

Terapia de Activación Conductual Breve para la Depresión en mujeres con cáncer de mama: casos clínicos

Ana Leticia Becerra Gálvez¹; Leonardo Reynoso Erazo²; Isaías Vicente Lugo-González^{3,*}

Recibido: 10 de junio de 2020 / 29 de agosto de 2020

Resumen: Introducción: El cáncer suele provocar desafíos para quien lo padece, genera un decremento en la calidad de vida y alteraciones emocionales como la depresión. La experiencia de vivir con cáncer contribuye a la pérdida de rutinas diarias, favoreciendo el aislamiento y comportamientos de evitación. Objetivo: Conocer la eficacia de una intervención basada en el protocolo revisado de la Terapia de Activación Conductual Breve para la Depresión (BATD- R por sus siglas en inglés) sobre los síntomas de depresión y calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en mujeres con cáncer de mama. Método: Participaron seis mujeres en etapa de remisión del cáncer de mama con un rango de edad de 31 a 75 años (M=50,50 DT=15,7) de tres hospitales de tercer nivel de la Ciudad de México. La intervención estuvo constituida por seis sesiones semanales de una hora. El procedimiento incluyó: psicoeducación y presentación del tratamiento, selección de actividades considerando áreas de vida y valores, selección de actividades-metas, establecimiento de duración/frecuencia de las actividades elegidas y monitoreo semanal. Con el uso del análisis funcional de la conducta se determinó el empleo de otras técnicas complementarias. Resultados: Las seis pacientes presentaron una disminución clínicamente significativa según las puntuaciones del BDI-II ($RCI_{IT} = 2,55-4,58$). Las pacientes dos, cuatro y cinco fueron quienes presentaron mejores resultados en la CVRS y un cambio clínico significativo ($RCI_{IT} = -2,01$ a $-5,44$). Conclusiones: El protocolo BATD-R derivado del modelo de Activación Conductual, resulta ser una herramienta muy útil, flexible y fácil de utilizar en contextos hospitalarios.

Palabras clave: Activación conductual, depresión, calidad de vida, cáncer.

1 Ana Leticia Becerra Gálvez. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Residencia en Medicina Conductual, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México. México

E-mail: behaviormed.ana@gmail.com

2 Leonardo Reynoso Erazo. División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México. México

E-mail: leoreynoso@gmail.com

3 Isaías Vicente Lugo-González. Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UICSE). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México. México.

E-mail: isaiasvlg@comunidad.unam.mx

* Dirección de correspondencia: Ana Leticia Becerra Gálvez. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Residencia en Medicina Conductual, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Av. De los Barrios #1 Fracc. Jardines de los Reyes, CP54090, Tlalnepantla, Estado de México. E-mail: behaviormed.ana@gmail.com

[en] The Brief Behavioral Activation Therapy for Depression in women with breast cancer: clinical cases

Abstract: Introduction: Cancer often causes challenges for those who suffer it, leading to a decrease in overall quality of life and emotional disturbances such as depression. The experience of living with cancer contributes to the loss of daily routines, fostering isolation and avoidance behaviors. Objective: To determine the efficacy of an intervention based on the revised protocol of Brief Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD-R) on symptoms of depression and health-related quality of life (HRQL) in women with breast cancer. Method: Six women in remission stage of breast cancer with an age range of 31 to 75 years ($M = 50,50$; $SD = 15,7$) from three tertiary referral hospitals in Mexico City participated. The intervention consisted of six weekly sessions of one hour. The procedure included: psychoeducation and presentation of treatment, selection of activities considering areas of life and values, selection of activities-goals, establishment of duration / frequency of the chosen activities and weekly monitoring. With the use of functional behavior analysis, the use of other complementary techniques was determined. Results: The six patients presented a clinically significant decrease according to the BDI-II scores ($RCI_{IT} = 2.55-4.58$). Patients two, four and five were those who presented better results in HRQL and a significant clinical change ($RCI_{IT} = -2.01$ to -5.44). Conclusions: The BATD-R protocol derived from the Behavioral Activation model, turns out to be a very useful, flexible and easy to use tool in hospital settings.

Keywords: Behavioral activation, depression, quality of life, cancer.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Consideraciones éticas 4. Análisis de datos 5. Resultados 6. Discusión y conclusiones 7. Referencias Bibliográficas

Cómo citar: Becerra Gálvez AL, Reynoso Erazo L, Lugo-González IV. Terapia de activación conductual breve para la depresión en mujeres con cáncer de mama: casos clínicos. *Psicooncología* 2020; 17: 387-400. doi: 10.5209/psic.71363

1. Introducción

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que impacta considerablemente la calidad de vida del paciente y sus familiares. Según la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾ una de las principales neoplasias en mujeres a nivel mundial es el cáncer de mama. Las estadísticas globales revelan que tan solo en 2018 se registraron más de 468 mil muertes por este tipo de tumor. Esta enfermedad no sólo conlleva un deterioro físico propio de la actividad tumoral y efectos secundarios del tratamiento, sino también problemas de carácter social y económico provocando en gran medida la presencia de alteraciones del estado de ánimo como ansiedad, estrés y depresión^(2,3).

