



Adaptación y evaluación de la eficacia de un programa psicoeducativo de navegación para disminuir síntomas de ansiedad y depresión en mujeres mexicanas con cáncer de mama

Flor E. Larios-Jiménez¹, Leivy P. González-Ramírez², Sara K. Rivas-Medina³, Antonio Ocegüera-Villanueva⁴, Adelfo Barragán-Ruíz⁵, Andrés de J. Morán-Mendoza⁵, Juan M. Castro-Cervantes⁶, Pedro Solano-Murillo⁶, Gilberto Morgan-Villela⁶, Mónica Montero-Ramírez⁴, Fabiola González-Betanzos⁷, Roberto Montes-Delgado⁸, Rebeca Robles-García⁹, Adrián Daneri-Navarro^{10*}

Recibido: 12 de octubre de 2021 / Aceptado: 1 de febrero de 2023

Resumen. Objetivo: El cáncer de mama (CAM) es un problema de salud pública mundial. La ansiedad y depresión son las principales comorbilidades que aquejan a este sector, el programa psicoeducativo de navegación (PPN) se presenta como una estrategia psicosocial eficaz en hospitales públicos de México. Método: Se realizó la adaptación del PPN y la evaluación de eficacia en 47 mujeres con CAM de tres hospitales de la Zona Metropolitana de Guadalajara. El PPN integró acompañamiento emocional, educación para la salud y técnicas de relajación. Se evaluaron los síntomas y los niveles de ansiedad y depresión, pre-post intervención con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

- 1 Flor E. Larios-Jiménez. Departamento de Disciplinas Filosóficas, Metodológicas e Instrumentales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.
E-mail: flor.larios@academicos.udg.mx
 - 2 Leivy P. González-Ramírez. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey Campus Guadalajara, Guadalajara, México.
E-mail: leivypagora@yahoo.com.mx
 - 3 Sara K. Rivas-Medina. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
E-mail: sara.rivas@alumnos.udg.mx
 - 4 Antonio Ocegüera-Villanueva. Instituto Jalisciense de Cancerología, Guadalajara. México.
E-mail: ocegüeraantonio@hotmail.com
 - 5 Adelfo Barragán-Ruiz. UMAE Hospital de Ginecoobstetricia, CMNO IMSS, Guadalajara. México.
E-mail: jabr007@hotmail.com
 - 6 Andrés de J. Morán-Mendoza. UMAE Hospital de Especialidades, CMNO IMSS, Guadalajara. México.
E-mail: anjmm2005@yahoo.com.mx
 - 7 Juan M. Castro-Cervantes. Facultad de Psicología, Universidad de Colima, Colima. México.
E-mail: drjmcastro@yahoo.com.mx
 - 8 Pedro Solano-Murillo. Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.
E-mail: psolanooonco@gmail.com
 - 9 Rebeca Robles-García. Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Ciudad de México. México.
E-mail: gmorgan@grupomosi.com
 - 10 Adrián Daneri-Navarro. Departamento de Fisiología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.
E-mail: monikamontero1@hotmail.com
- * Dirección de correspondencia: Adrián Daneri Navarro. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Sierra Nevada 950 Colonia Independencia, Guadalajara, Jalisco. E-mail: daneri@cucs.udg.mx

(HADS). Resultados: Se encontró una disminución en los síntomas de ansiedad pre-test (M= 6,79, DT= 4,01) y pos-test (M= 4,19, DT= 3,03), igual que en los síntomas de depresión antes (M= 6,02, DT= 4,07) y después (M= 4,23, DT= 3,05). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las evaluaciones pre y post intervención tanto en las dimensiones, como en la puntuación global ($p < 0,001$). Conclusiones: El PPN mostró eficacia para disminuir los síntomas y los niveles de ansiedad y depresión en mujeres mexicanas con CAM. Sugerimos replicar el programa en otros contextos de atención oncológica en seguimiento a las normativas nacionales.

Palabras Clave: Programa psicoeducativo, educación para la salud, técnicas de relajación, ansiedad, depresión, cáncer de mama.

[en] Design and evaluation of the efficacy of a psychoeducational navigation program to reduce symptoms of anxiety and depression in Mexican women with breast cancer

Abstract. Objective: Breast cancer (BC) is a public health problem. Anxiety and depression are the main comorbidities that afflict this sector, the navigation psychoeducational program (NPP) is presented as an effective psychosocial strategy in public hospitals in Mexico. Method: The NPP was adapted and its efficacy evaluated in 47 women with BC from three hospitals in the Guadalajara Metropolitan Area. The NPP integrated emotional accompaniment, health education and relaxation techniques. Symptoms and levels of anxiety and depression were evaluated pre-post intervention with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Results: A decrease was found in anxiety symptoms pre-test (M= 6.79, SD= 4.01) and post-test (M= 4.19, SD= 3.03), the same as in depression symptoms before (M= 6.02, SD= 4.07) and after (M= 4.23, SD= 3.05). Statistically significant differences were obtained between the pre- and post-intervention evaluations both in the dimensions and in the global score ($p < 0.001$).

