

Terapia psicológica paliativa temprana basada en el modelo CALM para mejorar la calidad de vida y la salud emocional en pacientes con cáncer de mama. Análisis de la calidad de atención: estudio de métodos mixtos en México

Abel Domínguez-Morán¹ , Patricia Pavón-León^{2*} , Rosa Martha Meda-Lara³ 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.102716>

Recibido: 12 de mayo de 2025 / Aceptado: 10 de julio de 2025

Resumen: Objetivo: Evaluar el impacto de una intervención psicológica paliativa temprana, basada en el modelo CALM, en la calidad de vida y los síntomas emocionales de pacientes mexicanas con diagnóstico reciente de cáncer de mama, así como explorar su percepción sobre la calidad de la atención recibida. Métodos: Estudio mixto explicativo secuencial con diseño cuasi-experimental pretest-postest. Participaron 10 mujeres (5 grupo experimental, 5 grupo control) atendidas en un hospital de segundo nivel. Se aplicaron instrumentos validados para medir calidad de vida (FACT-B), depresión (BDI-II) y ansiedad (BAI), además de entrevistas cualitativas en línea base. El grupo experimental recibió cuatro sesiones de psicoterapia individual bajo el modelo CALM en un periodo de tres meses. Se usaron pruebas de Mann-Whitney, Wilcoxon y d de Cohen para el análisis cuantitativo; y análisis temático inductivo para los datos cualitativos. Resultados: El grupo experimental mostró mejoras en todas las dimensiones de calidad de vida, con significancia en el bienestar emocional. En contraste, el grupo control tuvo una disminución general, siendo significativa en el bienestar funcional. La ansiedad aumentó en el grupo control, mientras que en el experimental se redujo a niveles mínimos. La depresión se mantuvo estable en el grupo experimental, pero aumentó en el control. El tamaño del efecto fue alto en varios dominios. Cualitativamente, las entrevistas reflejaron deficiencias percibidas en la calidad de atención, especialmente en la dimensión emocional. Conclusiones: La intervención psicológica paliativa temprana basada en CALM mostró efectos positivos en la salud emocional y percepción de calidad de vida.

* Dirección de correspondencia: Patricia Pavón-León. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. AV. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa-Enríquez, Veracruz. México. E-mail: ppavon@uv.mx

¹ Abel Domínguez-Morán. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. ORCID: 0009-0001-4347-0067 E-mail: dmngzabel@gmail.com

² Patricia Pavón-León. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. ORCID: 0000-0002-1868-4530 E-mail: ppavon@uv.mx

³ Rosa Martha Meda-Lara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: 0000-0001-8967-7138 E-mail: Rosa.meda@academicos.udg.mx

Palabras clave: Cáncer de mama, salud emocional, cuidados paliativos, intervención psicosocial, psicooncología, calidad de vida.

ENG Early palliative psychological therapy based on the CALM model to improve quality of life and emotional health in patients with breast cancer. Analysis of quality of care: A mixed-methods study in Mexico.

ENG Abstract: Objective: To evaluate the impact of an early palliative psychological intervention, based on the CALM model, on quality of life and emotional symptoms in recently diagnosed Mexican breast cancer patients, as well as to explore their perceptions regarding the quality of care received. Methods: A sequential explanatory mixed-methods study was conducted using a quasi-experimental pretest-posttest design. The sample comprised 10 women (5 in the experimental group and 5 in the control group) treated at a secondary-level hospital. Validated instruments were employed to assess quality of life (FACT-B), depression (BDI-II), and anxiety (BAI), in addition to baseline qualitative interviews. The experimental group received four individual psychotherapy sessions based on the CALM model over a three-month period. Quantitative data were analyzed using Mann-Whitney U, Wilcoxon signed-rank tests, and Cohen's d effect size. Qualitative data were examined through inductive thematic analysis. Results: The experimental group demonstrated improvements across all quality of life domains, with statistically significant changes observed in emotional well-being. In contrast, the control group exhibited an overall decline, with a significant reduction in functional well-being. Anxiety levels increased in the control group, whereas they decreased to minimal levels in the experimental group. Depressive symptoms remained stable in the experimental group but increased in the control group. Effect sizes were large in several domains. Qualitative findings revealed perceived deficiencies in the quality of care, particularly regarding emotional support. Conclusions: The early palliative psychological intervention based on the CALM model yielded positive effects on emotional health and perceived quality of life among participants.

