Grisales, 2010).

El análisis diferencial entre las intervenciones nos mostro a través de la prueba U de Mann Whitney que antes de iniciar las intervenciones ambos grupos son similares en sus niveles de estrés, autoestima y apoyo social percibido. En la variable de optimismo no se observa lo mismo, ya que resulta que las participantes del grupo de hipnoterapia son significativamente más optimistas, debido a esto, existen probabilidades de que en la variable optimismo no existan diferencias significativas en el test-retest del grupo de hipnoterapia, lo cual sucedió.

En la comparación del retest de estas intervenciones no existieron diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas, dicho esto, se puede concluir que al aplicar la intervención cognitivo conductual y la hipnoterapia los resultados son similares.

Una vez concluido que ambas intervenciones psicológicas han llegado a resultados similares, hay que resaltar que a pesar de que en la mayoría de los participantes tienen mejoras en sus niveles de estrés, autoestima, optimismo y

apoyo social, existen participantes en los cuales el grado de algunas variables no disminuyeron, tal es el caso de la participante numero 8 (Ver Figura 1) que reporto un aumento en de estrés percibió, el cual posiblemente tuvo como causa, una cita a la que asistió con su Medico Oncologo días antes de terminar la intervención.

En esta cita su oncólogo reviso el resultado de algunos análisis clínicos de la paciente que había pedido con anterioridad, al momento en que los revisaba la paciente reporta que el médico realizaba una serie de gestos de insatisfacción con los resultados, a la par movía la cabeza de un lado a otro, finalmente el médico le cometo que continuara con el tratamiento y que en algunas semanas asistiera nuevamente, la paciente consternada volvió a preguntar, encontrando como respuesta del medico un “no estoy seguro, en un mes vemos”. Al final de la cita médica la participante comenta haberse sentido muy ansiosa, estresada, nerviosa y con miedo. Tal como es señalado la percepción, comunicación de noticias negativas o eventos aversivos pueden llegar a afectar directamente el nivel de estrés percibido, generar ansiedad y desarrollar miedos hacia futuros inciertos.

La situación aquí planteada puede ser uno de los factores por los cuales existen casos en donde las puntuaciones de estrés aumentan, por causas ajenas al tratamiento, debido a que esto puede ser controlado con un mejor manejo medico.

A lo largo de este estudio se han señalado las correlaciones existentes entre las intervenciones psicológicas comparadas y se han mostrado los resultados, por lo tanto hay que considerar que durante el curso del estudio existieron diversas limitaciones, las cuales pueden disminuir los alcances del mismo, entre ellos se encuentra la dificultad para obtener una participación en el estudio que soporte el contar con un grupo control y la aleatorización de los participantes en los grupos, el inicio de tratamiento y cirugía, además de la imposibilidad de generalizar los resultados a otras enfermedades crónicas o tipos de cáncer diferentes al de mama.

Entre las limitaciones técnicas encontramos que, a pesar de que cada tipo de intervención señala la cantidad de sesiones que se requieren para cumplir sus objetivos, los resultados pueden verse afectados por la atención constante y presencial, además de la diferencia en el número de técnicas utilizadas. Por último hay que señalar que los resultados pueden verse afectados por las características del terapeuta, entre ellas el ser muy activo o directivo.

Conclusiones

La comparación entre intervenciones psicológicas realizada en este estudio tuvo el objetivo de ver las diferencias en cuanto a los resultados obtenidos de la escala de estrés percibido, autoestima, optimismo disposicional y apoyo social percibido.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las dos intervenciones mostraron ser efectivas en la disminución del estrés, mientras que en las demás variables existieron diferencias entre los grupos de intervención de personas con cáncer de mama.

Las conclusiones que se destacan en nuestro trabajo son las siguientes:

1. La terapia cognitivo conductual es eficaz en la disminución del estrés, aumento de la autoestima, optimismo y apoyo social en mujeres con cáncer de mama.
2. La Hipnoterapia logro disminuir el estrés en las mujeres con cáncer de mama, mientras que en la autoestima, optimismo y apoyo social la falta de significancia estadística indica que el efecto es muy limitado.
3. El número de sesiones en una intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama es dado por el enfoque teórico por el cual es

representada la intervención que se aplicara, sin embargo puede llegar a haber afectado el resultado del presente estudio debido a la posible percepción de apoyo social entre iguales.