Conclusions: The NPP showed efficacy in reducing symptoms and levels of anxiety and depression in Mexican women with BC. We suggest replicating the program in other cancer care contexts in compliance with national regulations.

Keywords: Psychoeducational program, health education, relaxation techniques, anxiety, depression, breast cancer.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Análisis estadístico 4. Resultados 4.1. Resultados Fase 1. Adaptación del programa 4.2. Resultados Fase 2. Evaluación de eficacia del programa psicoeducativo 5. Discusión 6. Conclusión 7. Financiación 8. Agradecimientos 9. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Larios-Jiménez FE, González-Ramírez LP, Rivas-Medina SK, Ocegüera-Villanueva A, Barragán-Ruiz A, Morán-Mendoza AJ, Castro-Cervantes JM., Solano-Murillo P, Morgan-Villela G, Montero-Ramírez M, González-Betanzos F, Montes-Delgado R, Robles-García R, Daneri-Navarro A. Adaptación y evaluación de la eficacia de un programa psicoeducativo de navegación para disminuir síntomas de ansiedad y depresión en mujeres mexicanas con cáncer de mama. *Psicooncología* 2023; 20: 121-138. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.87573>

1. Introducción

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial⁽¹⁾, el cáncer de mama en las mujeres mexicanas en edad productiva representa el tipo de cáncer de mayor incidencia⁽²⁾ y la primer causa de mortalidad de acuerdo a los reportes nacionales⁽³⁾; por lo que, el impacto psicosocial de este padecimiento afecta la calidad de vida.

Los síntomas de ansiedad y depresión en las personas afectadas por el cáncer de mama son las principales comorbilidades descritas⁽⁴⁾ y que además afectan los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por el tiempo vivido con una salud menguada⁽⁵⁾.

La literatura científica ha demostrado que las personas con cáncer al recibir el diagnóstico y tratamiento ven afectada su calidad de vida por situaciones propias de su condición de salud a nivel físico, fisiológico y psicosocial⁽⁶⁻⁹⁾; frente a este panorama existe una gran necesidad de estrategias de intervención que incrementen las posibilidades de sobrellevar de manera adaptativa y con menor desgaste el proceso oncológico.

El desarrollo del concepto de navegación de pacientes^(10,11) fue relacionado a los descubrimientos de las audiencias nacionales de la Sociedad Americana de Cáncer, frente al problema de salud oncológica en la población en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica⁽¹²⁾. Navegación de pacientes se expresó a través de dos vertientes: la navegación comunitaria y la navegación clínica⁽¹³⁾

El aporte realizado por el Dr. Harold Freeman en 1990, con la creación del “*Patient Navigation*” en los Estados Unidos, fue la piedra angular para considerar los factores psicosocioculturales que inciden en la experiencia oncológica en personas de todo el mundo⁽¹⁴⁾

La intervención psicoeducativa enfatiza los aspectos educacionales y está pensada para enseñar maneras de afrontar la enfermedad y sus tratamientos⁽¹⁵⁾. A diferencia de los programas de intervención psicoterapéutica, los programas psicoeducativos son breves y con objetivos más específicos, inmediatos y limitados. En el contexto oncológico el objetivo es la enseñanza de habilidades de afrontamiento, comunicación y solución de problemas relacionados con el cáncer⁽¹⁶⁾.

Las estrategias psicoeducativas resultan centrales para lograr una atención integral en las mujeres afectadas por el CAM; con el objetivo de reducir el sentimiento de indefensión e inadecuación relacionado con la incertidumbre y la falta de información, fomentando el empoderamiento de la mujer e impactando en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

El objetivo del presente trabajo fue mostrar la adaptación del modelo norteamericano de navegación clínica de Freeman⁽¹³⁾ a un programa psicoeducativo de navegación en México (fase 1), así como evaluar la eficacia del programa (fase 2) para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres afectadas por el cáncer de mama.

2. Método

Participantes y escenarios

Mujeres con cáncer de mama, pacientes de tres hospitales de tercer nivel de la Zona Metropolitana de Guadalajara; el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Hospital de Ginecoobstetricia, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto Jalisciense de Cancerología de la Secretaría de Salud.

Las pacientes fueron invitadas a participar en el estudio y aceptaron de manera voluntaria firmando el consentimiento informado.

Tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando como criterios de inclusión que las participantes presentaran un diagnóstico de cáncer de mama, que otorgaran voluntariamente su consentimiento de participación y que

estuvieran en la fase de inicio de tratamiento en cualquiera de las instituciones antes mencionadas para asegurar su posterior seguimiento.

Instrumentos

Ficha clínica y sociodemográfica. Se diseñó una ficha de datos con el objetivo de obtener datos de las pacientes como su edad, escolaridad, estado civil, su ocupación (remunerada o no), así como algunos datos clínicos, la institución donde recibía atención, la fecha del diagnóstico y algunos datos del tratamiento.

La Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS), se empleó con el objetivo de detectar síntomas de ansiedad y depresión, así como determinar la gravedad de los mismos. Es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas para evaluar a pacientes físicamente enfermos. Está constituido por catorce reactivos (siete para ansiedad y siete para depresión) que miden la presencia y severidad de síntomas experimentados durante la semana previa.