Saberse diagnosticado con cáncer implica un proceso que puede resultar en demandas y exigencias del contexto difíciles de enfrentar por el individuo. Las afectaciones en la calidad de vida de un paciente con cáncer varían según algunos factores, entre los más comunes se encuentran: la personalidad, las redes de apoyo, los antecedentes psicológicos y las estrategias de afrontamiento⁽⁴⁻⁶⁾. En el caso del cáncer de mama, las mujeres que lo viven se enfrentan a una serie de circunstancias que afectan considerablemente su calidad de vida, por ejemplo: visitas constantes al hospital, alteraciones en la imagen corporal funcional y estructural, dolor crónico, linfedema, hipersensibilidad y toxicidad acumulada^(7,8). También a la falta de recursos económicos, los gastos catastróficos que genera el tratamiento médico y la red de apoyo social deficiente^(9,10). En el caso de las mujeres en etapa de remisión (aún libres

de la actividad tumoral), deben enfrentarse a varios de estos desafíos y al constante temor de la recaída.

Como ya antes se señalaba, la depresión suele ser uno de los problemas más frecuentes cuando se padece esta enfermedad. Al respecto, el National Cancer Institute⁽¹¹⁾ dice que entre el 15-25% de pacientes con cáncer tienen depresión en algún momento de la enfermedad, motivo por el cual, actualmente se disponen de diversos tratamientos para la depresión. Uno de ellos, la denominada activación conductual (AC), ha aportado evidencia empírica de su efectividad en pacientes con depresión además de que se conoce que puede tener un impacto favorable en la calidad de vida⁽¹²⁻¹⁷⁾.

En esa misma línea, la División 12 de Psicología Clínica de la Sociedad Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés)⁽¹⁸⁾ posiciona a la Terapia de Activación Conductual dentro de las principales terapias psicológicas para el tratamiento de la depresión. Esta terapia retoma elementos de la teoría conductual para explicar la presencia de la depresión y se caracteriza por reconocer que, comportamientos abiertos emitidos por un individuo lo colocan ante contingencias ambientales reforzantes, produciendo así, mejoras en los pensamientos, el estado de ánimo y la calidad de vida en general^(19,20).

Bajo los preceptos de esta terapia, se han desarrollado esquemas de tratamiento breve como el propuesto por Lejuez, Hopko y Hopko⁽²¹⁾ quienes elaboraron un protocolo de doce sesiones en las que se integran: monitoreo y programación de actividades con un marco idiográfico basado en valores. A esta propuesta le denominaron *Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión* (BATD por sus siglas en inglés). Diez años después se dio a conocer la versión modificada dando mayor prioridad a factores como la alianza terapéutica y herramientas más claras y sencillas para detectar las áreas de vida, valores y actividades que ejecutará el paciente (BATD-R)⁽²²⁾. Dada la flexibilidad y utilidad de este protocolo breve se ha empleado para el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas^(23,24).

Desde 2005 se ha puesto a prueba la utilidad de la BATD-R en población con cáncer y se ha medido su impacto con instrumentos que dan cuenta del cambio en variables como depresión, ansiedad, funcionalidad, apoyo social y calidad de vida⁽²⁵⁾. También se han sumado el estudio de otras variables como la activación conductual relacionada a la depresión, la cantidad de actividades y el acceso al refuerzo positivo⁽²⁶⁻³⁰⁾. Estudios realizados por Canity y Hopko⁽³¹⁾, González et al.⁽²⁷⁾ y Hopko et al.^(29,32) señalan que existen diferentes factores asociados a la eficacia del protocolo BATD-R cuando se aplica en pacientes oncológicos, por ejemplo: la severidad y cronicidad de la depresión, comienzo de los síntomas a edades tempranas, historia familiar de depresión, presencia de un trastorno de personalidad, coexistencia de algún otro trastorno de ansiedad, presencia de estigma social percibido, incremento del deterioro cognitivo o social, altos niveles de autocrítica, problemas maritales y falta de redes de apoyo social así como, poca expectativa a la utilidad del tratamiento, motivo por el cual en este tipo de terapias concentradas en la programación y ejecución de actividades es necesario lograr un compromiso activo del paciente⁽²⁶⁾. Además de considerar también la pérdida de pacientes por fallecimiento y hospitalización⁽³³⁾.

Dicho lo anterior, el objetivo de este estudio fue conocer la eficacia de una intervención basada en el protocolo revisado de la Terapia de Activación Conductual Breve para la Depresión (BATD- R por sus siglas en inglés) sobre los síntomas de depresión y calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en mujeres con cáncer de mama en etapa de remisión.

2. Método

Participantes

Participaron un total de seis mujeres con cáncer de mama en remisión de tres hospitales de tercer nivel de la Ciudad de México, con un rango de edad de 31 a 75 años ($M=50,50$, $DE=15,7$). Inicialmente se enlistaron un total de trece mujeres en el protocolo, de las cuales solo nueve se encontraban en etapa de remisión. Tres de ellas no fueron consideradas en esta investigación debido a que una abandonó voluntariamente el estudio y dos fueron canalizadas al servicio de psiquiatría para recibir apoyo complementario a la terapia. Las características sociodemográficas y clínicas se exponen en la Tabla 1. Todas las participantes accedieron a colaborar de manera voluntaria, eran mayores de edad, sabían leer y escribir. Ninguna de ellas presentó trastorno psiquiátrico aparente, esta información se corroboró por expediente médico y valoración integral de primera vez del servicio de psicooncología/psicología de la institución médica.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas de las participantes.