4. Desde el inicio del tratamiento en cáncer de mama un paciente se encuentra con noticias que pueden interferir en sus niveles de estrés percibido, autoestima, optimismo y apoyo social percibido.
5. En futuras comparaciones que se realicen entre intervenciones cognitivo conductuales e Hipnoterapia sería interesante contar con dos grupos control: uno con cáncer y otro sin cáncer con el objetivo de evaluar el grado de cambio.
6. Las intervenciones psicológicas presentaron objetivos similares, sin embargo la hipnótica presento un objetivo extra que es la mejora del sistema inmunológico, a pesar de que este objetivo es propio de la intervención y no de este estudio, se considera que de igual manera es una variable que puede haber afectado los resultados finales.

Recomendaciones:

1. Es recomendable utilizar test validados con pacientes oncológicos en población Mexicana.
2. Se recomienda que en próximos estudios el inicio de la intervención psicológica este a la par del tratamiento médico.
3. Se sugiere que para estudios posteriores se utilice una técnica de reestructuración cognitiva en combinación con la hipnosis.
4. El utilizar intervenciones con la mayor homogeneidad aumenta la validez de los resultados.
5. En estudios similares es recomendable que un mismo terapeuta realice la aplicación de ambas intervenciones, para disminuir efectos empáticos del terapeuta.
6. Realizar un manual del terapeuta, en donde se mencionen detalles sobre el comportamiento, para aumentar la similitud.
7. Al realizar las intervenciones es importante dividir las sesión en lapsos temporales homogéneos.
8. La utilización de material didáctico así como la incorporación de hojas de evaluación diaria podrían ser incluidas en cada sesión.
9. Contar con la colaboración directa de un médico oncólogo aumenta la probabilidad de un estudio con variables mejor controladas.
10. En relación a la terapia cognitivo conductual es imprescindible contar con psicoeducación del cáncer.

ANEXOS

ANEXO 1

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Elaborada por: Miguel Angel Gutiérrez Barrón

Cuadro 1. Intervención Psicológica Aplicada

N°	Tema	Técnicas					Visualización
		1	2	3	4	5	
1	EL CANCER	RP	PC	RE L	V		¿Cómo quiero ser o estar después de la intervención?
2	Estrés	RP	PC	ME	REL	V	Sistema inmune fortificado
3	Sistema inmune.	RP	PSI	ME	REL	V	Luchando contra el cáncer.
4	Pensamientos Negativos.	RP	IR	TRE	REL	V	Un ejercicio final de detención del pensamiento usando la visualización.
5	Solución a problemas.	RP	PP	REP	REL	V	Se dirigieron los pasos de la solución a problemas sin usar una situación específica.
6	Entrenamiento en asertividad.	RP	PA	EAE	REL	V	Se realizó un ejercicio de visualización y se les instruyo sobre las técnicas que puede utilizar durante la visualización de una situación pasiva o agresiva.
7	Percepción y cierre.	RP	REL	V			Se desarrollo la visualización de la línea de vida en la que se revisaran los momentos vitales en la vida personal pasados, se revisara el presente y se formaran metas futuras a corto, mediano y largo plazo.

RP= Relajación progresiva PC= Psicoeducación en Cáncer IR=Psicoeducacion en Ideas Irracionales PSI= Picoeducacion en Sistema Inmune ME = Manejo del Estrés
PP= Psicoeducacion en Problemas TRE= Terapia Racional Emotiva
REP= Resolución de Problemas REL= Relajación V= Visualización
EAE= Entren.Asertividad Ellis PA= Psicoeducacion en Asertividad

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO ESCRITO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE
MAMA: HIPNOSIS Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

Se le ha pedido participar en un proyecto de investigación donde que tiene como objetivo evaluar los efectos de 2 intervenciones psicológicas: Terapia cognitivo Conductual e Hipnosis.

Su participación en la investigación consiste en responder unos cuestionarios y algunos datos generales acerca de usted y de su enfermedad, además de la presencia en alguna de las intervención psicológicas que se realizaran, esta sesión de evaluación tiene una duración aproximada de 25 minutos, y la intervención psicológica se realizara 2 veces por semana durante 4 semanas con una duración de 120 minutos en cada sesión, o 3 veces por semana durante 4 semanas con una duración de 90 minutos de acuerdo a terapia.

Toda la información que proporcione en los cuestionarios será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos como paciente. Si publicamos los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no la identificaremos de manera alguna. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica o psicológica que reciba en este momento o en el futuro. Le agradecemos de antemano su tiempo y disponibilidad.