Keywords: Breast cancer, mental health, palliative care, psychosocial intervention, psycho-oncology, quality of life.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Análisis de datos 4. Resultados 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Domínguez-Morán A, Pavón-León P, Meda-Lara RM. Terapia psicológica paliativa temprana basada en el modelo CALM para mejorar la calidad de vida y la salud emocional en pacientes con cáncer de mama. Análisis de la calidad de atención: estudio de métodos mixtos en México. *Psicooncología* 2025; 22 275-286. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.102716>

1. Introducción

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte entre las mujeres mexicanas, lo que enfatiza la necesidad de una atención integral⁽¹⁾. A pesar de los avances en los tratamientos oncológicos, sigue habiendo una importante desatención de las dimensiones emocionales y sociales de la atención a las pacientes. Esta brecha evidencia la necesidad de una atención paliativa estandarizada, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad y en los países de ingresos medio-bajos⁽²⁾.

Si bien ha habido avances en el tratamiento para los pacientes oncológicos, este se focaliza al tratamiento de los aspectos físicos de la enfermedad, dejando de lado factores importantes

como los emocionales y sociales⁽³⁾. Este rubro es cubierto normalmente por atenciones externas al hospital, o bien, por la aplicación de cuidados paliativos (CP). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como una acción que busca mejorar la calidad de vida de pacientes y personas cercanas mientras afrontan una enfermedad potencialmente mortal, y buscan prevenir y aliviar el sufrimiento en diversas áreas (físicas, psicosociales o espirituales)⁽⁴⁾. Sin embargo, se ha generado una relación con los CP y la cercanía a la muerte, estableciendo a los CP como un aviso de que no se continuará con el tratamiento curativo, cuando esto no debería ser así⁽⁵⁾.

Recientemente, ha surgido un interés por la aplicación de cuidados paliativos tempranos (CPT). Estos buscan brindar un apoyo ecléctico desde el momento en que se realiza el diagnóstico y a la par del tratamiento curativo, no al final del mismo, con la finalidad de elevar la calidad de vida del paciente durante su tratamiento⁽⁶⁾. Se ha demostrado que los CPT, brindados dentro de las primeras 12 semanas del diagnóstico, prolongan la vida de los pacientes y alivian el dolor y el sufrimiento^(7,8). Sin embargo, la resistencia entre los profesionales de la salud al proponer CPT persiste, debido a los desafíos de comunicación y las incertidumbres con respecto a los resultados de los pacientes⁽⁹⁾.

Factores psicológicos como la ansiedad y la depresión son frecuentes entre las pacientes con cáncer de mama y pueden afectar significativamente su calidad de vida. La incorporación de la psicoterapia en los cuidados paliativos ha demostrado ser eficaz para aliviar estos síntomas^(10,11). Sin embargo, la falta de atención a los aspectos psicológicos y sociales en los cuidados paliativos agrava la situación, lo que dificulta la implementación efectiva de nuevas intervenciones. Asimismo, se ha señalado que al momento de incluir un tratamiento psicológico este suele no ser estandarizado, por lo que no cuenta con una estructura y se ve permeado por cada especialista que lo brinda, además que, en la mayoría de los casos, es solo una parte de una intervención multidisciplinaria y no se evalúa su impacto en solitario⁽⁷⁾.

Los desafíos en el tratamiento del cáncer de mama en México incluyen el impacto negativo de tratamientos agresivos, como la mastectomía, en la calidad de vida de las pacientes⁽¹²⁾, agravado por problemas de infraestructura y desinformación⁽¹³⁾. Comprender los factores específicos de las pacientes que influyen en la percepción y la adherencia al tratamiento es crucial para optimizar los resultados y la satisfacción⁽¹⁴⁾.

La urgencia de intervenciones tempranas que aborden las necesidades emocionales y sociales de las pacientes con cáncer de mama en México justifica la necesidad de cuidados paliativos psicológicos tempranos. Este estudio tiene como objetivo cerrar brechas críticas en la calidad de la atención médica y establecer estándares para la implementación efectiva de intervenciones psicológicas tempranas en pacientes mexicanas con cáncer de mama. Al hacerlo, el estudio potencialmente informa las políticas de atención médica y mejora la calidad de vida de las pacientes.

2. Método

Diseño del estudio

El estudio se desarrolló bajo un enfoque de método mixto explicativo secuencial. Se realizó una comparación cuasi-experimental con pretest-posttest entre un grupo experimental y uno control, complementado con entrevistas cualitativas en línea base.

La investigación fue aprobada por el comité de investigación del Centro Estatal de Cancerología con número CI/2022/10 así como por el comité de ética en investigación del Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón” con número CEI-HRXDLFN-RA016/2023.