Variables sociodemográficas			Variables clínicas		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Residencia			Antecedentes familiares de cáncer		
CDMX	3	50	Si	3	50
Edo. De Méx.	3	50	No	3	50
Estado civil			Estadio clínico		
Soltera	1	16,6	II	3	50
Casada	1	16,6			
Viuda	1	16,6	Desconoce	3	50
Separada	3	50,2			
Escolaridad			Tiempo de Remisión		
Secundaria	3	50	12 a 24 meses	1	16,6
Preparatoria	1	16,6	25-60 meses	4	66,8
Licenciatura	2	33,4	61 meses o más	1	16,6
Ocupación			Tratamiento médico previo		
Hogar	3	50	Mastectomía +QT	5	83,3
Comerciante	2	33,4	Mastectomía	1	16,6
Profesional	1	16,6	+QT+RT		

Nota: La abreviatura QT hace referencia al tratamiento con quimioterapia. La abreviatura RT hace referencia al tratamiento con radioterapia.

Las participantes reportaron un nivel de depresión moderada previa a la intervención identificado por la Escala de Depresión de Beck en su versión II (BDI-II) y depresión leve en la subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Aquellos casos donde se presentaba trastorno del

estado de ánimo diagnosticado o que contaban con tratamiento médico psiquiátrico o psicoterapéutico, así como, las participantes que no concluyeron con la intervención no fueron incluidos en el análisis de resultados de este estudio.

Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico*. Formato desarrollado *ad hoc* y que tuvo como finalidad recabar datos sociodemográficos del paciente y variables relacionadas al cáncer.
- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)*. Escala validada en población oncológica mexicana por Galindo et al.⁽³⁴⁾. Esta versión consta con 12 reactivos, los ítems pares representan la subescala de depresión y los ítems impares representan la subescala de ansiedad. Con un $\alpha=0,86$ para la escala en general; así como un $\alpha=.79$ para la subescala de ansiedad y un $\alpha=0,80$ para la subescala de depresión. Posee cuatro opciones de respuesta (0-3 pts.). Los rangos de severidad son: 0-5 puntos, sin depresión/ansiedad; 6-8 puntos depresión/ansiedad leve; 9-11 puntos depresión/ansiedad moderada y 12 puntos o más depresión/ansiedad grave.
- *Inventario de Depresión de Beck II (BDI II)*. Consta de 21 reactivos que determinan la severidad de los síntomas y conductas de depresión. Conserva la estructura original de dos factores denominados cognitiva-afectiva (ítems 1-3, 5-9, y 14), con alfa de Cronbach de 0,83; el segundo factor se denomina somático-motivacional (ítems 4, 10-13, 15-21), con un alfa de Cronbach de 0,77. El alfa de Cronbach de la escala fue de 0.85 con una varianza explicada de 42,23%. Los rangos de severidad: 0-9 puntos depresión mínima, 10-16 depresión leve, 17-29 depresión moderada, 30-63 depresión grave. Validado en pacientes oncológicos mexicanos por Galindo et al.⁽³⁵⁾.
- *EORTC-QLQ C30*. Escala desarrollada por la *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*. Mide calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes oncológicos, cuenta con 30 reactivos, con cuatro opciones de respuesta (0-3 pts.). Las escalas funcionales incluyen física (ítems 1-5), desempeño (ítems 6 y 7), cognitiva (ítems 20-25), emocional (ítem 4) y social (ítems 26 y 27); las escalas sintomáticas son fatiga (ítems 10, 12 y 18), dolor (ítems 9 y 19), náuseas y vómitos (ítems 14 y 15), disnea (ítem 8), insomnio (ítem 11), pérdida de apetito (ítem 13), estreñimiento (ítem 16), diarrea (ítem 17), impacto económico (ítem 28). La escala de Estado global de la Salud (ítems 29 y 30) es la única que tiene siete opciones de respuesta. Validada para uso en población mexicana con cáncer por Cerezo et al.⁽³⁶⁾ mostrando una $\alpha \geq 0,70$ en cada sub escala excepto en funcionamiento cognitivo y náusea/vómito.

Formatos de autorregistro del protocolo BATD-R⁽²²⁾:

- *Formato 1*: Registro para identificar los comportamientos ejecutados por día, en el cual el individuo describe las actividades diarias emitidas, la importancia que le representa en una escala del 0 al 10 y nivel de disfrute en una escala del 0 al 10. Este registro permite al clínico ubicar el patrón de evitación asociado a la depresión.
- *Formato 2*: Posibilita la identificación de las cinco áreas de vida, así como enlistar un mínimo de tres actividades a programar en la semana acorde con el valor.

- *Formato 3*: Permite analizar la dificultad de las 15 actividades a realizar durante la programación semanal y se jerarquiza con apoyo del paciente para comenzar con aquellas que resultan ser más fáciles y enfrentar aquellos obstáculos de las que resultan más difíciles
- *Formato 4*: Contrato con otros. Ayuda al paciente a identificar aquellas personas que pueden colaborar en la ejecución de las actividades, especificando las formas en las que puede hacerlo.