Antes de responder sí o no y firmar, ante cualquier duda puede preguntarles a los participantes o responsables que le han entregado esta hoja. Si aún tiene dudas puede pedir una cita con el responsable del proyecto, Lic. Miguel Angel Gutiérrez Barrón. En la dirección es Carlos Canseco s/n, Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud. 1ª planta, Col. Mitras Centro. C.P. 646460. Monterrey, NL., México. E-mail:miguelgutierrez_mty@hotmail.com. Tel. 13404370, extensión 1768.

He comprendido claramente la información, qué se espera de mí y conozco mis derechos.

Sí () No ()

Estoy conforme en participar en el proyecto de investigación Sí () No ()

Firma del paciente:

Firma del responsable del proyecto:
Dr. René Landero Hernández

Testigo 1

Testigo 2

Monterrey, N. L. Mayo de 2013

ccp: archivo del proyecto

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C. J. M., Kaasa, S., Klee, M. C., Osaba, D., Rezavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K. C. A., Sullivan, M., Takeda, F. (1993). The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Aguayo, G., Jimenez, L. M., Celis, A. & Canales, J. L. (2008). Mortalidad por Cáncer de Mama: Tendencia y Distribución Geográfica, 1981-2001. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 46, 367-374.
- Almanza M, J. & Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 43(3), 196-206.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Arbizu J.P. (2000) Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Servicio de Oncología. Hospital de Navarra. Pamplona. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 24, suplemento 1.
- Bados, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En F.J. Labrador (Coor.), Técnicas de modificación de conducta. pp. 517-533. Madrid: Pirámide.
- Barra, C., Hidalgo, M., Muñoz, C., Reyes, P. & Ubilla, P. (2008). *Vivencia del diagnóstico y tratamiento en mujeres con cáncer de mama y su relación con el autoconcepto*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad San Sebastián, Chile.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and emotion: a practical guide to psycho-oncology*. England: Wiley.
- Barrera, M. Jr. (1980). A method of assessment of social support networks in community survey research. *Connection* 3, 8-13.
- Barrera, M. y Ainlay, S.L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 1, 133-143.
- Baum, A., & Andersen, B. L. (2001). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, D.C: American Psychological Association
- Bayes, R. (1990). *Influencia de los factores psicológicos en la longitud de vida de los enfermos oncológicos*. (Ed), *Psicología Oncológica*: 182-184. : Ediciones Martínez Roca.
- Begg, Merino, Lisa. Morbidity and the quality of life in clients with breast cancer. *Cancer Nursing*. California. C. W. Mosby Co. 1981; 488-506
- Bell, C. J., Ziner, K. W. & Champion, V. L. (2009). Death worries and quality of life in younger breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 31(8), 1076-1077.
- Bellón, J., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18: 153-63.
- Berkow R. y Fletcher A. J. (1989). *Manual Merck*, Octava Edición. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of life-indices. *Diagnostica*, 53(2), 83-96.
- BRAMSON, L., SELIGMAN, M. & TEASDALE, J. (1978). "Learned Helplessness in humans: critique and reformulation". *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.
- Brandan, M. & Villaseñor, Y. (2006). Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México. *Revista Cancerología*, 27 (3): 147-162.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F.V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*; 26: 709-23.
- Camelo, S. (2005). Psiconeuroinmunología: Breve Panorámica. *Diversitas*, 1 (2), 148-160.