Participantes

Diez mujeres que recibieron su diagnóstico de cáncer de mama a no más de dos semanas del primer contacto con el investigador, mayores de 18 años, sin presentar psicopatología grave reportada por el hospital. Todas firmaron consentimiento informado.

Instrumentos

Se administró un cuestionario sociodemográfico que cubría edad, educación, estado de actividad, estado civil, número de hijos y estadio del cáncer de mama.

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast Cancer (FACT-B) adaptado para población mexicana⁽¹⁵⁾. Este cuestionario de 37 ítems mide cuatro dominios: bienestar físico, social, emocional y funcional, así como el impacto del cáncer de mama y su tratamiento. Los puntajes van de cero a 28 en cada dimensión, con un máximo de 24 en el bienestar emocional y 40 en la subescala de cáncer de mama. El puntaje total va de cero a 148, y los puntajes más altos indican un mejor bienestar.

Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) adaptado para la población mexicana⁽¹⁶⁾. Esta escala autoadministrada consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos) y evalúa síntomas correspondientes a los criterios de trastornos depresivos del DSM-IV. Las puntuaciones se categorizan como depresión mínima (0-9 puntos), leve (10-16), moderada (17-29) o severa (30-63).

La sintomatología ansiosa se midió con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) adaptado para población mexicana⁽¹⁷⁾. Este instrumento de autoinforme incluye 21 ítems con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos) que evalúan la gravedad de la ansiedad. Las puntuaciones se interpretan como ansiedad mínima (0-7), leve (8-15), moderada (16-25) o severa (26-63).

Los datos cualitativos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas, abordando aspectos de la calidad de la atención sanitaria según Mosadeghrad⁽¹⁸⁾: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el personal y factores ambientales. Además, se incluyeron preguntas sobre el conocimiento de los pacientes sobre cuidados paliativos, terapia psicológica y el modelo CALM.

Recopilación de datos

Una vez obtenido el acceso al hospital, los pacientes fueron abordados en la sala de espera por el investigador responsable, quien se presentó y los invitó a participar en el estudio. Se les explicó los objetivos, riesgos, beneficios, compromisos del investigador y manejo de los datos. Luego se realizó una breve entrevista para determinar si el paciente cumplía con los criterios de selección. A los que no los cumplían se les agradeció y se repitió el proceso hasta alcanzar el tamaño de muestra requerido.

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron considerados para el grupo experimental (primeros cinco participantes) o el grupo control (después de los primeros cinco). Se les informó sobre los objetivos de la investigación, los riesgos, los beneficios y los requisitos de participación. Si estaban de acuerdo, se les entregó el formulario de consentimiento informado según el código ético de la Asociación Americana de Psicología (3.10), que leyeron y firmaron. Posteriormente, se administraron tres cuestionarios previos a la intervención, seguidos de una entrevista semiestructurada. Al finalizar, se agradeció a los participantes, se les entregó una copia del consentimiento informado y se les proporcionó la información de contacto del investigador responsable.

La intervención se llevó a cabo de julio a noviembre de 2023, con sesiones individuales utilizando el modelo CALM propuesto por Rodin et al.⁽¹⁹⁾ La intervención fue realizada en el transcurso de tres meses. Cada sesión se enfocó en una de las dimensiones del modelo CALM: Manejo de los síntomas y comunicación con los proveedores de atención médica, cambios en uno mismo y en las relaciones con otras personas cercanas, bienestar espiritual y sentido de significado y propósito, mortalidad y preocupaciones orientadas al futuro. Estas sesiones de una hora, dirigidas por el investigador principal, fueron elegidas por su eficacia previamente reportada en la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos. Otra de las razones de su elección fue debido al enfoque estructurado pero flexible del modelo CALM, que se adapta a las necesidades individuales de los pacientes y facilita la replicación.

Las sesiones se programaron para que coincidieran con las visitas de los pacientes al hospital (aproximadamente cada tres semanas), con un total de cuatro sesiones por participante.

Después de las intervenciones, se volvió a administrar la batería de instrumentos a ambos grupos para realizar comparaciones intra e intergrupales.

3. Análisis de datos

Para el análisis estadístico se realizaron análisis de frecuencia y porcentaje sobre los datos sociodemográficos de los participantes.

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para analizar las diferencias de respuesta en los niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida presentes entre los dos grupos, así como para evaluar las diferencias en la aplicación pre y post intervención de cada grupo. Estos análisis se realizaron para cada dimensión de los instrumentos. Para analizar las medias totales de respuesta se utilizó la prueba de rangos relacionados de Wilcoxon. Finalmente, se utilizó la d de Cohen para medir el tamaño del efecto.

