

Estudio de la efectividad de la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama localizado

Gloria Moraga Sahuquillo¹; Ascensión Bellver Pérez²; Ana Santaballa Beltrán³

Recibido: 17 de diciembre de 2019 / Aceptado: 30 de enero de 2020

Resumen: Objetivo: valorar la efectividad de la intervención psicológica individual sobre ansiedad, depresión y las estrategias de afrontamiento en tres grupos: Grupo 1 (G_1) que utiliza la Terapia Cognitivo Conductual (TCC); Grupo 2 (G_2) basado en counselling y psicoeducación; y el Grupo Control (GC) que no realiza intervención psicológica. Método: estudio cuasi experimental con una muestra de 180 pacientes y 51,9 años de edad media. Los instrumentos de evaluación fueron el MINI-MAC y el HADS; se administraron después de la operación quirúrgica a G_1 ($n=50$) y G_2 ($n=98$) y al finalizar el tratamiento quimioterápico a G_1 , G_2 y GC ($n=32$). Resultados: después de 7 meses de intervención psicológica, G_1 redujo significativamente las medias de ansiedad, depresión, preocupación ansiosa y desesperanza; en G_2 disminuyeron los niveles de ansiedad, depresión; y se mantuvo el espíritu de lucha al mismo nivel. El GC demostró niveles de depresión, ansiedad y preocupación ansiosa mayores que G_1 y G_2 . Conclusión: la intervención psicológica (independientemente del tipo de terapia) ayuda a reducir las medias de depresión y ansiedad e incrementar las estrategias de afrontamiento adecuadas como el espíritu de lucha. La TCC es más efectiva en la reducción de sintomatología clínica depresiva y ansiosa. El counselling y la psicoeducación contribuyen a mantener y mejorar las medias de ansiedad, depresión en parámetros no clínicos y fomenta el espíritu de lucha en mujeres que no poseían inicialmente sintomatología depresiva o ansiosa grave.

Palabras Clave: Cáncer de mama localizado; ansiedad; depresión; intervención psicológica; terapia cognitivo conductual (tcc); counselling; psicoeducación.

[en] Effectiveness study of psychological intervention in patients with localized breast cancer

Abstract: Objective: analysing the effectiveness of individual psychological intervention focusing on coping skills, anxiety and depression in 3 groups: Group 1 (G_1) which used Cognitive Behavioral Therapy (CBT); Group 2 (G_2) based in counselling and psychoeducation therapy; and the Control Group (CG) without psychological intervention. Method: quasi-experimental longitudinal study with a sample of 180 patients with a mean of 51,9 years of age. The instruments used were the MINI-MAC and the HADS; they were administered to G_1 ($n=50$) and G_2 ($n=98$) after surgery; and at the

1 Gloria Moraga Sahuquillo. Universitat de València. Valencia.

E-mail: glomosa@alumni.uv.es

2 Ascensión Bellver Pérez. Hospital Pare Jofre. Departament de Personalitat, Avaluació i Treatments Psicològics. Universitat de València. Valencia.

E-mail: ascension.bellver@uv.es

3 Ana Santaballa Beltrán Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario y Politécnico de Valencia.

E-mail: santaballa_ana@gva.es

* Dirección de correspondencia: Ascensión Bellver Pérez. Departament de Personalitat, Avaluació i Treatments Psicològics. Universitat de València. Avinguda Blasco Ibáñez, 2. 46010 Valencia. E-mail: ascension.bellver@uv.es

end of chemotherapy to G₁, G₂ and CG (n=32). Results: after 7 months of intervention psychological, the levels of anxiety, depression, anxious preoccupation and hopelessness reduced in G₁. The levels of depression and anxiety dropped in G₂ as they maintained the fighting spirit. GC showed higher levels of depression, anxiety, anxious preoccupations than G₁ and G₂. Conclusions: psychological intervention (regardless the type of therapy) leads to reduce depressive and anxious symptomatology and increased more effective coping strategies. CBT is the most effective therapy for reducing clinical depression and symptoms of anxiety. Counselling and psychoeducational therapy lead to improvement and ensure the levels of anxiety and depression remain within manageable parameters, promoting the same fighting spirit by women without clinical depressive or anxious symptoms.

Key words: Localized breast cancer; anxiety; depression; psychological intervention; cognitive behaviour therapy (cbt); counselling; psychoeducation.

Sumario: 1. Introducción 2. Objetivo 3. Hipótesis 4. Método 5. Resultado 6. Discusión 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Moraga Sahuquillo G, Bellver Pérez A, Santaballa Beltrán A. Estudio de la efectividad de la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama localizado. *Psicooncología* 2020;17: 59-71. doi: 10.5209/psic.68241.