Las respuestas a las preguntas son ponderadas de cero a tres. La mayor cantidad de puntos es de veintiuno. Para determinar la severidad de los síntomas los puntos de corte se interpretan de la siguiente manera; las puntuaciones mayores a diez indican morbilidad psiquiátrica, puntuaciones entre ocho y diez son interpretadas como limítrofes, y puntuaciones inferiores a ocho son consideradas como normales.

La evaluación de propiedades psicométricas de la HADS en población oncológica mexicana mostró que el alfa de Cronbach de la subescala de ansiedad fue de 0,79, en tanto que la subescala de depresión, de 0,80 por lo que en términos generales se considera un instrumento adecuado para la evaluación de los síntomas y niveles de ansiedad y en pacientes afectados por el cáncer⁽¹⁹⁾.

Procedimiento

Se conformó un equipo de trabajo por nueve profesionales del campo de la salud. Dos psicólogos y una enfermera estudiante de la maestría en psicología de la salud, quienes fungieron como facilitadores en cada una de las instituciones participantes. Los tres facilitadores contaban con al menos un año de experiencia trabajando con población oncológica.

Se integraron al equipo de investigación seis pasantes de la licenciatura en psicología en proceso de realizar su servicio social y que fungieron como facilitadores de apoyo. Por lo anterior, se construyeron tres equipos, de tres personas en cada institución, cuyos roles serían un coordinador de centro y dos psicólogos de apoyo.

Se llevó a cabo un entrenamiento a los miembros de los equipos de cada institución por parte de la primera autora del presente trabajo, cuyo objetivo fue estandarizar las competencias de los facilitadores para aplicar el Programa Psicoeducativo de Navegación (PPN). Se capacitó también en el proceso de levantamiento de los datos para la evaluación, atendiendo criterios de validez empírica señalados por las normativas internacionales⁽¹⁸⁾.

El PPN se otorgó a las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El programa se integró de cinco sesiones en modalidad individual semanal y fueron otorgadas como se describen a continuación.

La primera sesión, incluyó la evaluación pre-test de los síntomas de ansiedad y depresión con la escala HADS y se realizó la entrevista clínica que ayudó a

delinear los objetivos terapéuticos. Se brindó el primer componente del programa correspondiente al acompañamiento emocional.

En la segunda sesión, se revisaron tareas para casa y se realizó un reforzamiento de las habilidades trabajadas durante la primera sesión de acompañamiento emocional para la expresión de emociones. Además, se trabajó la educación para la salud con el objetivo de empoderar a las pacientes en su proceso de recuperación a través de proporcionar información psicoeducativa validada por expertos.

En la tercera sesión, se revisaron las tareas para casa relacionadas a los dos componentes previos del PPN y se trabajaron las técnicas de relajación como estrategias para regular el malestar asociado al tratamiento oncológico y los efectos secundarios.

En la cuarta sesión se hizo el refuerzo de los tres componentes del PPN y se procedió a realizar un cierre de la intervención. Además, se procedió a aplicar la evaluación postest.

En la quinta sesión se programó un seguimiento a dos meses después de la última sesión, con el objetivo de conocer la condición de las pacientes y evaluar la permanencia de los cambios efectuados por la intervención.

Consideraciones éticas

Existe un convenio de colaboración entre la Universidad de Guadalajara y los hospitales participantes para ofrecer diversos servicios a pacientes con CA mediante el PPN.

El presente estudio incorpora las consideraciones éticas de la investigación con seres humanos dictadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Se les explicó a las pacientes el propósito de publicar los resultados de las evaluaciones, aclarando que la información sería confidencial y explicando que podían retirarse del estudio en cualquier momento.

3. Análisis estadístico

Se utilizó el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 20.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas y sociodemográficas de las participantes, utilizando frecuencias y porcentajes, así como media y desviación estándar según el tipo de variable. Se usó la prueba t de Student para la comparación de muestras relacionadas en las variables síntomas de ansiedad y depresión.

Además, se aplicó la medición del tamaño del efecto (d) el cual se realiza cuando el resultado de la prueba t es estadísticamente significativa. Los valores emitidos por el cálculo del tamaño del efecto pueden ser interpretados de la siguiente manera: 0,20 pequeño, 0,50 mediano y 0,80 grande⁽²⁰⁾.