Para el análisis de los datos cualitativos, las entrevistas fueron transcritas y analizadas mediante análisis temático inductivo según Braun y Clarke⁽²⁰⁾.

4. Resultados

Características sociodemográficas

Participaron un total de 10 pacientes con cáncer de mama. El rango de edad fue de 31 a 68 años, con una media de 46,90 años (DE=11,32). Las participantes tuvieron una variación desde no tener hijos hasta un máximo de tres, con un promedio de 1,30 hijos (DE=0,94) por mujer. En cuanto a su estado civil, cinco eran solteras, tres vivían con su pareja, una estaba casada y una divorciada. También se encontró que dos eran amas de casa, seis trabajaban actualmente y dos no trabajaban. Finalmente, para el estadio del cáncer en el que se encontraban, cinco pacientes se encontraban en estadio dos, tres en estadio tres y dos en estadio cuatro. Ninguno de los datos sociodemográficos ni estadio se correlacionó de forma significativa con los resultados de las evaluaciones.

Intervención psicológica paliativa temprana

Los resultados de la prueba FACT-B denotan una reducción en la respuesta media de las dimensiones de calidad de vida, así como en su total, en el grupo control después de la intervención. Sin embargo, solo la diferencia en bienestar funcional es reportada como significativa. Por el contrario, el grupo experimental, presentó un aumento en todas las dimensiones y calidad de vida total, pero solo la diferencia en bienestar emocional fue reportada como significativa. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos después de la intervención en la calidad de vida (ver tabla 1).

Tabla 1. Comparación de medias por grupo pre y post intervención de variables de calidad de vida.

	Grupo de control				Grupo experimental				U de Mann-Whitney	Sig.
	Pre	Post	Z*	Sig.	Pre	Post	Z*	Sig		
BF	23,80	18,80	-1,761b	0,078	23,20	24,40	-,674b	0,5	4	<u>0,071</u>
BS	20,20	18,60	-1,604b	0,109	17,00	19,80	-,730b	0,465	12,5	1
BE	19,80	20,00	-,184c	0,854	17,20	21,60	-2,041b	0,041**	7,5	0,275
BFu	21,40	18,00	-2,060b	0,039**	17,80	21,00	-1,214b	0,225	9	0,462
CM	26,00	25,40	-,135b	0,893	29,40	32,60	-1,826b	0,068	5	0,116
CV	107,40	100,80	-1,219b	0,223	102,20	119,40	-1,483b	0,138	4	0,076

Nota: BF: Bienestar físico, BS: Bienestar social, BE: Bienestar emocional, BFu: Bienestar funcional, CM: Cáncer de mama, CV: Calidad de vida

*Prueba de Wilcoxon

** $p \leq 0,05$

El grupo de control mostró un aumento en la gravedad de los síntomas depresivos después de la intervención. Por el contrario, el grupo experimental mantuvo niveles de gravedad de síntomas constantes antes y después de la intervención (véase la Tabla 2).

Respecto a los síntomas de ansiedad, el grupo control presentó un aumento en la severidad de sus síntomas, mientras que todos los participantes del grupo experimental, que inicialmente presentaron diferentes niveles de severidad, experimentaron una reducción a niveles nulos/muy bajos post-intervención (ver tabla 2).

Tabla 2. Comparación de la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad entre los grupos control y experimental.

	Síntomas de depresión				Síntomas de ansiedad			
	Grupo de control		Grupo experimental		Grupo de control		Grupo experimental	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Nulo/muy bajo	4	2	4	4	1	2	2	5
Leve	1	3	1	1	4	3	2	0
Moderado	0	0	0	0	0	0	1	0
Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	5	5	5	5	5	5	5	5

Nota: Para depresión: 0 a 9 puntos: nula/muy baja; 10 a 16 puntos: leve; 17 a 29 puntos: moderada; 30 a 63 puntos: grave. Para ansiedad: 0 a 7 puntos: nula/muy baja; 8 a 15 puntos: leve; 16 a 25 puntos: moderada; 26 a 63 puntos: grave.

Se observaron diferencias significativas postintervención sólo dentro del grupo control para los síntomas de ansiedad y al comparar los síntomas depresivos entre ambos grupos (ver tabla 3)

Tabla 3. Comparación de la frecuencia de los síntomas de depresión y ansiedad entre los grupos control y experimental.