1. Introducción

El cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más diagnosticado, 11, 6% casos de cáncer al año, y aproximadamente un 6,6% de mortalidad. En las mujeres, es el tipo de cáncer que posee mayor incidencia, mortalidad y prevalencia a cinco años⁽¹⁾. Según la Sociedad Española de Oncología Médica^(2,3), en España, 6.477 casos de mortalidad al año y 6.232.108 casos de prevalencia tras 5 años. No obstante, gracias a los avances tecnológicos, en relación a la prevención, detección y tratamiento, la tasa de supervivencia promedio a 5 y 10 años es aproximadamente del 90% y 83% sucesivamente⁽⁴⁾. Sin embargo, este porcentaje varía en función de la fase en la que se encuentra el cáncer en el momento de la detección. De este modo, cuando se encuentra localizado se logra una supervivencia promedia a 5 años del 97,8 %; si el cáncer se ha extendido hacia los ganglios linfáticos regionales la tasa de supervivencia es del 85%, pero si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo se reduce al 27%⁽⁵⁾.

Los factores de riesgo que predisponen el cáncer son: la edad avanzada, alteraciones genéticas, el consumo de alcohol y tabaco, la inactividad física, el trabajo por turnos, el uso de anticonceptivos hormonales orales, no tener hijos o tener el primer hijo después de los 30 años^(6,7).

El tratamiento médico provoca efectos secundarios como la caída del pelo, náuseas, vómitos, sequedad de la piel y fatiga⁽⁸⁾ que pueden conllevar a desarrollar problemas biopsicosociales como la dificultad en las relaciones interpersonales, disfunciones sexuales, redefinición de valores, miedo a la muerte, preocupación laboral o insatisfacción con su imagen⁽⁹⁻¹¹⁾ y perjudican la calidad de vida de las pacientes, debido al alto *distress* que altera el estado emocional, motivacional, físico y cognitivo^(12,13). Además todo esto aumenta los niveles de ansiedad, depresión, sentimientos de indefensión, y en ocasiones, provoca estrés post traumático⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Por ello es importante el tratamiento psicológico, ya que se ha comprobado que mejora la calidad de vida y reducen el *distress* de las pacientes con cáncer de mama⁽¹⁸⁾. Según el metanálisis de Hewitt et al.⁽¹⁹⁾ las intervenciones individuales

basadas en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) mejoran la calidad de vida y reducen el malestar psicológico en las pacientes con cáncer de mama. Además, varios estudios han demostrado que la TCC es efectiva para reducir la depresión⁽²⁰⁻²²⁾, la ansiedad^(23,24), el estrés⁽²⁵⁾ y la inestabilidad emocional. Así como, incrementar la adaptación a la enfermedad⁽²⁶⁾.

Las técnicas de la TCC que han logrado mayor efectividad son: la reestructuración cognitiva, *mindfulness*, manejo de contingencias, técnicas de distracción, biofeedback, solución de problemas, inoculación de estrés, relajación, desensibilización sistemática y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento^(18, 27). Autores aseguran que la calidad de vida y el grado de ajuste depende de la modificación de estrategias de afrontamiento, la edad, el apoyo social⁽²⁸⁻³¹⁾ y la evaluación cognitiva de la experiencia del cáncer⁽³²⁾. Se ha estudiado que usar estrategias de afrontamiento centradas en el problema (aceptación del diagnóstico, espíritu de lucha y replanteamiento positivo) es efectivo a la hora de disminuir los niveles de depresión y ansiedad después del primer año del diagnóstico^(31,33,34). Sin embargo, la evitación cognitiva, la aceptación pasiva y la resignación correlacionan con un bajo ajuste psicológico a largo plazo⁽³⁵⁾.

Por otro lado, a través de la psicoeducación, herramienta básica a la hora de intervenir en pacientes con cáncer de mama, se informa y educa a la paciente en ámbitos referidos a su enfermedad, tratamiento y secuelas en las diferentes áreas biopsicosociales^(18,28,36) con el fin de prepararlas para atravesar proceso de la enfermedad. Del mismo modo, mediante el counselling, se consigue un incremento de la motivación al cambio, la adhesión terapéutica, se fomenta la toma de decisiones y los estilos de vida saludables^(37,38) reduciendo con ello, la ansiedad y la depresión^(18,39).

2. Objetivo

El objetivo de este estudio se basa en comprobar la efectividad de la intervención psicológica individual en pacientes con cáncer de mama localizado, teniendo en cuenta dos tipos de intervención (TCC con psicoeducación; y counselling con psicoeducación). Para ello, se comparan ambos grupos con un grupo control que no recibe tratamiento psicológico, y se analiza el efecto de cada tipo de terapia en las variables dependientes (ansiedad, depresión, y estrategias de afrontamiento) tras 7 meses de intervención psicológica.

3. Hipótesis

- 1) Tras 7 meses de intervención psicológica individual basada en la TCC y psicoeducación, se va a lograr reducir de manera significativa las medias de depresión y de la ansiedad; e incrementarán las estrategias de afrontamiento basadas en el espíritu de lucha con respecto al grupo de counselling y el grupo control.
- 2) El grupo que utiliza la intervención psicológica basada en counselling y psicoeducación, va a lograr reducir las medias de ansiedad y depresión, y aumentará el uso de estrategias de afrontamiento basado en el espíritu de lucha en comparación con el GC.