Procedimiento

La intervención psicológica basada en la BATD-R se constituyó de tres fases y se instrumentó en seis sesiones con una duración de 50 minutos aproximadamente. La fase de evaluación estuvo compuesta por la entrevista conductual, aplicación de los inventarios y la explicación de los registros. La segunda fase estuvo conformada por elementos como registro de actividades, programación y jerarquización de actividades, elección de actividades con base en áreas de vida y valores, así como, el análisis de las dificultades y planeación de estrategias para su resolución. Por último, la fase tres consistió en la preparación para el cierre, refuerzo de estrategias terapéuticas para seguir activo y aplicación de inventarios. Es importante señalar que las sesiones terapéuticas fueron ajustadas con base en el análisis funcional de la conducta de cada paciente, y se utilizaron otras estrategias de apoyo acordes al modelo de la AC como técnicas de respiración, control de estímulos, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas.

3. Consideraciones éticas

El riesgo de la investigación fue mínimo por tratarse de un estudio prospectivo que utilizó procedimientos psicoterapéuticos comunes, flexibles y con amplia evidencia de su eficacia. La obtención del consentimiento informado se llevó a cabo en un marco de la transparencia, se informó por reporte verbal y a la lectura tácita del documento. Una vez efectuada la explicación, se procedió a cuestionar al participante ante posibles dudas para después obtener la rúbrica sobre el consentimiento. Esta investigación no contó con patrocinio o financiamiento de terceros.

4. Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 25,0 para Windows. Para obtener los estadísticos descriptivos del HADS, BDI-II y EORTC QLQ C-30 se identificaron las puntuaciones totales y por subescala de las evaluaciones pre y post de cada participante. Se calculó el Índice de Cambio Fiable (RCI_{JP} , *Reliable Change Index*) mediante la estrategia *A*, estadístico por medio del cual se valora la significancia del cambio clínico, basándose en el error típico de medida, incorporando tanto los datos de la pre y post prueba.

Para realizar estos cálculos se obtuvo el punto de corte *C*, el cual se determina sustrayendo una desviación estándar a la puntuación media de la escala o subescalas cuando la mejoría o recuperación de los pacientes implica una disminución en los puntajes de la prueba (ansiedad y depresión), por el contrario, si la mejoría o recuperación implica un

aumento en los puntajes de la prueba (CVRS) se deberá adicionar la desviación estándar a la puntuación media de la escala o subescalas. Finalmente, para valorar la significancia clínica de la intervención se tomó como criterio un RCI_{JT} superior a 1,96⁽³⁷⁻³⁹⁾.

5. Resultados

En lo que respecta a los puntos de corte *C* se obtuvieron los siguientes resultados: 1) HADS: Ansiedad= 2,78 y Depresión= 1,24; 2) BDI-II= 2,12 y 3) EORC QLQ-C30: Función física= 95,1; Desempeño= 93,3; Cognitiva= 105,9; Emocional= 97,4; Social= 106,9; Fatiga= 37,7; Dolor= 52,6; Náusea y vómito= 29,7 y Escala global= 87,9.

Se observa una disminución en las puntuaciones de las subescalas ansiedad y depresión de la escala HADS, así como, de las puntuaciones del BDI-II, sin embargo, y con base en el punto de corte *C*, ninguna de las pacientes superó el criterio especificado para las variables de ansiedad y depresión. Al cálculo del RCI_{JT} en ansiedad (HADS) se encontró que las pacientes cuatro y seis sí lograron una disminución clínicamente significativa ($RCI_{JT} = 2,09$), de igual manera, en la subescala de depresión (HADS) en las pacientes uno, cuatro, cinco y seis ($RCI_{JT} = 2,06-2,48$). Las seis pacientes presentaron una disminución clínicamente significativa según las puntuaciones del BDI-II ($RCI_{JT} = 2,55-4,58$) tal como se puede apreciar en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntuaciones pre y post intervención de las escalas HADS y BDI-II de cada participante.

Participantes	HADS- A			HADS-D			BDI-II		
	Pre	Post	RCI_{JT}	Pre	Post	RCI_{JT}	Pre	Post	RCI_{JT}
1	10	8 ^a	0,83	16	10 ^a	2,48*	30	16 ^a	3,57*
2	4	3 ^a	0,42	7	6 ^a	0,41	21	11 ^a	2,55*
3	2	1 ^a	0,42	7	4 ^a	1,24	21	4 ^a	4,33*
4	8	3 ^a	2,09*	9	3 ^a	2,48*	25	8 ^a	4,33*
5	8	4 ^a	1,67	11	6 ^a	2,06*	35	17 ^a	4,58*
6	8	3 ^a	2,09*	9	4 ^a	2,06*	26	14 ^a	3,06*

Nota: Se observan las puntuaciones pre y post intervención de las subescalas de ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D) y de la escala BDI-II.

^a Puntuaciones de las subescalas del HADS y el BDI-II que disminuyen en la post evaluación (a menor puntuación menor ansiedad- depresión según sea el caso).