Síntomas de depresión								Síntomas de ansiedad								Comparación postintervención			
Grupo de control				Grupo experimental				Grupo de control				Grupo experimental				Depresión		Ansiedad	
Pre	Post	z	Sig.	Pre	Post	z	Sig.	Pre	Post	z	Sig.	Pre	Post	z	Sig.	U	Sig.	U	Sig.
5,2	8,6	-2,03	0,042*	5,0	3,4	-,674c	0,5	7,6	7,8	-,184c	0,854	9,2	3,0	-,183	0,068	2,0	,027*	4,5	,093

Nota: z = prueba de Wilcoxon; U = U de Mann-Whitney
P ≤ 0,05

Para medir el tamaño del efecto de la intervención se realizó la prueba d de Cohen. Los resultados muestran que en la dimensión de bienestar social y funcional el efecto fue bajo, en bienestar emocional fue medio y en el resto fue alto (ver tabla 4).

Tabla 4. Tamaño del efecto por cada dimensión de calidad de vida, depresión y ansiedad

	d de Cohen	Tamaño del efecto
Bienestar físico	1,187198	Alto
Bienestar social	0,208106	Bajo
Bienestar emocional	0,673125	Medio
Bienestar funcional	0,496563	Bajo
Cáncer de mama	1,276789	Alto
Calidad de vida	1,333684	Alto
Depresión	1,892473	Alto
Ansiedad	1,235245	Alto

Nota: 0,0 a 0,19: efecto nulo; 0,20 a 0,49: efecto bajo; 0,50 a 0,79: efecto medio; 0,80 y más: efecto alto

Análisis de la calidad de la atención: resultados cualitativos

Se realizó un análisis cualitativo a partir de entrevistas individuales con pacientes tanto del grupo experimental como del grupo control, todas registradas en línea base. El objetivo fue explorar su percepción sobre la calidad de atención recibida en el hospital. Aunque la entrevista semiestructurada fue diseñada considerando dominios teóricos relacionados con los factores que influyen en la calidad de la atención en salud (paciente, personal y ambiente), el análisis cualitativo se realizó siguiendo un enfoque temático inductivo⁽²⁰⁾. En este enfoque, los temas emergen directamente del contenido expresado por las participantes, priorizando los patrones de significado encontrados en los datos por encima de las categorías iniciales predefinidas. Esto permitió capturar con mayor fidelidad las experiencias y percepciones reales de las pacientes, incluso cuando se alejaron o expandieron respecto a los ejes planteados en la guía de entrevista. En consecuencia, los temas presentados a continuación reflejan de manera genuina la voz de las participantes, sin forzarlos a encajar estrictamente en las categorías de partida.

Se obtuvieron nueve códigos principales: Miedo al cáncer/muerte, preocupación por la familia, revalorización personal, necesidad de expresión emocional, valoración del espacio psicológico, desorganización institucional, tiempos de espera. Información ambigua o confusa y efectos físicos desatendidos (ver tabla 5.) Estos se organizaron en cuatro temas emergentes que fueron: Impacto emocional y afrontamiento del diagnóstico, barreras estructurales del sistema de salud, relación médico-paciente y comunicación clínica, y necesidades emocionales no cubiertas. (ver tabla 6.)

Tabla 5. Listado de códigos

Código	Definición operativa
Miedo al cáncer / Muerte	Expresiones de temor ante el diagnóstico o desenlace de la enfermedad
Preocupación por la familia	Temor al impacto del diagnóstico en seres queridos
Revalorización personal	Reflexiones sobre vivir de manera más consciente o positiva
Necesidad de expresión emocional	Deseo de ser escuchadas, expresar emociones
Valoración del espacio psicológico	Reconocimiento del beneficio de hablar con personal de salud mental
Desorganización institucional	Quejas sobre procesos administrativos ineficientes o pérdida de tiempo
Tiempos de espera	Demoras excesivas para recibir diagnóstico o tratamiento
Información ambigua o confuse	Dificultades para entender la explicación médica
Efectos físicos desatendidos	Síntomas físicos no abordados adecuadamente por el personal médico

Tabla 6. Listado de temas y subtemas

Tema principal	Subtemas identificados	Cita literal representativa
Impacto emocional y afrontamiento del diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Miedo a la muerte o al futuro• Preocupación centrada en los seres queridos• Procesos de resignificación positiva	"Sí, porque muchas se quedan en que 'si tengo cáncer me voy a morir' y es totalmente mal pensado porque yo lo que pienso es que si tengo cáncer, tengo que aceptarlo primero para poder salir adelante." (PE5)
Barreras estructurales del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none">• Tiempos de espera prolongados• Procesos administrativos desorganizados	"Me hicieron perder 6 meses en lo que yo no me atendí y ya luego anduve a las vueltas y fue que me mandaron para acá." (PE4)
Relación médico-paciente y comunicación clínica	<ul style="list-style-type: none">• Explicaciones incompletas o ambiguas• Indiferencia o invisibilización de síntomas físicos	"Cuando me pasaron con la oncóloga, ella me explicó de que este... por ejemplo, si me iban a quitar todo el seno, o nada más la parte donde tengo el mal, este... me dio dos opciones [...] tanto bien puede regresar o bien no puede regresar." (PE4)
Necesidades emocionales no cubiertas	<ul style="list-style-type: none">• Deseo explícito de ser escuchadas• Aprecio por el acompañamiento psicológico	"Porque luego se siente uno mal, se siente uno solo, triste, y no es lo mismo, no es lo mismo que un familiar va, y luego le quieres decir y luego ella te dice 'ya mami, tranquila.'" (PC5)