- Canales, L. (2009). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UANL
- Cancerquest. (2009). Una introducción a los tratamientos del cáncer. Emory University 2008. Revisado 2 de Mayo de 2011 en: <http://www.cancerquest.org/index.cfm?page=183&lang=spanish>
- Carrobbles, J. A. (1985). El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones. En J. A. Carrobbles (Ed.), *Análisis y Modificación de conducta II* (77-108). Madrid: UNED.
- Cervantes, G. (2001). Cáncer de mama y su Problemática Mundial. *Boletín de la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos*, 17 (2): 25-42. Disponible en: www.smeo.org.mx/boletin.html.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
- Cockerham, W. C. (2001). *Handbook of medical sociology*. New York: Prentice Hall.
- Cohen, E, Bernhar, J. & Gillies, W. M. (1999) "How does radiation kill cells?". Current Opinion in Chemical Biology. 3(1): 77-83.*
- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 59: 87-94.
- Cotran R. S. Robbins S. L, & Kumar V.(1999). *Patología Estructural y Funciona.*, Mc-Graw Hill, 6a ed.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 10(1), 9-19.
- Die, T. (2004). Jimmie Holland. *Psicooncología*. (1) 1: 185-186.
- Durá, E. & Hernández, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín de Psicología*,(78), 21-39
- Ellis. A. & Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional-emotiva*. 9ª ed.: Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Erickson, M. H. et al., *Hipnotic realities*, Irvington, Nueva York, 1976
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W. y Wheeler, G. (1996). A posthoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: an analysis of data from two studies. *Psycho-Oncology*, 5, 81-89.
- Ferlay J, Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008. *International Journal of Cancer*. 127 (12), 2893-2917. Revisado el 23 de mayo de 2011 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560135>
- Fernandes WC, Kimura M. Health related quality of life of women with cervical cancer. *Rev Lat Am Enfermagem*.2010;18(3):360-7.
- Fernández, H., Alvarado, S., & Jurado, S., (2009) Intervención cognitivo conductual breve en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia: evaluación de su efecto en la calidad de vida y en la respuesta de relajación. Revisado en enero, 2 del 2010, en: http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/aap/congresos/segundo_congreso/trabext.html.
- Font, A. & Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1(1), 67-86. Revisado el 19 de mayo del 2009 en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0404110067A.PDF>.
- Forester, B., Kornfeld, D.S. y Fleiss, J.L. (1993). Group psychotherapy during radiotherapy: Effects on emotional and physical distress. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1700-1706.
- García, D. M. J., & Hernández, R. L. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova scientia*, (7), 16-34.
- Garduño, C. Riveros, A. Sanches-Sosa, J. J. (2010) Calidad de vida y cancer de mama: Efectos de una intervencion Cognitivo-Conductual. *Latín American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 68-80.
- Giraldo, C. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Rev. salud pública*. 11 (4): 514-525, 2009.

- Goldfried, M.R. & Goldfried, A.P. (1987). Métodos de cambio cognitivo. En F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia: Un manual de métodos* (pp. 123-165). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gómez, B. & Escobar A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista mexicana de neurociencias*, 7(1), 30-38. Revisado el 15 de abril del 2009 en: http://www.neurologia.org.mx/PDFrevista/2006/1_1/Nm061-05.pdf.
- González Arratia, Norma Ivonne. 2001. La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Gonzalez, M. T. y Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived Stress Scale (PPS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 201- 208.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*.: Paidós. España.
- Helgeson, V, Cohen, S, Schulz, R. & Yasko, J. (2000). Group Support Interventions for Women With Breast Cancer: Who Benefits From What?. *Health Psychology* 19 (2), 107-114
- Herrera, A. (2000). *Manual de Oncología y Procedimientos Medicoquirurgicos*. Mexico. Mc Graw Hill Interamericana Editopres S.A. de C.V.
- HGF Suárez, SA Aguilar, SJ Cárdenas (2004) Intervención cognitivo conductual breve en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia: evaluación de su efecto en la calidad de vida y en la respuesta de relajación. Segundo congreso Americano de Psicología. http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/a_ap/congresos/segundo_congreso/abstracts/abstrac33.html - 6KB - 25 Jul 2004
- Holland JC. Societal views of cancer and the emergence of Psycho-oncology. En Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. New York., 1998: 3-15. Oxford University Press.
- Holland, J. & Lewis S. (2001).What is the human side of cancer?. En Holland JC, Lewis S. *The human side of cancer*. New York: Herder, (1) 49.
- Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M. & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Howren, M. B., Christensen, A. J., Karnell, L. H. & Funk, G. F. (2010). Health related quality of life in head and neck cancer survivors: Impact of pretreatment depressive symptoms. *Health Psychology*, 29(1), 65-71.
http://jama.ama-assn.org/content/suppl/2010/05/17/303.11.1108.DC1/pdfpat_031710.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2009). Día Mundial Contra el Cáncer. Estadística, febrero de 2009. Revisado en marzo 8 del 2009 en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenido/estadisticas/2009/cancer0.doc>.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M., & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10, 229-235.
- Kingsbury, K. (2007). The Changing Face of Breast Cancer. *Time*, Oct, (7) 20-25.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lugo, M., Alizo, J., Martinez, D., & Sojo, V. (2006). "Pacientes oncológicos con diagnostico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención". *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 52(106), 23-31. Revisado el 3 de mayo del 2009 en:<http://www.svp.org.ve/images/at452.pdf>
- Luszczynska, A., Mohamed, N. & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and socialsupport predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediatingrole of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (4), 365-375
- Manne, S.L., Girasek, D. y Ambrosino, J. (1994). An evaluation of the impact of a cosmetics class on breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 83-99.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. Mexico: Manual Moderno.
- Marrero, R. & Carballeira, M. (2002). Terapia de solución a problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*: 2(1), 23-39. Revisado el 15 de marzo del 2009 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/560/56020102/56020102.html>

- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., y Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Martin P. (1997). *The Healing Mind: the Vital Links between Brain and Behavior, Immunity and Disease*. New York.
- Martín-Albo, J. Núñez, J. L, Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Martinez, F y Marin, J, (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea stroop. *Psicothema*. 9 (3), 519-527 Revisado el 20 de mayo de 2011 en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=123>.
- Medina, H. (2011). Avances en el diagnostico y el tratamiento del cáncer de mama. *Medigraphic*, 33 (1), 35-38.
- 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. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 383-391.
- Meichenbaum, D.H. & Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M.E. Jarenko (Eds.) *Stress Reduction and Prevention*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Messina A, Fogliani AM, Paradiso S. (2011) Alexithymia in oncologic disease: association with cancer invasion and hemoglobin levels. *Ann Clin Psychiatry*. 23(2):125-30.
- Molina, C.E, Hernandez, O.R. & Sarquis, Z.E. (2009). Patrón de personalidad Tipo C y su relación con el cáncer de mama y cervico-uterino. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 12 (4) 171-186. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psicclin/vol12num4/Vol12No4Art11.pdf>
- Molina, T., Gutierrez, A., Hernández, L. y Contreras, C. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24 (2), 353-360.
- Monge, F. S. (2006). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Situa*, 15(1) 48-54.
- Montgomery & Schnur,(2004). EFICACIA Y APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS CLÍNICA. revista papeles del psicólogo. 89 (1). Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1180>
- Montgomery, G. H., Hallquist, M. N., Schnur, J. B., David, D., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2010). Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 80-88. doi: 2010-00910-012 [pii]10.1037/a0017392
- Moorey, S. & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A new Approach*. Oxford: Heinemann Medical Books.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J.M. y Law, M., (1998). A comparison of Adjuvant Psychological Therapy and supportive counseling in patients with cancer:. *Psycho Oncology*, 3, 218-228.
- Moral, J. (2008). Propiedades Psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 11 (2) 97-114. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psicclin/principal.html>.
- Moral, J. (2009). Validacion en Mexico de Escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20) y su aplicación al estudio del alcoholismo. En J. Moral & J. Bermúdez. *De La Salud a la Enfermedad: Hábitos Tóxicos y Alimenticios*, (1ª ed., pp. 23-100). Monterrey, Mexico. Tendencias.
- Moral, J. y Retamales, R. (2000). "Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española, *Revista de Psicología*, 4(2), España, Intersalud, disponible en: www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num2/art_3.htm
- Moral, J., González, M.T. y Landero, R. (2012). *Tratamiento de la fibromialgia en mujeres y evaluación del burnout en amas de casa*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Morales García, A.I., Arenas Jiménez, M.D., Reig-Ferrer, A. et al. Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Nefrología (Madr.)*, 2011, vol.31, no.2, p.199-205. ISSN 0211-6995.
- Munuera, J, Abad M, Esteban M, Tejerina M. (2004). *Psicología Para Ciencias De La Salud: Estudio Del Comportamiento Humano Ante La Enfermedad*. Madrid, España: Mcgraw Hill/ Interamericana, 2004.