4. Método

El estudio se enmarca en un diseño cuasi-experimental pretest-posttest con un grupo control solo equivalente posttest. Las pacientes que forman parte del grupo de intervención psicológica, se seleccionaron de manera no probabilística mediante muestreo consecutivo ya que era remitidas desde el Servicio de Cirugía y Unidad Funcional de Cáncer de Mama el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia con el fin de fomentar estilos de afrontamiento adaptativos, incrementar la adhesión al tratamiento y reducir los niveles de ansiedad y depresión. Estas mujeres realizaron el pretest justo antes de comenzar el tratamiento quimioterápico. Tras analizar los resultados, se estableció que aquellas pacientes que registraran más de 8 puntos en la prueba evaluada mediante la escala *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* compondrían el grupo 1 (G_1) y recibirían como tratamiento TCC y psicoeducación; mientras que el resto de mujeres con puntuaciones iguales o menores al punto de corte establecido formarían parte del grupo 2 (G_2); el cual basaba su tratamiento en psicoeducación y counselling. Por otro lado, la selección del Grupo Control (GC) se realizó, siete meses después de la primera medida. Es decir, en el momento previo a la segunda evaluación; mediante muestreo no probabilístico ya que se establecieron como requisitos: haber finalizado el tratamiento quimioterápico y no haber recibido intervención psicológica en los siete meses anteriores. De este modo, en la segunda evaluación (posttest) se evaluó a los dos grupos de intervención (G_1 y G_2) y por primera vez al GC.

El estudio se enmarca dentro de una investigación clínica y en el ámbito asistencial. Fue aprobado por el Comité de Cáncer de Mama del Hospital. Así mismo, las pacientes fueron informadas del tipo de intervención psicológica y de su voluntariedad a la hora de participar en él. Además, se explicó a las pacientes la confidencialidad en el tratamiento de los datos y se obtuvo su respectivo consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, diagnosticadas de cáncer de mama quirúrgicamente operable, en estadios iniciales y sin metástasis a distancia (estadio I, II y III). Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta descartar a pacientes con presencia de metástasis (estadio IV), trastorno psicopatológico grave (demencia o psicosis) e imposibilidad de un seguimiento reglado.

Participantes

Las 180 mujeres que participaron en este estudio se distribuyen en 3 grupos: Grupo 1 (G_1) formado por 50 pacientes; Grupo 2 (G_2) formado por 98 pacientes y Grupo Control (GC) con 32 pacientes que no recibieron intervención psicológica.

Las características sociodemográficas indican que la muestra del estudio tiene una edad media de 51,9 y una desviación típica de 10,9 y que existen diferencias significativas con respecto a la edad en los 3 grupos ($F= 3,167$; $p\leq 0,05$) – ver tabla 1-. Aproximadamente, la gran mayoría de las pacientes estaban casadas (70%); y alrededor de un 58% eran amas de casa, aunque en este caso, existen diferencias significativas entre los grupos ($X^2= 8,254$ y $p\leq 0,05$). Algo más de la mitad (58%) de mujeres de la muestra tenían la menopausia en el momento del diagnóstico del cáncer de mama. Por otro lado, alrededor de un 70,6% de la muestra total, no tenía antecedentes familiares de cáncer de mama.

Tabla 1. *Características sociodemográficas*

	G ₁ (n=50)		G ₂ (n=98)		GC (n=32)		TOTAL (n=180)	
Edad (años)								
\bar{X} (D.T)	49,70 (10,47)		53,82 (11,072)		49,78 (10,709)		51,96 (10,976)	
Rango	26-71		27-75		28-69		26-75	
Estado Civil	N	%	N	%	N	%	N	%
Casada	39	78%	77	78,50%	23	71,90%	139	77,22%
Viuda	3	6%	8	8,20%	2	6,30%	13	7,26%
Soltera	2	4%	5	5,10%	1	3,10%	8	4,46%
Separada	6	12%	8	8,20%	6	18,80%	20	11,20%
Vida laboral								
Amas de casa	26	52%	66	67,30%	13	40,60%	105	58,30%
Activas	24	48%	32	32,70%	19	59,40%	75	41,70%
Menopausia								
SÍ	25	50%	66	67,30%	14	43,80%	105	58,30%
NO	25	50%	32	32,70%	18	56,30%	75	41,70%
Antecedentes								
SÍ	12	24%	26	26,50%	15	46,90%	53	29,40%
NO	38	76%	72	73,50%	17	53,10%	127	70,60%

Nota. G₁ (TCC + psicoeducación); G₂ (counselling + psicoeducación); GC (Grupo Control)

En relación a las variables clínicas, aproximadamente la mayoría de mujeres (71%) de la muestra se encontraban en estadio II de enfermedad y solamente el 8,8% presenta el estadio III. Algo más de la mitad de mujeres (53%) de mujeres fueron intervenidas mediante una cirugía radical mientras que el 46% restante conservaba el seno tras la operación. La gran mayoría de mujeres de la muestra recibió quimioterapia con antraciclinas (FEC, FAC, TAC) que causan mayores efectos secundarios como alopecia. Además, también la mayor parte de la muestra, fue tratada radioterapia y hormonoterapia.