*Cambio clínico significativo (Índice de Cambio Fiable, $RCI_{JT} \geq 1,96$)

En la Tabla 3 se describen las puntuaciones de las escalas funcionales, sintomáticas y global del EORTC QLQ- C30, en ella se puede notar un aumento importante en las puntuaciones de las subescalas cognitiva y emocional. Considerando el punto de corte *C*, se encuentra que la paciente seis superó el criterio especificado para la escala física, las pacientes dos y cinco en desempeño, las pacientes cuatro y cinco en la escala cognitiva, las pacientes dos y tres en la escala emocional, mientras que las pacientes dos y cuatro a nivel social. Al realizar el cálculo del RCI se encuentra que las pacientes dos (física, emocional y social), cuatro (cognitiva, emocional, social y global), y cinco (emocional y social), fueron quienes presentaron mejores resultados y un cambio clínico significativo ($RCI_{JT} = -2,01$ a $-5,44$).

Tabla 3. Puntuaciones pre y post intervención de las escalas funcionales, sintomáticas y global del EORTC QLQ-C30.

Escala	Participantes																	
	1		2		3		4		5		6							
	Pre	Post	RCI _{JT}	Pre	Post	RCI _{JT}	Pre	Post	RCI _{JT}	Pre	Post	RCI _{JT}						
Escalas funcionales	Física	93	93	0,00	60	87 ^a	73	0,56	100	100	0,00	60	73 ^a	-1,03	93	100 ^a	-0,56	
	Desempeño	50	83 ^a	-1,61	67	100 ^a	100	0,00	100	83	0,83	67	100 ^a	-1,61	100	100	0,00	
	Cognitiva	50	83 ^a	-2,46*	67	83 ^a	-1,19	100	0,00	67	100 ^a	-2,46*	50	67 ^a	-1,27	83	100 ^a	-1,27
	Emocional	67	75 ^a	-0,75	58	100 ^a	-3,94*	92	-0,75	25	83 ^a	-5,44*	33	75 ^a	-3,94*	83	83	0,00
Escalas sintomáticas	Social	100	100	0,00	67	100 ^a	-2,01*	100	83	1,04	50	100 ^a	-3,05*	33	67 ^a	-2,07*	100	0,00
	Fatiga	44	33	0,88	33	22	0,88	22	33 ^a	-0,88	33	22	0,88	44	33	0,88	33	0,00
	Dolor	33	33	0,00	33	33	0,00	17	17	17	0,00	17	17	0,00	100	100	0,00	
	Nausea y vómito	100	100	0,00	100	100	0,00	100	100	100	0,00	100	100	0,00	100	100	0,00	
	Disnea	33	33	---	100	33	100 ^a	---	33	33	---	33	33	---	100	100	---	
	Insomnio	100	33	---	67	33	---	100	100	---	33	33	---	33	33	---	33	---
	Pérdida de apetito	33	100 ^a	---	33	100 ^a	---	100	100	---	100	100	---	33	33	---	33	---
	Estreñimiento	33	67 ^a	---	67	67	---	67	67	---	67	67	---	33	67 ^a	---	67	---
	Diarrea	67	67	---	67	67	---	67	67	---	67	67	---	33	67 ^a	---	67	---
	Impacto económico	33	33	---	33	33	---	67	67	---	33	33	---	100	33	---	67	---
Escala Global	83	58	3,03	83	75	0,97	100	83	2,06	58	83 ^a	-3,64*	58	58	0,00	100	83	2,06

Nota: Se observan las puntuaciones estandarizadas de las evaluaciones pre y post intervención de las seis participantes en las escalas funcionales, sintomáticas y global del EORTC QLQ-C30.

^a Puntuaciones que aumentan ese factor en la post evaluación (a mayor puntuación mayor CVRS percibida).

*Cambio clínico significativo (Índice de Cambio Fiable, $RCI_{JT} \geq 1,96$) el dato es negativo ya que un aumento en la puntuación representa una mejoría en la CVRS.

Los registros elaborados para la programación de actividades, valores y áreas de vida sugieren que las seis participantes dedicaron un mayor tiempo a las actividades relacionadas con las áreas: educación/ trabajo, responsabilidades diarias, relaciones y recreación/intereses. La importancia y complejidad de las actividades cambiaron según las condiciones de la paciente (funcionalidad, movilidad y presencia de dolor), la actividad (actividades de mayor o menor esfuerzo) y redes de apoyo (personas disponibles para colaborar en la ejecución de actividades). Todas las participantes refirieron realizar dichas actividades con apoyo de familiares, hijos (as) y hermanos (as) o con ayuda de algunos amigos de trabajo o de otras redes sociales (ej. personas de la comunidad religiosa, compañeras del yoga y vecinos). En la Tabla 4 pueden observarse las actividades por área de vida, la frecuencia y la duración por semana de cada una de las participantes.

Tabla 4. Actividades, frecuencia y duración semanal de las actividades programadas por las participantes.