Resultados mixtos

La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos ofrece una visión más profunda y enriquecida de la experiencia de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, así como del impacto de la intervención psicológica basada en el modelo CALM aplicada en este estudio.

Al integrar ambos tipos de resultados, se observa una convergencia clara: los factores que emergen de la experiencia cualitativa, como la importancia de la comunicación clara, la necesidad de apoyo emocional genuino, y el alivio ante la validación de sentimientos, se alinean directamente con los dominios de cambio que mide el instrumento cuantitativo (como reducción en la ansiedad, depresión, y mejor afrontamiento emocional).

Por ejemplo, mientras cuantitativamente se registró una disminución significativa de síntomas ansiosos en el grupo experimental, cualitativamente se evidencia que uno de los factores de mayor alivio percibido fue el simple hecho de sentirse escuchadas, como lo muestran expresiones como:

"Claro que sí, porque es importante para mí. Al menos yo, en lo personal, me gusta el que me escuchen y hay palabras que no puedo decirle a mi familia, sin en cambio a un doctor le puedo abrir el tema del cual yo tengo... retenido, y poder sacarlo y sentirme mejor." (PE5)

De manera complementaria, las barreras estructurales y de comunicación médica deficientes que se identificaron en el análisis cualitativo ayudan a explicar por qué, en los resultados cuantitativos, no se observaron mejoras tan marcadas en dimensiones como la percepción de calidad general de atención o satisfacción institucional: factores externos al control de la intervención, pero esenciales en la vivencia global de la enfermedad.

5. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de una intervención psicológica paliativa temprana basada en el modelo CALM en pacientes con cáncer de mama, considerando tanto datos cuantitativos como cualitativos. La discusión se organiza en función de estos dos enfoques, integrando posteriormente los hallazgos desde la perspectiva del enfoque mixto.

Hallazgos Cuantitativos

Los resultados obtenidos en el grupo experimental mostraron una mejora significativa en indicadores de calidad de vida, síntomas de ansiedad y depresión, en comparación con el grupo control. Estos hallazgos son congruentes con lo reportado anteriormente^(19,21), quienes encontraron que la intervención CALM mejora el bienestar psicológico y reduce el sufrimiento existencial. La reducción de síntomas de ansiedad y depresión también coincide con lo encontrado en el mismo estudio, donde se señala que el tratamiento paliativo psicológico permite procesar temores relacionados con el futuro y la muerte de manera contenida y significativa⁽²²⁾.

En este estudio, el grupo experimental mostró una mejoría particularmente notable en los dominios emocionales y relacionales. Esto puede explicarse por el carácter estructurado de la intervención, que permite abordar dimensiones como el vínculo con los profesionales de salud, el sentido de identidad, la espiritualidad, y los cambios en las relaciones interpersonales. Lo anterior refuerza lo presentado en otros estudios^(7,19,21,22), donde se documenta que la aplicación de psicoterapia en ambientes paliativos permite explorar los miedos existenciales al mismo tiempo que fortalece el significado de vida en pacientes con enfermedad avanzada.

Por su parte, el grupo control, que no recibió intervención alguna, no presentó cambios relevantes en las evaluaciones comparativas, lo cual sugiere que el paso del tiempo por sí solo no produjo mejoras espontáneas. Esto refuerza la hipótesis de que la intervención psicológica, siendo en este caso específico el modelo CALM, tiene un efecto diferencial positivo.

Hallazgos Cualitativos

El análisis cualitativo se centró en las experiencias y percepciones de los participantes sobre la atención hospitalaria y sus vivencias personales respecto a la enfermedad. En ambas condiciones (experimental y control), los participantes manifestaron necesidades emocionales no cubiertas y una atención médica percibida como fragmentada, con dificultades en la comunicación médico-paciente. Esto coincide con lo reportado sobre enfatizar la importancia de una atención integral que contemple tanto los aspectos físicos como emocionales del paciente oncológico⁽²³⁾.