Tabla 2. *Características clínicas*

	G ₁ (n=50)		G ₂ (n=98)		GC (n=32)		TOTAL (n=180)	
Estadio	N	%	N	%	N	%	N	%
Estadio I	8	16%	18	18,4%	11	34,3%	37	20,6%
Estadio II	38	76%	71	72,4%	18	56,2%	127	70,6%
Estadio III	4	8%	9	9,2%	3	9,40%	16	8,8%

	G ₁ (n=50)		G ₂ (n=98)		GC (n=32)		TOTAL (n=180)	
Cirugía								
Radical	30	60%	56	57,1	10	31,3%	96	53,3%
Conservadora	20	40%	42	42,9	22	68,7%	84	46,7%
Quimioterapia								
Antraciclina	36	72%	70	71,4%	24	75%	130	72,2%
Sin antraciclina	14	28%	28	28,6%	8	25%	50	27,8%
Radioterapia								
SÍ	30	60%	60	61,2%	26	81,3%	116	64,4%
NO	20	40%	38	38,8%	6	18,7%	64	35,6%
Hormonoterapia								
SÍ	37	74%	67	68,4%	18	56,3%	122	67,7%
NO	13	26%	31	31,6%	14	43,7%	58	32,3%

Nota. Con antraciclina (FAC, FEC, TAC); sin antraciclina (CMF)

Instrumentos y procedimientos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron: 1) entrevistas semis-estructuradas para recoger datos biográficos y sociodemográficos; 2) la escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de Zigmond y Sanith⁽⁴⁰⁾ validada en muestra española por Caro e Ibañez⁽⁴¹⁾ sirve para valorar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con una enfermedad física en el ámbito hospitalario. Esta escala está compuesta de 14 ítems que refieren síntomas experimentados durante la semana anterior al momento de evaluación y se encuentran divididos en dos subescalas, 7 ítems forman parte de la subescala de depresión y los otros 7 ítems de la de ansiedad y validada en muestra española por Caro e Ibañez⁽⁴¹⁾ y 3) el test *Mini Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC)* de Watson⁽⁴²⁾, para evaluar los estilos de afrontamiento cognitivo de las pacientes. Es un instrumento rápido y útil para su administración, consta de 29 ítems. Cada uno de ellos posee un rango de 4 respuestas escala Likert, y está compuesto de cinco escalas: espíritu de lucha (EL), desesperanza (D), preocupación ansiosa (PA), fatalismo (aceptación estoica) (F), evitación (negación) (E/N).

Los efectos de la intervención psicológica se analizaron entre un periodo de ocho meses con el objetivo de medir las variables de ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento tras siete meses de intervención psicológica. Para ello se realizaron dos evaluaciones: la primera después de la intervención quirúrgica de la mama, justo antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia; momento en el que la paciente suele recibir información sobre su diagnóstico y pronóstico de enfermedad mediante el HADS y MINI-MAC en los dos grupos de intervención. La segunda evaluación psicológica, tuvo lugar tras finalizar los siete meses de intervención, coincidiendo con el fin del tratamiento quimioterápico. En esta ocasión, se evaluó en los tres grupos, G₁, G₂ y GC con los mismos instrumentos de evaluación. El objetivo fue valorar el efecto de las intervenciones psicológicas de G₁ y G₂ durante los siete meses; y comparar los resultados en las variables de ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento de los grupos G₁ y G₂ respecto al GC, el grupo de mujeres que no

había participado en el programa de intervención psicológica y que como el resto de grupos, también finalizaban el tratamiento quimioterápico en esos momentos.

Se realizaron dos tipos de intervenciones psicológicas. El G_1 compuesto por mujeres con sintomatología clínica, basaba su intervención en TCC y la psicoeducación durante los 7 meses a lo largo de 10 sesiones individuales. En las dos primeras sesiones, se utilizó la psicoeducación mediante la cual el equipo sanitario informa sobre la enfermedad, el tratamiento (prevención del linfedema, prótesis mamaria, efectos secundarios quimioterapia...) y el funcionamiento de los servicios a los que las pacientes pueden recurrir; con el fin de afrontar las dificultades de la enfermedad y el tratamiento a través de la comprensión y su conocimiento. Las 8 sesiones restantes la intervención son dedicadas al entrenamiento en técnicas de la TCC: reestructuración cognitiva, manejo de contingencias, relajación muscular, imaginación guiada, técnicas de distracción, técnica de solución de problemas y técnica de inoculación de estrés.

Por otro lado, el G_2 trataba a las mujeres sin sintomatología clínica mediante counselling y psicoeducación durante los siete meses de intervención. El objetivo de esta intervención es establecer una alianza terapéutica a través de la empatía, la escucha activa, y la aceptación incondicional; con el fin de lograr una relación terapéutica colaborativa y la participación activa de la paciente, quién expresará sus miedos, dudas y preocupaciones con el equipo psicológico para prevenir empeoramiento de su situación clínica inicial.