Áreas de Vida	Actividades	Participantes					
		1	2	3	4	5	6
		<i>f(t)</i>	<i>f(t)</i>	<i>f(t)</i>	<i>f(t)</i>	<i>f(t)</i>	<i>f(t)</i>
Relaciones	Visitar/Conversar con familiares y amigos	4 (4)	4 (3)	5 (6)	3 (2)	2 (2)	3 (6)
	Pasear con familiares y amigos	2 (4)	2 (12)	-	2 (6)	-	1 (4)
Educación/ trabajo	Leer	2 (8)	3 (2)	2 (2)	-	3 (6)	4 (12)
	Tomar cursos/capacitación profesional	2 (4)	-	-	1 (1)	-	-
	Emprender/hacer crecer un negocio	-	6 (19)	-	7 (20)	-	-
	Trabajo	4 (16)	7 (20)	5 (30)	7 (24)	-	5 (32)
Recreación/ intereses	Ejercitarse (rutina)	-	-	2 (2)	6 (8)	-	2 (2)
	Caminar	4 (5)	3 (2)	5 (3)	5 (2)	-	-
	Pasear a mascotas	-	5 (1,5)	-	-	-	-
	Escuchar música	5 (5)	5 (5)	7 (9)	7 (20)	7 (16)	7 (14)
	Ver televisión	7 (12)	7 (12,5)	7 (13)	7 (12)	7 (49)	7 (32)
	Bailar	-	-	2 (2)	1 (1)	-	1 (1)
Mente/cuerpo/ espiritualidad	Asistir a la iglesia/congregación	-	1 (2)	1 (1)	2 (2)	-	1 (1)
	Rezar/Orar	-	7 (2,5)	7 (2)	7 (2,5)	7 (4)	-
	Asistir a clases de yoga	2 (2)	-	-	-	-	-
Responsabilidades diarias	Limpieza de la casa	6 (10)	7 (15)	7 (10)	7 (14)	7 (9)	7 (12)
	Lavar/planchar ropa	1 (4)	2 (6)	1 (4)	1 (4)	-	2 (5)
	Lavar el auto	-	-	1 (2)	-	-	-

Nota: Se describen las actividades programadas por las pacientes según las distintas áreas de vida. La *f* hace alusión al número de días que se realizaron esas actividades por semana. La *(t)* hace referencia al tiempo en horas invertido en esas actividades por semana.

6. Discusión y conclusiones

Considerando que el objetivo de este estudio fue conocer la eficacia del protocolo BATD-R sobre los niveles de depresión y la CVRS en seis mujeres con cáncer de mama en etapa de remisión, se concluye que esta intervención tuvo un efecto favorable en dichas variables. Los resultados sugieren que se produjeron cambios en las participantes, como revelan los niveles de depresión en las escalas HADS y BDI II. Aun cuando no era parte del objetivo en cuestión, se decidió dar cuenta de los cambios en los niveles de ansiedad por medio de la subescala HADS, pues se encontraron diferencias importantes entre las evaluaciones pre y post intervención. Este hallazgo concuerda con lo reportado en estudios previos que mencionan que el diagnóstico de cáncer representa un alto riesgo de presentar no solo depresión sino también ansiedad y sería casi imposible encontrar pacientes sin algún trastorno o sintomatología coexistente a la depresión. Señalan además que el protocolo BATD-R también produce cambios en la sintomatología ansiosa, esto debido a que una vez que el/la paciente realiza las actividades programadas se presentan las recompensas ambientales y se observan diferencias no solo en las respuestas ansiógenas, sino también en el nivel de energía percibida, motivación y patrones de pensamiento^(26,27).

En cuanto a los niveles de depresión, es importante considerar la severidad pre-intervención, Hopko et al.⁽²⁹⁾ comentan al respecto que, al parecer, la severidad de la depresión no se relaciona con la remisión de los síntomas, pero suele funcionar como un moderador de la respuesta al tratamiento posterior a la intervención. Además, sugieren que existen otros factores que se correlacionan con la severidad como son: el bajo nivel escolar, menos recompensa por parte del ambiente y mayor malestar físico derivado del cáncer o el tratamiento médico. En concordancia con este último punto, se encontró que las participantes con nivel escolar bajo tenían una mayor dificultad para entender la lógica de tratamiento y cuestionaban con frecuencia su utilidad. Además, la pérdida parcial de movilidad en la extremidad donde se llevó a cabo la mastectomía, la presencia de linfedema y el dolor, limitó la ejecución de las actividades programadas en las participantes uno, dos y tres, razón por la cual se tuvieron que hacer ajustes en la frecuencia y duración de las actividades programadas.

En otras participantes fue fundamental integrar contratos conductuales debido a lo complejo que resultó para ellas detectar los beneficios de la terapia y el llenado del registro. Por ejemplo, en el caso de la paciente cinco (con 75 años de edad) resultó difícil lograr que identificara cosas valiosas en su vida y en virtud de ello llenar los registros subsecuentes. La hipótesis es que quizás esta paciente encontró dificultades para reconocer sus valores debido a las ideas que giran en torno a la vejez y ser mujer en un contexto social como el de México, por lo tanto, no se comprometía del todo con ciertas actividades de la vida cotidiana puesto que no le representaban algo significativo por la percepción del cumplimiento de su rol social, además de la edad avanzada y el apoyo social que tenía en casa (contaba con un cuidador que le ayudaba en gran medida a las tareas del hogar y otras actividades). Hasta el momento no se ha encontrado evidencia de que la edad es una variable mediadora en la reducción de la sintomatología depresiva cuando se interviene con el protocolo BATD-R, sin embargo, la edad figura como un factor personal de riesgo en pacientes oncológicos para presentar depresión y en el caso de los pacientes mayores de 50 años es un factor latente pues experimentan otro tipo de vivencias y pierden gran parte de sus rutinas diarias debido a la ausencia de los hijos, la viudez y la jubilación^(40,41).