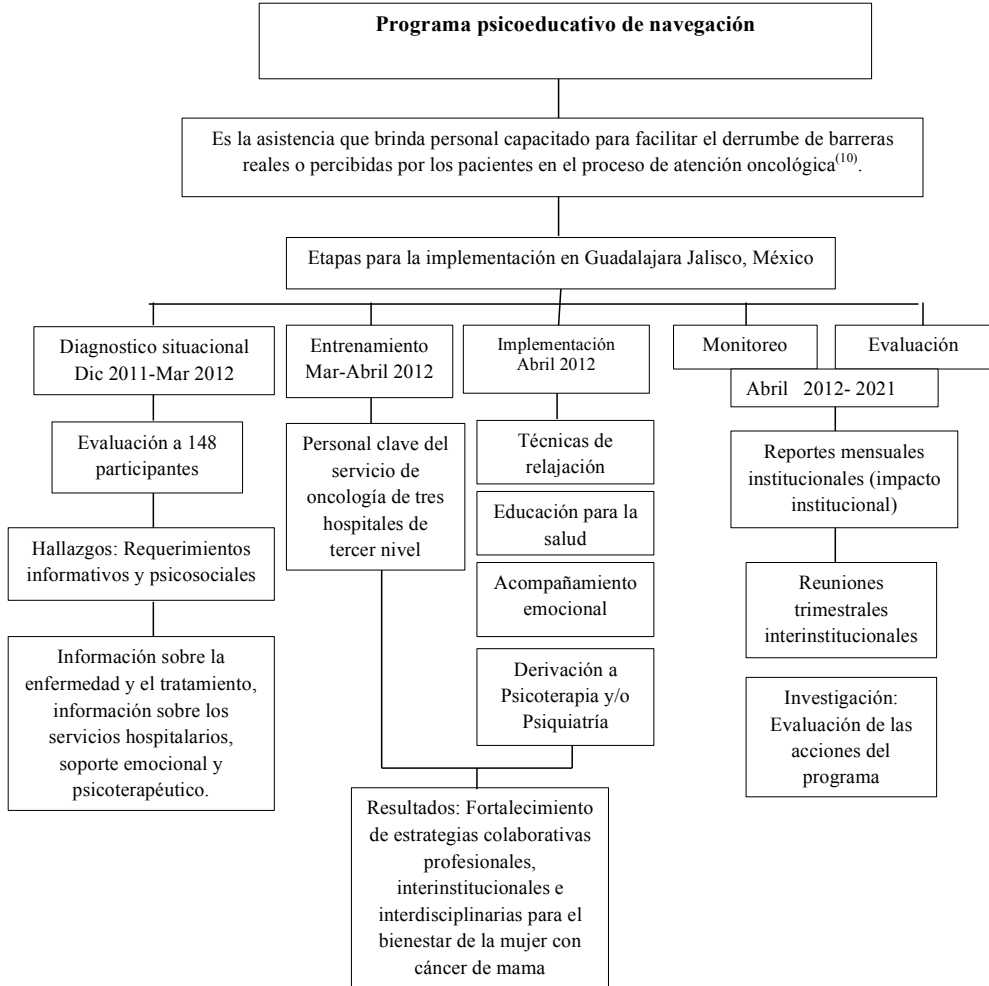
4. Resultados

4.1. Resultados Fase 1. Adaptación del programa

Con el objetivo de realizar la adaptación del modelo norteamericano al modelo de la Universidad de Guadalajara en el estado de Jalisco⁽²¹⁾, se retomó la vertiente de navegación clínica de Freeman⁽¹³⁾ dando un enfoque psicosocial, tras la realización de un diagnóstico situacional que mostró la importancia de incidir en los síntomas psicológicos que presentaban las personas afectadas por el cáncer.

El recorrido por etapas para la construcción y desarrollo del PPN lo podemos observar en la figura 1.

Figura 1. Proceso de adaptación y desarrollo del modelo mexicano del PPN.



En su estructura, el programa parte de las aplicaciones de la psicooncología⁽²²⁻²⁴⁾ incluyendo técnicas psicoeducativas⁽¹⁵⁾, técnicas cognitivo-conductuales⁽²⁵⁻²⁷⁾ y busca generar conocimiento a través de procesos de investigación evaluativa,⁽²⁸⁾ atendiendo las pautas establecidas en la Norma Oficial Mexicana 041 para Cáncer de mama referentes al acompañamiento emocional⁽²⁹⁾.

La interacción de los elementos que le dan soporte a la estructura del programa pueden observarse en la figura 2.

Los componentes que integran el modelo mexicano del programa psicoeducativo de navegación son tres, a) el componente *psicológico* que se brinda a través del *acompañamiento emocional*, b) el componente *educativo* que se entrega a través de

la *educación para la salud* y c) el componente *conductual* a través de las *técnicas de relajación*, estos componentes interactúan de manera dinámica entre sí, como se puede observar en la figura 3.

Figura 2. Elementos que integran el PPN.