Sin embargo, en el grupo experimental se observaron matices importantes: los pacientes que participaron en las sesiones CALM reportaron sentirse escuchados, comprendidos y acompañados. Las entrevistas revelaron una mayor reflexión sobre su sentido de vida, sus relaciones y su identidad frente a la enfermedad. Este tipo de cambios cualitativos han sido documentados anteriormente reportando que la intervención promueve un espacio para validar emociones, reconocer pérdidas, y resignificar la experiencia del cáncer como parte de la trayectoria vital⁽²²⁾.

Asimismo, las pacientes del grupo experimental manifestaron sentirse tratadas como personas y no solo como “pacientes”, lo cual representa un cambio relevante en su vivencia del proceso hospitalario. Estos resultados cualitativos aportan profundidad y comprensión contextual a los efectos observados cuantitativamente.

Enfoque Mixto

La combinación de hallazgos cuantitativos y cualitativos permite comprender de forma más holística los efectos de la intervención. Por un lado, los datos objetivos muestran una mejora en indicadores de salud mental y calidad de vida. Por otro, las voces de las pacientes evidencian un cambio en la forma de enfrentar su diagnóstico, sus relaciones y su futuro.

La concordancia entre ambos tipos de datos otorga validez interna al estudio y evidencia que la psicoterapia no solo reduce síntomas, sino que mejora la vivencia existencial del cáncer. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Rodin et al.⁽¹⁹⁾ quienes también sostienen que el modelo CALM puede ser una herramienta útil incluso en contextos con recursos limitados, como hospitales públicos.

Además, los resultados permiten identificar áreas de oportunidad para el sistema de salud, al mostrar la necesidad de intervenciones psico-oncológicas que acompañen al paciente de forma más empática e integral. Esta recomendación es consistente con las directrices de atención recomendadas por Holland et al.⁽²³⁾ para el manejo integral del paciente con cáncer.

Limitaciones del estudio

En este estudio se identificaron varias limitaciones. El pequeño tamaño de la muestra probablemente influyó en los resultados derivados de los análisis estadísticos. Además, los intervalos entre las sesiones de los pacientes pueden haber afectado a la eficacia de la intervención. Los esfuerzos de investigaciones futuras deben apuntar a abordar estas limitaciones empleando tamaños de muestra más grandes e implementando intervenciones de forma semanal o quincenal para mejorar la eficacia del tratamiento. Si bien las investigaciones anteriores sugieren que la cantidad de sesiones puede no afectar significativamente los resultados de la intervención, la reducción de los tiempos de espera podría permitir un aumento en la cantidad de sesiones, hasta seis si es posible.

Además, las limitaciones económicas y de tiempo asociadas con el tratamiento, junto con una comprensión limitada del proceso terapéutico y de los cuidados paliativos, pueden haber contribuido a las bajas tasas de asistencia a las sesiones. Muchos pacientes experimentaron tiempos de espera prolongados para acceder a las sesiones, principalmente debido a los compromisos de tiempo asociados con los tratamientos médicos en lugar de la disponibilidad de las sesiones en sí. Los esfuerzos para minimizar los tiempos de espera y aumentar la accesibilidad a las sesiones pueden ayudar a mitigar estas barreras y mejorar la participación de los pacientes en futuras intervenciones.

6. Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación respaldan la pertinencia de implementar psicoterapia paliativa temprana basada en el modelo CALM como un recurso efectivo y humanizante dentro del tratamiento oncológico. A pesar de las limitaciones metodológicas, los resultados sugieren que esta intervención breve puede contribuir significativamente a la disminución del distrés psicológico y al fortalecimiento del sentido de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Más allá de los indicadores psicométricos, se evidenció un impacto favorable en la calidad relacional y emocional de la atención, destacándose la importancia de ser escuchadas, reconocidas y acompañadas en un espacio terapéutico íntimo y sin juicios. La incorporación de un enfoque mixto permitió acceder a dimensiones experienciales que complementan y enriquecen los datos cuantitativos, aportando una mirada más ética y contextual a la evaluación de la eficacia terapéutica. Este estudio reafirma que el sufrimiento emocional asociado al cáncer no debe ser desatendido, y que su abordaje temprano mediante intervenciones estructuradas puede mejorar tanto la salud mental como la experiencia global de atención.

Se recomienda incorporar de manera sistemática intervenciones psicológicas como CALM en los servicios de oncología y cuidados paliativos, desde etapas tempranas del diagnóstico. Su brevedad estructurada y flexibilidad de aplicación la hacen factible en contextos hospitalarios con recursos limitados. Asimismo, se sugiere ampliar su uso a otros grupos clínicos, como pacientes con enfermedades crónicas complejas o familiares cuidadores, quienes también enfrentan desafíos emocionales significativos.