En términos de la CVRS, no se encontraron cambios significativos en la escala global y en las escalas sintomáticas del EORTC QLQ-C30, situación que se explica por las características de la muestra; son mujeres que se encuentran en una etapa de remisión del cáncer lo que supone una ausencia de actividad tumoral y una mínima exposición a los efectos secundarios adversos del tratamiento. En cuanto al dolor físico y el insomnio, se encontró que en el caso de la participante uno, este se debía al catéter puerto el cual aún no había sido retirado por los médicos. Si bien es cierto todas las participantes presentan algún tipo de dolor físico, en ninguno de los casos se observa cambios en la puntuación post intervención que indiquen un aumento en ese factor.

A continuación, se describen algunas limitaciones de este estudio, así como, sugerencias para su control en futuras investigaciones. Aunque en esta investigación se consideró como criterio de inclusión, la presencia de sintomatología depresiva moderada y no contar con antecedentes de tratamientos psicológicos o psiquiátricos, se podrían tomar otras medidas para conocer la severidad y evolución de la depresión previa, durante y posterior a la intervención. Algunas acciones para realizar serían: tomarse medidas repetidas previas a la intervención y formar así una línea base⁽⁴²⁾ con indicadores subjetivos de intensidad del malestar e indicadores conductuales de ocurrencia continua. Es menester dar seguimiento a tres, seis o doce meses según lo permita el contexto y viabilidad para realizar las investigaciones^(26,32). En el caso de estas participantes resultó difícil establecer los momentos de seguimiento debido a que al estar en etapa de remisión los tiempos en hospital y las actividades a realizar en este contexto se aplazan y no suelen ser exhaustivos como en la etapa de tratamiento.

En relación con los instrumentos de medición utilizados, se encuentra oportuno el uso de escalas de tamizaje que revelen la gravedad del síntoma como en este caso el inventario BDI-II y HADS, sin embargo, es menester insistir en el reconocimiento de que estas escalas solo servirán como indicadores que aportarán al clínico información valiosa para la elaboración del análisis funcional de la conducta del individuo en cuestión y no con fines de clasificación diagnóstica. Se sugiere en investigaciones posteriores utilizar inventarios elaborados con base en el modelo de activación conductual validados en población oncológica mexicana como, por ejemplo; la escala *Behavioral Activation for Depression Scale* (BADS, por sus siglas en inglés) y la escala *Environmental Reward Observation Scale* (EROS, por sus siglas en inglés)⁽²⁴⁾. Finalmente se sugiere comparar resultados de este protocolo con otras terapias de tercera generación que han dado cuenta de su evidencia empírica como la Terapia de Aceptación y Compromiso⁽²⁷⁾.

Se concluye que cursar con un diagnóstico de cáncer de mama representa cambios en la vida de las pacientes y sus familiares, pues deben afrontar problemas derivados de la enfermedad, alto riesgo de mortalidad, además de síntomas de ansiedad y depresión en el proceso natural que el mismo padecimiento conlleva. El protocolo BATD-R derivado del modelo de AC, resulta ser una herramienta muy útil en la reducción de sintomatología ansiosa o depresiva y mejora la calidad de vida del enfermo, por medio de la identificación de valores, el planteamiento de metas y la planeación de actividades. Es fácil de aplicar aún en contextos de atención médica, ya que no requiere de un entrenamiento previo del clínico y ya existe guía sistemática para su aplicación, además, es eficiente en tiempo, sobre todo en pacientes oncológicos los cuales se pueden sentir abrumados por la enfermedad y lo que ella representa^(27,33). Es importante seguir desarrollando intervenciones para

el tratamiento de la depresión y mejorar CVRS en pacientes en etapa de remisión y por supuesto en supervivientes de la enfermedad oncológica, ya que las dificultades que enfrentan son distintas a la etapa pre-diagnóstica, de tratamiento o paliativa-terminal.

7. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Agencia Internacional de Investigación en Cáncer. [Acceso 20 de enero de 2020]. Cáncer Ahora. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
2. American Psychiatric Association. Practice guide for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psych* 2000; 157: 4o Suplement.
3. Kleiboer A, Bennett F, Hodges L, Walker J, Thekkumpurath P, Sharpe M. The problems reported by cancer patients with major depression. *Psychooncology* 2003; 20:62-8. doi: 10.1002/pon.1708
4. Durá-Ferrandis E, Mandelblatt JS, Clapp J, Luta G, Faul L, Kimmick, G, et al. Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psychooncology* 2017; 26: 1914-21. doi:10.1002/pon.4404
5. Finck C, Barradas S, Zenger M, Hinz A. Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *Int J Clin Health Psychol* 2018; 18:27-34. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.11.002
6. Kim Y, Choi K, Han K, Kim H. A psychological intervention program for patients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: A randomized clinical trial. *J Clin Nurs* 2018; 27: 572-81. doi: 10.1111/jocn.13910.
7. Cordella M, Poiani A. Psychology and cancer. En: Cordella M, Poiani A. *Behavioural Oncology. Psychological, Communicate, and Social Dimensions*. New York: Springer link, 2014.p.81-222
8. Mongirál E, Trentini F, Baussard L, Cousson F. Quality of life, fatigue and changes therein as predictors of return to work during breast cancer treatment. *Scand J Caring Sci* 2019; 1-11. doi: 10.1111/scs.12646.
9. Dean LT, Moss SL, Ransome, Y, Frasso-Jaramillo L, Zhang Y, Visvanathan K, et al. "It still affects our economic situation": long-term economic burden of breast cancer and lymphedema. *Support Care Cancer* 2018; 27: 1697-708. doi:10.1007/s00520-018-4418-4
10. Park S, Chung S, Lee Y. Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer. *Appl Nurs Res* 2017; 33: 108-12. doi: 10.1016/j.apnr.2016.10.002.
11. National Cancer Institute. Depression (PDQ®). Health Professional Version. [Acceso 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depression-pro-pdq>
12. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 318-26. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001
13. Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioral treatment of depression. *Psychol Med* 2008; 38: 611-23. doi:10.1017/S0033291707001614
14. Kanter J, Busch A, Rusch, L. *Behavioral Activation. Distinctive features*. New York: Routledge, 2009.