Análisis estadísticos

Para analizar los datos sociodemográficos y variables clínica se realizó un análisis descriptivo para las variables continuas; las cuales fueron comparadas en los tres grupos por medio de la X^2 .

Por otro lado, mediante un diseño de medidas repetidas mixto se estudió el efecto de la interacción de cada tipo de terapia con respecto al tiempo teniendo en cuenta los dos momentos de medida. Finalmente, a través de un ANOVA se pudieron ver las diferencias entre los tres grupos del estudio (G_1 , G_2 y GC) en el segundo momento de medida, y además, se realizó la prueba Bonferroni para analizar las comparaciones por pares entre los tres grupos.

5. Resultados

a) Evolución de las variables dependientes en los dos momentos de evaluación en función de los dos tipos de terapia individual.

A través de un diseño mixto de medidas repetidas, se estudia el efecto de los diferentes tipos de intervención psicológica del G_1 y G_2 en las variables dependientes a lo largo de siete meses, teniendo en cuenta las medidas de la primera y segunda evaluación – ver tabla 3-.

Como se observa en la tabla, la variable con mayor tamaño de efecto es la depresión ($F= 55,23$; $p\leq 0,05$; η^2 parcial=0,274) con cambios significativos en sus medias teniendo en cuenta la primera y la segunda evaluación de los dos grupos. Seguidamente de la variable desesperanza ($F= 37,02$; $p\leq 0,05$; η^2 parcial= 0,202), en la que ambos grupos también registran cambios significativos en sus medias

tras siete meses de intervención. De igual modo, se observa en los dos grupos que en la preocupación ansiosa ($F=25,78$; $p\leq 0,05$; η^2 parcial=0,150), existen diferencias significativas en sus medias través del tiempo gracias a los diferentes tipos de intervención. Por otro lado, la variable espíritu de lucha ($F= 18,3$; $p\leq 0,05$; η^2 parcial=0,111) con un tamaño de efecto mediano, también muestra diferencias estadísticamente significativas en sus medias en los dos momentos de evaluación con cada grupo de intervención - ver tabla 3-.

No obstante, la variable fatalismo ($F=0,022$; $p=0,882$ η^2 parcial $p<.00001$), con un tamaño del efecto pequeño, no muestra diferencias significativas en sus medias a lo largo de los siete meses teniendo en cuenta los dos grupos de intervención; al igual ocurre con la evitación cognitiva ($F=0,084$; $p=0,772$; η^2 parcial =0,001) con un ligero tamaño del efecto y con diferencias no significativas en las medias de ambos grupos teniendo en cuenta los siete meses de intervención psicológica a través de los dos momentos de evaluación- ver tabla 3-.

Tabla 3. Evolución de las distintas variables en los dos momentos de evaluación en función del tipo de tratamiento

Variables	Momentos de evaluación								F	Sig.	η^2 parcial
	I				II						
	G ₁	G ₂	G ₁	G ₂	G ₁	G ₂	G ₁	G ₂			
	\bar{X}	D.T	\bar{X}	D.T	\bar{X}	D.T	\bar{X}	D.T			
Ansiedad	9,68	2,42	3,11	1,79	5,74	4,06	2,88	2,61	49,66	.000	.254
Depresión	7,42	3,96	1,63	1,74	3,76	3,25	2,08	2,15	55,24	.000	.274
E. Lucha	9,7	1,98	11,77	1,33	11,2	2	11,8	1,47	18,33	.000	.111
Desesperanza	16,8	5,16	10,3	2,18	11,9	4,66	10,4	3,09	37,07	.000	.202
P. ansiosa	18,2	4,35	10,8	3,9	13,8	4,45	10,5	4,01	25,78	.000	.150
E. Cognitiva	9,3	2,44	6,83	2,52	9,02	2,73	6,72	2,97	.084	.722	.001
Fatalismo	12,6	2,2	12,3	2,43	13,2	2,03	12,8	2,51	.022	.822	.000

Nota. G₁ (terapia cognitivo conductual+ psicoeducación); G₂ (counselling + psicoeducación)

b) Diferencias de las variables dependientes comparando los tres grupos del estudio (G₁, G₂ y GC) en el segundo momento de medida.

Para analizar las diferencias de las variables dependientes en los diferentes grupos (G₁, G₂ y GC) en el segundo momento de evaluación, es decir, al finalizar el tratamiento de quimioterapia se realizó un diseño multifactorial ANOVA; a través del cual se obtuvieron estos resultados:

La variable ansiedad presenta diferencias significativas entre sus grupos ($F= 19,08$; $p\leq 0,05$) con medias en G₁ = 5,74, G₂ = 2,88 y GC = 6,63. En cuanto a la variable *depresión*, las diferencias entre los tres grupos fueron estadísticamente significativas ($F=17,8$; $p\leq 0,05$). Además, la prueba de Bonferroni demostró que existen diferencias significativas en los tres pares de comparaciones. Por otro lado, la variable espíritu de

lucha, tuvo medias ($G_1=11,2$; $G_2=11,8$; $GC=10,88$ estadísticamente significativas en sus grupos ($F=3,7$; $p\leq 0,05$). Pero al realizar las comparaciones por pares de grupos, se observó que solamente existen diferencias significativas entre G_2 y GC; ya que en G_1-G_2 $p=0,216$ y en G_1-GC $p=1,00$ y por lo tanto, no hay diferencias entre estos grupos. También, en la variable desesperanza hay diferencias significativas ($F=11,09$; $p\leq 0,05$) en las medias ($G_1=11,94$; $G_2=10,41$; $GC=14,09$).