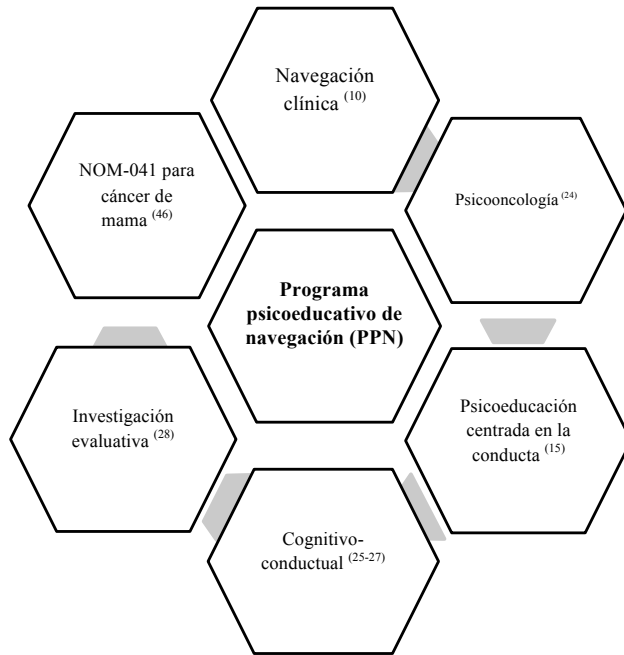
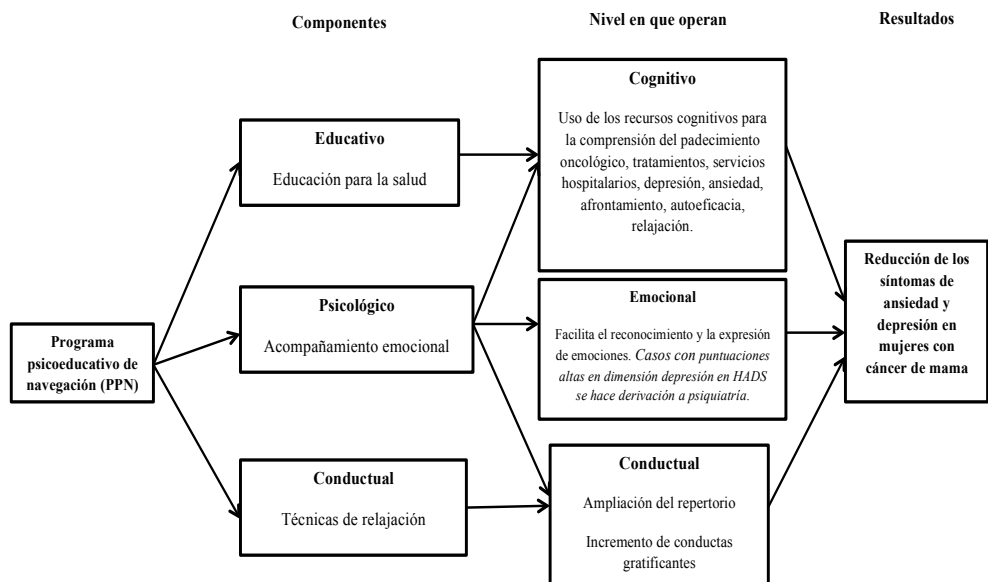


Figura 3. Diagrama del modelo adaptado del PPN⁽³⁰⁾.



A continuación, se describe a detalle cada uno de estos componentes, con el objetivo de explicar cómo fueron implementados en las sesiones del programa.

Acompañamiento emocional

El programa psicoeducativo favorece el incluir acciones relacionadas con la expresión de emociones, además de fomentar el soporte emocional profesionalizado⁽³¹⁾. Lo anterior, en un entorno seguro para las usuarias a través de la construcción de una alianza terapéutica favorable⁽¹⁶⁾.

El proceso de apoyo emocional se gesta a través de una comunicación caracterizada principalmente por la empatía y escucha activa, creando un contexto emocional adecuado donde la persona se sienta entendida, apoyada y libre de expresar las emociones, pensamientos y sentimientos que experimenta.

El acompañamiento emocional tiene como propósito orientar la toma de decisiones informadas, favorecer el apego al tratamiento, el empoderamiento de pacientes y la mejora de su calidad de vida⁽³³⁾.

Por su parte, el acompañamiento emocional debe permitir la exploración y expresión de emociones, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones y poner en práctica las acciones a seguir de acuerdo a lo establecido en Norma Oficial Mexicana 041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama⁽⁴⁶⁾.

A lo largo del proceso de acompañamiento emocional, se fomenta un rol activo en las usuarias, de manera que ellas marquen el ritmo de la intervención; acorde a sus necesidades y el proceso evolutivo de su estado emocional. Las sesiones suelen ser flexibles y no directivas, centrándose en los temas que son de mayor interés o preocupación para ellas, según el momento en que se encuentren del proceso oncológico⁽³³⁾.

El acompañamiento emocional ha sido un recurso importante considerado en el tratamiento integral del cáncer de mama en la población de mujeres mexicanas, por lo que en la normativa publicada en el año 2011⁽⁴⁶⁾ por parte de la Secretaría de Gobernación se estipuló que “las unidades médicas con atención oncológica deberán contar de preferencia con personal calificado para brindar la atención psicológica y acompañamiento emocional”.

En respuesta a la necesidad de brindar este recurso de apoyo emocional a mujeres mexicanas, se creó y publicó el Manual de acompañamiento emocional para mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, en un esfuerzo de colaboración de la Universidad de Guadalajara con el Instituto Nacional de las Mujeres⁽³³⁾; cuyo objetivo fue capacitar con herramientas precisas y eficaces a las personas interesadas en realizar adecuadamente éste proceso, siendo además, el recurso principal con el que el equipo de facilitadores fueron capacitados para realizar el acompañamiento emocional a las mujeres afectadas por el cáncer de mama.

Educación para la salud.