15. Lewinsohn P. A behavioral approach to depression. En: Friedman RJ, Katz MM. (dirs.) *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: John Wiley, 1974. p.157-174
16. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatment for depression in adults: A meta-analysis and Review. *Clin Psychol Sci* 2009; 16: 383-411. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x
17. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *J Posit Psychol* 2010; 5:105-21. doi: 10.1080/17439760903569154
18. American Psychological Association. Society of Clinical Psychology. Treatment target: depression [Acceso 12 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.div12.org/diagnosis/depression/>
19. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, progress. *Clin Psych Rev* 2003; 23: 699-717. doi:10.1016/S0272-7358(03)00070-9
20. Pérez-Álvarez M. La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo* 2007; 28:97-110.
21. Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD. A brief behavioral activation treatment for depression. *Treatment manual. Behav Modif* 2001; 25: 255-86. doi: 10.1177/0145445510390929
22. Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten years revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behav Modif* 2011; 35:111-61. doi:10.1177/0145445510390929.
23. Harris S, Farrand P, Dickens C. Behavioural activation interventions for depressed individuals with a chronic physical illness: a systematic review protocol. *Syst Rev* 2013; 2; 105. doi: 10.1186/2046-4053-2-105
24. Barraca, J. La activación conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Anal Mod Cond* 2016 42:15-33. doi: <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>
25. Becerra Gálvez AL, Reynoso Erazo L, Bravo González MC, Ordaz Carrillo MI. Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología* 2017; 14:203-16. doi: 10.5209/PSIC.57080.
26. Armento ME, Hopko DR. Behavioral Activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clin Case Stud* 2009;8: 25-37. doi: 10.1177/1534650108327474
27. González S, Fernández C, Paz-Caballero M, Pérez-Álvarez M. Treating anxiety and depression of cancer survivors: behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema* 2018; 30: 14-20. doi: 10.7334/psicothema2017.396
28. Hopko DR, Armento ME, Robertson SM, Ryba MM, Carvalho JP, Colman LK, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79:834-9. doi: 10.1037/a0025450.
29. Hopko DR, Clark CG, Cannity K, Bell JL. Pretreatment depression severity in breast cancer patients and its relation to treatment response to behavior therapy. *Health Psychol* 2016; 35: 10-8. doi: 10.1037/hea0000252
30. Ryba M, Lejuez CW, Hopko DR. Behavioral activation for depressed breast cancer patients: The impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82: 325-35. doi: 10.1037/a0035363
31. Cannity KM, Hopko DR. Behavioral Activation for a Breast cancer patient with major depression and coexistent personality disorder. *J Contemp Psychother* 2017; 47; 201-10. doi: 10.1007/s10879-017-9359-6

32. Hopko DR, Bell JL, Armento MEA, Hunt MK, Lejuez CW. Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy* 2005; 42:236-43. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
33. Fernández C, Villoria E, Fernández P, González S, Pérez-Álvarez M. Effects of behavioral activation on the quality of life and emotional state of lung cancer and breast cancer patients during chemotherapy treatment. *Behav Modif* 2017; 30: 151-80. doi:10.1177/0145445517746915
34. Galindo O, Benjet C, Juárez F, Rojas E, Riveros A, Aguilar, et al. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental* 2015; 38:253-8.
35. Galindo O, Rojas E, Meneses A, Aguilar JL Alvarado S. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicol Salud* 2016; 26: 43-9.
36. Cerezo O, Oñate-Ocaña L, Arrieta J, González F, García M, Bargalló E et al. Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *Eur J Cancer Care* 2012; 21: 684-91. doi: 10.1111/j.1365-2354.2012.01336.x
37. Jacobson N, Truax P. Clinical Significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Clin Psychol* 1991; 59: 205-15.
38. Gómez J, Roussos A. ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Rev Argent Clín Psicol* 2012; 21: 173-90.
39. Sanz J, García M. Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clin Sal* 2015; 26: 167-80. doi: 10.1016/j.clysa.2015.09.004
40. Dauchy S, Dolbeault S, Reich M. Depression in cancer patients. *Eur J Cancer supplements* 2013; 11:205–15. doi: 10.1016/j.ejcsup.2013.07.006
41. Cvetković J, Nenadović M. Depression in breast cancer patients. *Psych Res* 2016; 240: 343–47. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.048
42. Fernández C, Villoria E, Padierna C, Amigo I, Gracia JM, Fernández R, et al. Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anal Psicol* 2011; 27: 278-91.