Concretamente, existen diferencias significativas entre G_2-GC y entre $G_1-G.C$. No obstante, entre G_1-G_2 , no hay diferencias significativas ($p=0,078$). La preocupación ansiosa ($F=27,20$; $p\leq 0,05$), obtiene diferencias significativas entre las medias de los grupos ($G_1=13,84$; $G_2=10,49$; $GC=16,88$). Además al realizar las comparaciones por pares mediante la prueba de Bonferroni, se observaron diferencias significativas ($p\leq 0,05$) entre los tres pares de grupos.

Con respecto a la variable de evitación cognitiva, se ha comprobado que hay diferencias significativas ($F=12,90$; $p\leq 0,05$) entre las medias ($G_1=9,08$; $G_2=6,72$; $GC=8,84$) de los grupos del estudio. Finalmente, el fatalismo presenta medias similares entre sus grupos ($G_1=13,16$; $G_2=12,78$; $GC=13,66$) ya que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($F=1,91$; $p=0,151$) - ver tabla 4-.

Tabla 4. Comparación de medias para muestras no relacionadas

Variables	G_1		G_2		GC		F	Sig	Comparaciones por pares		
	\bar{X}	D.T	\bar{X}	D.T	\bar{X}	D.T			1	2	3
									Sig	Sig	Sig
Ansiedad	5,74	4,06	2,88	2,61	6,63	4,85	19,08	.000	.000	.807	.000
Depresión	3,76	3,25	2,08	2,15	5,38	3,88	17,8	.000	.003	.039	.000
E. Lucha	11,22	2,01	11,8	1,74	10,88	1,8	3,7	.027	.216	1,00	.043
Desesperanza	11,94	4,66	10,41	3,09	14,09	4,84	11,09	.000	.078	.049	.000
P. ansiosa	13,8	4,54	10,49	4,01	16,88	5,74	27,2	.000	.000	.008	.000
E. Cognitiva	9,02	2,73	6,72	2,97	8,84	3,09	12,9	.000	.000	1,00	.001
Fatalismo	13,16	2,03	12,78	2,51	13,66	1,753	1,91	.151	.994	1,00	.175

Nota. Comparaciones por pares (Bonferroni): 1= G_1-G_2 ; 2= G_1-GC ; 3= G_2-GC

6. Discusión

En primer lugar, tal y como sucede en el metanálisis de Jassim et al.⁽¹⁸⁾ en nuestro estudio también se confirma que mediante la intervención psicológica, las mujeres con cáncer de mama localizado, pueden lograr disminuir los niveles de ansiedad y depresión. Así como, reducir las estrategias de afrontamiento que conllevan un mal ajuste psicológico tal y como corrobora el estudio de Hack y Degner⁽³²⁾.

Con respecto a la efectividad de los diferentes tipos de intervenciones de este estudio, se han obtenido resultados similares a los de otros. Es decir que la TCC ha conseguido reducir los niveles de depresión y ansiedad^(20-22,27). Como se muestra en

este estudio, el grupo de intervención con mujeres de cáncer de mama que fue tratado con TCC registró en la primera evaluación (antes de la intervención psicológica) medias de ansiedad y depresión elevadas; sin embargo, tras la intervención psicológica, en la segunda evaluación, se pudo observar una reducción significativa en las puntuaciones de ansiedad y depresión. Por este motivo, podemos aceptar la hipótesis que sostenía que el grupo de la TCC reduciría sus medias en ansiedad y depresión de manera notable y significativa con respecto al grupo que ha basado su intervención en counselling y el grupo control que no ha recibido ningún tipo de intervención. Es decir, el grupo que trataba a las mujeres con counselling y psicoeducación en la primera evaluación mostraba medias de ansiedad y depresión inferiores al grupo que se intervino mediante TCC. Sin embargo, si se compara las variables de ansiedad y depresión en la primera evaluación y en la segunda en cada uno de los grupos de intervención, observamos que el grupo que utilizaba la TCC mostraba una mayor reducción significativa en las puntuaciones de sus variables que el grupo que basa su tratamiento en Counselling y Psicoeducación. Por tanto, la reducción de estas variables es mayor con la TCC.