De igual forma, se propone incluir indicadores cualitativos en futuras evaluaciones de intervenciones psico-oncológicas, con el fin de capturar aspectos como la calidad del vínculo terapéutico, la validación emocional o la resignificación del proceso de enfermedad, los

cuales fueron valorados altamente por las pacientes en este estudio. También se recomienda implementar programas de capacitación en habilidades comunicacionales y emocionales para el personal médico y de enfermería, a fin de fortalecer una atención más humana y empática.

Finalmente, se sugiere promover políticas públicas que reconozcan el acompañamiento psicológico como un derecho fundamental dentro de la atención integral en salud. Este estudio demuestra que intervenciones breves, culturalmente sensibles y éticamente cuidadas pueden generar transformaciones significativas en la experiencia del sufrimiento, dignificando el proceso de enfermedad y restituyendo humanidad en los espacios hospitalarios.

7. Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre) [Internet]. [acceso 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancermama20.pdf>
2. Pérez-Fortis A, Fleer J, Schroevers MJ, Alanís López P, Sánchez Sosa JJ, Eulenburg C, et al. Course and predictors of supportive care needs among Mexican breast cancer patients: A longitudinal study. *Psychooncology*. 2018;27:2132–40. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4778>
3. Hubbeling HG, Rosenberg SM, González-Robledo MC, Cohn JG, Villarreal-Garza C, Partridge AH, et al. Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PLoS One* 2018;13(5):e0197931. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0197931>
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. [acceso 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Cicero-Oneto CE, Valdez-Martínez E, Bedolla M. Decision-making on therapeutic futility in Mexican adolescents with cancer: a qualitative study. *BMC Med Ethics* 2017;18(1):1–13. <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-017-0231-8>
6. Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, Park ER, Pirl WF, El-Jawahri A, et al. Defining the elements of early palliative care that are associated with patient-reported outcomes and the delivery of end-of-life care. *J Clin Oncol* 2018;36(11):1096–102. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2017.75.6676>
7. Irwin KE, Greer JA, Khatib J, Temel JS, Pirl WF. Early palliative care and metastatic non-small cell lung cancer: potential mechanisms of prolonged survival: Potential mechanisms of prolonged survival. *Chron Respir Dis* 2013;10:35–47. <http://dx.doi.org/10.1177/1479972312471549>
8. Bausewein C, Simon ST, Pralong A, Radbruch L, Nauck F, Voltz R. palliative care of adult patients with cancer. *Dtsch Arztebl Int* 2015;1120:863–70. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2015.0863>
9. Buckley de Meritens A, Margolis B, Blinderman C, Prigerson HG, Maciejewski PK, Shen MJ, et al. Practice patterns, attitudes, and barriers to palliative care consultation by gynecologic oncologists. *J Oncol Pract* 2017;13(9):e703–11. <http://dx.doi.org/10.1200/jop.2017.021048>
10. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 2018;361:k1415. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1415>
11. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. *J Palliat Med* 2018;21:1024–37. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
12. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: A review: A review. *JAMA* 2019;321:288–300. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.19323>
13. Kantelhardt EJ, Muluken G, Sefonias G, Wondimu A, Gebert HC, Unverzagt S, et al. A review on breast cancer care in Africa. *Breast Care (Basel)* 2015;10(6):364–70. <http://dx.doi.org/10.1159/000443156>
14. Guzmán-Castellanos S, Cortés-Ibáñez O, Y Allende-Pérez S. Palliative care, impact of cognitive behavioral therapy to cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2016;217:1063–70. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.110>

15. Fernández-Suárez HG, Blum-Grynberg B, Aguilar-Villalobos EJ, Bautista-Rodríguez H. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2010;48(2):133-8.
16. Vázquez ÓG, Castillo ER, García AM, Ponce JLA, Aguilar SA. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud* 2016;26: 43-9.
17. Vázquez OG, Castillo ER, García AM, Ponce JLA, Avitia MÁÁ, Aguilar SA. Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2015;12: 51-58. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903
18. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag* 2014;3:77-89. <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>
19. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2018;36:2422-32. <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2017.77.1097>
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
21. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, Stüssi G, Saletti P, Cinesi I, et al. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliat Care* 2020;19(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-020-00556-7>
22. Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: A longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med* 2009;69:165-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.021>
23. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Buchmann LO, Compas B, Deshields TL, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2013;11:190-209. <http://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2013.0027>