- Organización Mundial de la Salud (2011). Cáncer. Nota descriptiva N°297, Julio de 2008. Revisado el 9 de enero de 2011 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Ortiz, M. & Mera, P. C. (2012). La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapia Psicológica*, 30(3) 69-78. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524692007>
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad: Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Palomero, J. Teruel, M. y Fernández, M (2009). The power of optimism. [Revista interuniversitaria de formación del profesorado](#). Zaragoza, España. 23 (3), 15-22. ISSN 0213-8646
- Paul J Allison, Christophe Guichard, Karen Fung, y Laurent Gilain: Dispositional Optimism Predicts Survival Status 1 Year After Diagnosis in Head and Neck Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, N°3 (february 1), pp 543-538, 2003.
- Pérez, C. (2009, 2 de abril). Propuesta de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama en la atención primaria de salud. *Psicología científica*. Revisado el 3 de febrero del 2010, en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-403-1-propuesta-de-intervencion-en-pacientes-con-cancer-de-mama-en-la-atencion-primaria-de-salud.html>
- Petersen, A. M., Pedersen, L. & Groenvold, M. (2007). Does the agreement of patient and physician assessments of health related quality of life in palliative care depend on patient characteristics?. *Palliative Medicine*, 21(4), 289-294.
- Peterson, C. & Seligman, M. (1984). "Causal explanation as a risk factor in depression: Theory and evidence". *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Pintado Cucarella, Maria Sheila. (2013) Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en cáncer de mama. Tesis doctoral Inedita. Universidad de valencia. Facultad de Psicología. Departament de Personalitat avaluació Tracr. *Psicologics*. Valencia, 2013
- Pocino, M., Luna, G, Canelones, P, Mendoza, A, Romero G, Palacios, L., Rivas, L y Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*. (4) 1, 59-73 artículo revisado el 6 marzo de 2011 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303910>.
- Prieto, A. (2004). *Psicología Oncológica*. *Revista profesional Española de terapia Cognitivo-Conductual*: 2, 107-120. Revisado en abril, 18 de 2009 en: <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncolologica.pdf>.
- Prieto, A. (2004). *Psicología Oncológica*. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J.A., García, L.J. y Oblitas, L.A., (2008). Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 1 (5), 155-142.
- Rhue, J. W. et al., *Hand book of clinical hipnosis*, American Psychological Association, Washington, 1996.
- Rincón, P. (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violenciadoméstica: Evaluación de programas de intervención. Tesis presentada para optar al Grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España
- Rivero, R., Piquerías, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A., & Oblitas, L. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*. 15(1) 171-198. Revisado el 5 de marzo del 2010, en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2563874&orden=0.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. & Del Águila M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México, Manual Moderno.
- Rodríguez, S, Macías C, Franceschi D, & Labastida S, (2001). Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican Women than in Women in the United Status or European countries. *Cancer* 2001; 91(4): 863-868.
- Rowshan, A. (2000). *El estrés: técnicas positivas para atenuarlo y asumir el control de tu vida*. Barcelona. Ediciones Oniro..
- Ruiz, L, De Labry, A.O., Delgado, C.J., Herrero, M.M., Muñoz, N., Pasquau, J. et al. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*, 17, 245-249.
- Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(1):9-18.

- Sarason, I.G. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Scheier, M. & Carver, C. (1987). "Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health". *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.R., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism: A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 1063-1078.
- Sebastián, J. Bueno, M. Calero, F. Gallardo, C. Mateos, N & Moreno, B. (1999). *Programa de intervención psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama*. España. Universidad Autónoma de Madrid.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2) 137-161. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613878002>
- Sifneos, P.E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Spiegel, D & Diamond, S. (2001). *Psychosocial interventions in cancer. Group therapy techniques*. In a. Boum y Andersen, B.L. (Eds), *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Suinn, R. M. & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2(4), 498-511.
- Sutherland A, Orbach C, Dyk R, Bard, M. (1952). The psychosocial impact of cancer and cancer surgery I: Adaptation to the dry colostomy: preliminary report and summary of findings. *Cancer*, 1952; 5: 857-72.
- Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica: Un Enfoque Ericksoniano*. México, Editorial Trillas.
- Thomas Claudet P, Saborío Hernández, F. Consecuencias Psicoafectivas y Sociales del Cáncer de Mama y de la Mastectomía. *Rev Costarric Cienc* 1985 jun; 6(2):29-37.
- Torpy, J. (2010). *Cáncer: The Basics*. American Medical Association, 303 (11), 1108 R.
- Torroella, M. (1998). *Bases genéticas del cáncer*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología Clínica*. México. 373-404: Thompson.
- Valle, R. Zuñiga, M. Tuzet, C, Martinez, C. De lara, J. Aliaga, R. & Whittembury. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 67(4) 327-332.
- Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22, 247-255.
- Velikova, G., Awad, N., Coles-Gale, R., Wright, E. P., Brown, J. M. & Selby, P. J. (2008). The clinical value of quality of life assessment in oncology practice: A qualitative study of patient and physician views. *Psycho-Oncology*, 17(7), 690-698.
- Vidal y Benito, María del Carmen (2008) *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Polemos, . 288 p.
- Zeolla, H. *Rehabilitación psicofísica de la operada de mama*. CELAM. Buenos Aires 1980.