Del mismo modo, en este estudio se ha comprobado tal y como otros autores afirman, que la intervención basada en counselling⁽³⁹⁾ y psicoeducación⁽³⁶⁾ en mujeres con cáncer de mama es efectiva para mantener y prevenir el aumento de la ansiedad y la depresión en comparación con el grupo control. No obstante, si se observa la evolución a lo largo de los siete meses de intervención con counselling, podemos apreciar que la depresión ha aumentado levemente en la segunda medida. Por lo que se debería tener en cuenta para futuras intervenciones la posibilidad de incluir algunas técnicas de la TCC con el fin de prevenir el aumento de la sintomatología depresiva y por tanto, posibles niveles clínicos de depresión.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento y el efecto de cada tipo de intervención; este estudio ha comprobado que la TCC reduce la preocupación ansiosa y la desesperanza e incrementa el espíritu de lucha de manera significativa a lo largo de siete meses de intervención; mientras que el grupo de counselling logra mantener el espíritu de lucha con los mismo niveles que antes de comenzar la intervención psicológica y reduce significativamente la preocupación ansiosa. Por otro lado, se ha demostrado que las pacientes que tienen un tratamiento basado en la TCC reducen de manera efectiva los niveles de desesperanza y preocupación ansiosa e incrementan el espíritu de lucha en comparación con aquellas pacientes que no recibieron intervención desde el inicio del proceso de tratamiento médico del cáncer de mama. Del mismo modo, el counselling como tratamiento psicológico, es efectivo ya que ha logrado que las pacientes sin sintomatología grave disminuyan sus niveles de desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva e incrementa el espíritu de lucha a lo largo de los 7 meses de intervención en comparación con aquellas mujeres que no recibieron intervención psicológica. De esta forma, tal y como afirman los estudios de Nosarti et al.⁽³⁵⁾ y Silva et al.⁽⁴³⁾ y como se ha planteado en nuestra hipótesis: la reducción de la depresión y la ansiedad, está relacionado con el uso de las estrategias de afrontamiento; concretamente con el incremento del espíritu de lucha y la disminución de los niveles de preocupación ansiosa y desesperanza.

En definitiva, podemos concluir que la TCC es efectiva para aquellas mujeres que tras la operación quirúrgica tienen elevadas puntuaciones en ansiedad y depresión. Puesto que mediante el uso de esta terapia, se logrará reducir notablemente la gravedad de la sintomatología clínica. Además, para las mujeres recién diagnosticadas de

cáncer de mama y que inician tratamiento se ha comprobado que el counselling y psicoeducación ayuda a prevenir un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión, y mantener el espíritu de lucha de las pacientes; pudiendo actuar la intervención como un factor amortiguador durante el proceso de tratamiento médico y quimioterápico.

Como limitaciones de este estudio, se debe tener en cuenta que no se pudo realizar un aleatorización por motivos éticos con las pacientes al ser un programa de intervención en un ámbito clínico. Del mismo modo, no se evaluó al GC, justo después de la cirugía y antes de comenzar el tratamiento con quimioterapia como se realizó con los otros dos grupos, ya que el hecho de evaluarlas y no incluirlas en el programa de intervención supone un grave problema ético. Por esta razón, para seleccionar el grupo control se acudió a una segunda unidad del hospital que no tenía inicialmente el programa de intervención psicológica desarrollado y se evaluó por primera vez, a mujeres que al igual que las que componían los otros dos grupos de intervención ya habían finalizado el tratamiento con quimioterapia, pero no habían recibido atención psicológica puesto que no disponían del programa. Debido a esto, no sabemos que niveles de ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento tenían estas pacientes antes de comenzar la quimioterapia.

6. Referencias bibliográficas

1. Bray F, Ferlay B, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L.A, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
2. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España. 2018. Madrid: SEOM; 2017 [Acceso el 20 de octubre de 2018]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf
3. SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España. 2019. Madrid: SEOM; 2018 [consultado 15 feb 2019]. Disponible en <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136:E359-86. doi: 10.1002/ijc.29210.
5. Noone A.M, Howlader N, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al. A SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015. *J Natl Cancer Inst* 2017 [Acceso el 20 oct 2018]. Disponible en: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/.
6. Torre L A., Bray F, Siegel R.L, Lortet J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65:87-108. doi: 10.3322/caac.21262.
7. American Cancer Society. Global Cancer Facts and Figures 4th Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2018 [Acceso el 20 octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-4th-edition.pdf>
8. Partridge A.H, Burstein H.J, Winer E.P. Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2001; 30:135-42.
9. Bleiker E.M, Pouwer F, Van der Ploeg H.M, Leer J.H, Adèr H.J. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient education and counselling*. *Patient Educ Couns* 2000; 40:209-17.