Las acciones psicoeducativas están dirigidas a brindar información a un nivel apropiado y comprensible para la persona, además de que sea en un momento específico del proceso; con el objetivo de generar aprendizajes significativos en quienes la reciben. Estas acciones están encaminadas a clarificar el panorama sobre ideas preocupantes que tienen las pacientes de su condición de salud, y también ante

la falta de información que puedan presentar sobre el cáncer y su tratamiento, lo anterior con el objetivo de incrementar los recursos de afrontamiento⁽²⁹⁾, aumentar la sensación de control frente a la experiencia oncológica y por ende incrementar la adaptación a los cambios derivados por el diagnóstico y el tratamiento^(16,17,34,35).

La información aportada es en función de los objetivos y de las necesidades de la persona. Por ello, es posible abordar temas como la enfermedad, los tratamientos, efectos adversos, las repercusiones emocionales derivadas de los tratamientos oncológicos y reacciones secundarias; entre otras necesidades identificadas a partir de la evaluación^(16,36,37).

La información verbal que se entrega por parte del navegador en el encuentro con las pacientes, suele complementarse con material bibliográfico adaptado a las necesidades y el nivel educativo de las personas, a través de folletos, videos y medios electrónicos. Estos materiales, fueron revisados previamente por expertos en el campo de la oncología para facilitar el proceso durante la intervención y servir como un apoyo posterior de consulta^(16,17,31,36).

Técnicas de relajación

Los síntomas de estrés y ansiedad frente a la experiencia oncológica se han reportado como una causa de malestar emocional en las personas con diagnóstico y tratamiento de cáncer⁽⁶⁾. De acuerdo a la evidencia reportada para el manejo del estrés y la ansiedad, las técnicas de relajación y respiración son recursos eficaces en la disminución del distrés psicológico^(6,31,35,38). Además, los efectos de la implementación de dichas estrategias ayudan a facilitar la participación activa de los pacientes en los tratamientos, mejorando el cumplimiento de los regímenes médicos; así como a incentivar el manejo de los efectos secundarios como dolor, náuseas, vómitos y alteraciones del sueño.

Se han descrito una gran variedad de técnicas que van dirigidas a reducir la ansiedad fisiológica y el malestar emocional del paciente, así como a mejorar su bienestar físico y psicológico⁽¹⁶⁾ como la relajación muscular progresiva, relajación pasiva, hipnosis, imaginación guiada, visualización, respiración diafragmática, relajación, *biofeedback*, entre otras que; en la actualidad toman cada vez mayor fuerza en cuanto a su evidencia empírica como es el caso de *mindfulness*^(39,40).

En el PPN fueron utilizadas dos técnicas de relajación combinadas: 1. La respiración diafragmática y 2. La imaginación guiada, que son ampliamente utilizadas por su eficacia para disminuir comorbilidades como el dolor, el estrés, los síntomas de ansiedad y síntomas de depresión en población oncológica⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾.

En nuestra experiencia, el combinar ambas técnicas nos reportó una eficacia significativa en la disminución de síntomas de malestar en pacientes con cáncer en tratamiento por quimioterapia ambulatoria⁽⁴⁴⁾, donde se pudo observar que además de las técnicas empleadas, influye también el contexto en el que se realizan; para que las personas experimenten una mayor o menor relajación.

4.2. Resultados Fase 2. Evaluación de eficacia del programa psicoeducativo

El tamaño de la muestra se conformó de 47 participantes con diagnóstico de cáncer de mama que cumplieron los criterios de inclusión.

En la tabla 1 se describen las variables sociodemográficas y clínicas de las participantes del estudio en esta fase.

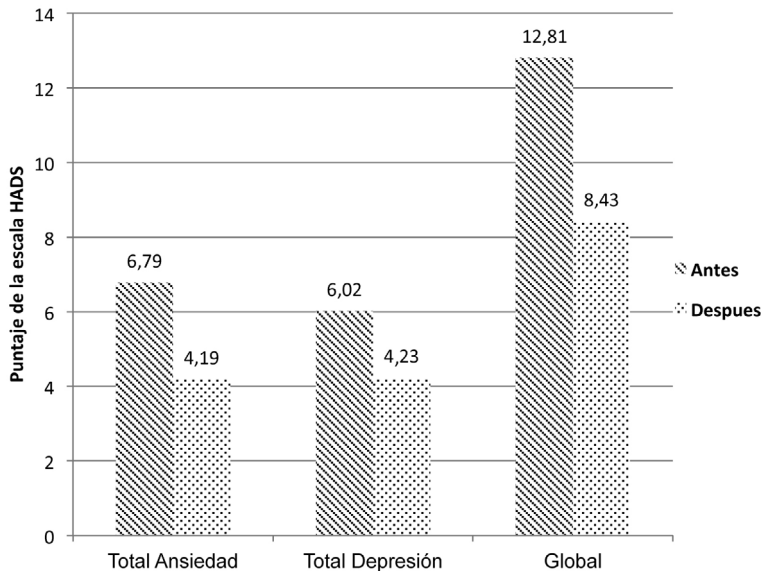
Tabla 1. Distribución porcentual de acuerdo a las variables sociodemográficas y clínicas de las participantes.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
Casada	27	57,4
Soltera	8	17
Divorciada	5	10,6
Viuda	3	6,4
Unión libre	4	8,5
Escolaridad		
Primaria	15	32
Secundaria	13	28
Preparatoria	3	6,4
Técnico/a	3	6,4
Licenciatura	10	21
Posgrado	2	4,2
Perdido	1	2
Ocupación		
Empleada	16	34
Desempleada	31	66
Residencia		
Local (ZMG)	33	70
Foráneo	14	30
Hospital		
Hospital de Especialidades IMSS	4	9
Hospital de Gineco-obstetricia IMSS	33	70
Instituto Jalisciense de Cancerología	10	21
Etapa de atención		
Tratamiento	47	100
Tipo de tratamiento		
Quimioterapia	40	85
Hormonoterapia	1	2
Cirugía	6	13

Para describir los síntomas de ansiedad y depresión antes y después de la intervención con el PPN se aplicó la escala HADS⁽³²⁾.

En la figura 4 se muestran las medias de puntuaciones crudas para la escala global, así como para las dimensiones de ansiedad y depresión de manera separada.

Figura 4. Comparación entre las subescalas y el nivel global de la HADS antes y después de la intervención.



Se aplicaron pruebas t de Student para muestras relacionadas con el fin de identificar si existían diferencias de medias entre el pre-test (diagonales) y el post-test (puntos) de la intervención. Además, en atención a las recomendaciones de la *American Psychological Association* (APA) se midió el tamaño del efecto el cual es una medida estandarizada objetiva de la magnitud del efecto observado ya sea de una manipulación experimental o la fuerza de una relación entre variables⁽²⁰⁾.

Se encontró una disminución en los síntomas de ansiedad los cuales, previo a la intervención eran más altos (M= 6,79, DT= 4,01) en relación a los niveles post-intervención (M= 4,19, DT= 3,03) y la diferencia fue estadísticamente significativa con un tamaño del efecto mediano ($t_{(46)} = 3,89$, $p < 0,001$, $d = 0,50$).

En esta misma dirección, los síntomas de depresión tendieron a la disminución ya que se mostraron más elevados previo a la intervención (M= 6,02, DT= 4,07) en relación a los niveles post-intervención (M=4,23, DT= 3,05) encontrando nuevamente diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto muy cercano a mediano ($t_{(46)} = 3,53$, $p < 0,001$, $d = 0,46$).

Por su parte, en la puntuación global de la escala HADS se encontró que previo a la intervención era más elevada (M= 12,81, DT= 7,42) en relación con la puntuación post-intervención (M= 8,43, DT= 5,40) y la diferencia fue estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto mediano ($t_{(46)} = 4,21$, $p < 0,001$, $d = 0,53$).

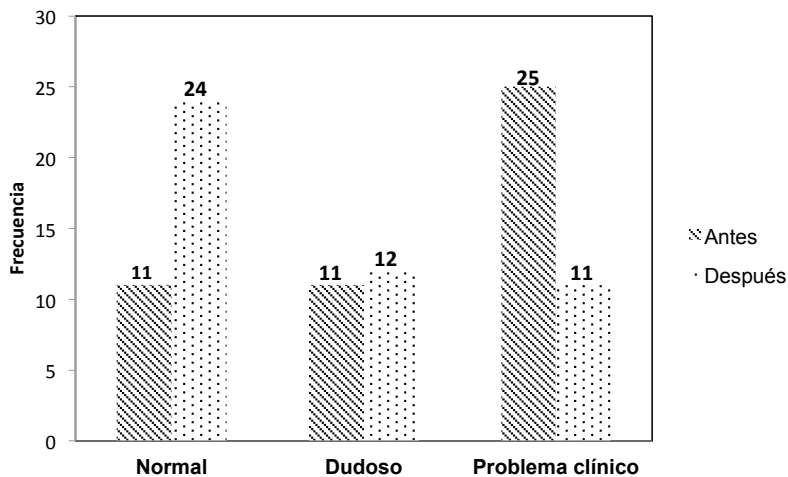
Los indicadores del tamaño del efecto reflejan que los resultados no solo son estadísticamente significativos, sino clínicamente relevantes en un contexto de intervención breve con el programa psicoeducativo de navegación.

Con el objetivo de conocer la interpretación de las puntuaciones por puntos de corte de la escala HADS se realizó un recuento de pacientes por niveles, para ello se consideró la validación de Galindo et al.⁽¹⁹⁾ en población oncológica mexicana.

Los puntos de corte se interpretan de la siguiente manera: una puntuación de 0-7 se considera normal, de 8-10 es dudoso y a partir de una puntuación global de 11 o más se considera la presencia de un problema clínico de ansiedad y depresión en población oncológica.

En la figura 5 podemos observar el recuento de pacientes por niveles de ansiedad y depresión acorde a los puntos de corte para México.

Figura 5. Comparación del recuento de pacientes acorde a los niveles de ansiedad y depresión de la escala global HADS antes y después de la intervención.