10. Lemieux J, Bordeleau L, Goodwin P. Medical, psychosocial, and health related quality of life issues in breast cancer survivors. *Cancer Surviv* 2007; 122:44. doi: 10.1007/978-0-387-68265-5_11
11. Tartaro J, Roberts J, Nosarti C, Crayford T, Luecken L, David A. Who benefits?: distress, adjustment and benefit-finding among breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23: 45-64.
12. Lauzier S, Maunsell E, Levesque P, Mondor M, Robert J, Robidoux A, Provencher L. Psychological distress and physical health in the year after diagnosis of DCIS or invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 120:685-91 doi: 10.1007/s10549-009-0477-z.
13. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008; 8:330. doi: 10.1186/1471-2407-8-330.
14. Abbey G, Thompson SB, Hickish, T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology Oncol* 2014; 24:371-81. doi: 10.1002/pon.3654,.
15. Fann J, Thomas-Rich A.M, Katon W.J, Cowley D, Pepping M, McGregor B.A et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:112-26. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008.
16. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology* 2007; 16:181-8. doi: 10.1002/pon.1057
17. Knobf M.T. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2011; 27:e1-e14. doi: 10.1016/j.soncn.2011.05.001
18. Jassim G.A, Whitford D.L., Hickey A, Carter B. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 28; 5:CD008729. doi:10.1002/14651858.CD008729.pub2.
19. Hewitt M, Herdman R, Holland J, editors. Institute of Medicine and National Research Council. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington, DC:. The National Academies Press. 2004. doi: 10.17226/10909.
20. Classen C.C, Kraemer H.C, Blasey C, Giese-Davis J, Koopman C, Palesh O.G, et al. Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psychooncology* 2008; 17:438-47. doi: 10.1002/pon.1280
21. Nunes D.F., Rodriguez A.L, Da Silva H.F, Luz C, Braga A.P, Muller M.C et al. Relaxation and guided imagery program in patients with breast 0cancer undergoing radiotherapy is not associated with neuroimmunomodulatory effects. *J Psychosom Res* 2007; 63:647-55.
22. Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y et al. Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2014; 23:93-9. doi: 10.1002/pon.3376.
23. Dolbeault S, Cayrou S, Bredart A, Viala A.L, Desclaux B, Saltel P et al. The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of arandomized French study. *Psychooncology* 2009; 18:647–56. doi: 10.1002/pon.1440.
24. Garssen B, Boomsma M.F, Meezenbroek E.J, Porsild T, Berkhof J, Berbee M, et al. Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psychooncology* 2013; 22:572–80. doi: 10.1002/pon.3034
25. Antoni M.H, Lechner S.C, Kazi A, Wimberly S.R, Sifre T.,Urcuyo K.R et al. How stress management improves qualityof life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006; 76:1143–52.

26. Boesen E.H, Karlsen R, Christensen J, Paaschburg B, Nielsen D, Bloch I.S et al. Psychosocial group intervention for patients with primary breast cancer: a randomised trial. *Eur J Cancer* 2011; 47:1363–72. doi: 10.1016/j.ejca.2011.01.002.
27. Carlson L.E, Speca M, Patel K.D, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003; 65:571-81
28. Font A, Rodríguez. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2007; 4: 423-446.
29. Levine E.G, Yoo G, Aviv C. Predictors of quality of life among ethnically diverse breast cancer survivors. *Appl Res Qual Life* 2017; 12:1-16. doi: 10.1007/s11482-016-9447-x.
30. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M, Zayeri F. Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electron Physician* 2015; 20; 7:1575-83. doi: 10.19082/1575
31. Sehlen S, Song R, Fahmüller H, Herschbach P, Lenk, M, Hollenhorst H et al. Coping of cancer patients during and after radiotherapy—a follow-up of 2 years. *Oncol Res Treat* 2003; 26:557–63. doi: 10.1159/000074151.
32. Hack T.F, Degner, L.F. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psychooncology* 2004; 13:235-47.
33. Lashbrook M., Valery P.C, Knott V, Kirshbaum M.N y Bernardes C.M. Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors: a literature review. *Cancer Nurs* 2018; 41:E23-E39. doi: 10.1097/NCC.0000000000000528.
34. Stanton A.L, Danoff-Burg S, Cameron C.L, Bishop M, Collins C.A, Sworowski LA et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:875-82.
35. Nosarti C, Roberts J.V, Crayford T, McKenzie K, David A.S. Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *J Psychosom Res* 2002; 53:1123-30
36. Gaston-Johansson F, Fall-Dickson F.M, Nanda J.P, Sarenmalm E.K, Browall M, Goldstein, N. Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psychooncology* 2013; 22:530-9. doi: 10.1002/pon.3031
37. Arranz P, Barbero J.L, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona; Ariel Ciencias Médicas; 2003.
38. Barreto P. El Counselling como instrumento terapéutico. En M. Die-Trill M., López E. editores. *Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: Ades Ediciones; 2000.p. 301-310
39. Badger T, Segrin C, Dorros S.M, Meek P, Lopez A.M. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurs Res* 2007; 56:44–53.
40. Zigmond A.S, Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
41. Caro I, Ibáñez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Bol Psicol* 1992; 36: 43-69.
42. Watson M, Law M, Dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *J Psychosoc Oncol* 1994; 12: 33-46.
43. Silva S.M, Crespo C, Canavarró M.C. Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychol Health* 2012; 27:1323-41. doi: 10.1080/08870446.2012.676644.