En relación a este análisis se encontró que 11 (23,4%) mujeres con cáncer de mama que participaron en el estudio presentaban niveles normales de ansiedad y depresión antes de la intervención, mientras que después de las sesiones del PPN el número de mujeres con niveles de normalidad incrementó a 24 (51,1%).

Por su parte, el nivel dudoso se identificó en 11 (23,4%) mujeres con cáncer de mama previo a la aplicación del PPN, mientras que después de las sesiones una participante evolucionó en su estado de problema clínico a dudoso, sumando un total de 12 (25,5%) pacientes en este nivel.

Por último, se encontró que antes de las sesiones del PPN, 25 (53,2%) presentaban niveles de ansiedad y depresión que indicaban la manifestación de un problema clínico, mientras que, después de la intervención el número de mujeres afectadas se redujo a 11 (23,4%). En este mismo grupo se pudo observar que 10 (21,27%) mujeres no tuvieron cambios después de concluir la intervención con el PPN.

5. Discusión

El programa PPN fue evaluado en su eficacia como lo sugieren los organismos internacionales para las acciones de los programas de atención a la salud⁽⁴⁷⁾ logrando una alternativa de atención integral de bajo costo, con lo que se pueden tratar los

síntomas de ansiedad y depresión que son las principales comorbilidades en mujeres con CAM⁽⁴⁾.

Aunque existen regulaciones nacionales mexicanas que enfatizan la importancia de brindar atención psicológica como parte del tratamiento para mujeres con CAM⁽⁴⁶⁾, aún hace falta trabajo por realizar para lograr la cobertura de estos servicios profesionales tal como lo mostró el estudio realizado por Sat-Muñoz et al.⁽⁴⁸⁾, en donde, al evaluar la calidad de vida de las afectadas por cáncer de mama, encontraron bajos porcentajes de asistencia psicológica individual. Los resultados mostraron que del total de la población evaluada (n= 314) solo el 5,1% (n=16) recibieron apoyo psicológico en el hospital de tercer nivel donde se realizó el estudio.

Por otra parte, se encontró la evidencia de un programa de navegación en México implementado en el hospital General Ajusco de la ciudad de México⁽⁵³⁾, cuyo objetivo principal fue facilitar la derivación de un hospital de segundo nivel a la atención especializada en oncología (tercer nivel), buscando reducir los tiempos de espera a la cita con el especialista en un lapso menor a tres meses. Aunque los resultados mostraron la factibilidad de acortar los tiempos de derivación, no se reportan los efectos a nivel psicoemocional.

Considerando lo anterior, podemos afirmar que el modelo del programa psicoeducativo de navegación (PPN) representa una iniciativa psicosocial viable, para la atención integral de las mujeres mexicanas afectadas por el cáncer de mama.

El PPN muestra ser un modelo de intervención eficaz que ofrece soluciones en respuesta a la sugerencia realizada por Robles, Morales, Jiménez y Morales⁽⁴⁹⁾ que en su estudio con mujeres con cáncer de mama; concluyen que, la utilidad práctica del estudio de la ansiedad y depresión en esta población radica en implementar y probar la eficacia de programas psicosociales integrales para la prevención, detección temprana y tratamiento de los síntomas de ansiedad y síntomas de depresión de la población oncológica⁽⁴⁾.

La disminución de los síntomas de ansiedad reportada en el análisis por subescalas y el tamaño del efecto mediano concuerdan con lo reportado por Font y Rodríguez⁽³¹⁾ al encontrar que la ansiedad es uno de los aspectos que mejor responde mediante intervenciones psicológicas individuales que incluyen acompañamiento emocional y educación para la salud⁽¹⁷⁾ lo que a su vez favorece también la reducción de los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios del tratamiento, así como en el incremento del cumplimiento del tratamiento médico

Los datos publicados por diversos autores⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ demuestran que la ansiedad y la depresión son una condición psicológica que de no ser tratadas en sus primeros síntomas tiende a la cronicidad y puede ser más complejo su manejo. Esto explica la condición de las 10 pacientes que puntuaban con problema clínico de ansiedad y depresión y que no respondieron favorablemente al PPN.

En el caso de una paciente con puntuación global que concordaba con problema clínico se observó la tendencia a la disminución de los síntomas, puntuando en nivel dudoso al momento de la evaluación final, lo que puede indicar que, en algunos casos clínicos es importante derivar a un proceso de mayor número de sesiones de psicoterapia; como lo sugieren diversos autores^(31,53).

En el grupo de mujeres que se captó para el estudio que presentaron niveles de ansiedad y depresión considerados dentro de la normalidad (n=11), se observó que posterior a la intervención siguieron dentro de los criterios de normalidad; lo cual concuerda con lo reportado en cuanto a los efectos del empoderamiento en

salud cuando se tiene conocimiento de que las estrategias empleadas inciden en el equilibrio de su salud física y mental^(16,17) fortaleciendo sus recursos de afrontamiento a la enfermedad y disminuyendo el distrés psicológico⁽⁶⁾.

Por otra parte, es importante señalar que la evaluación de eficacia del PPN presentó como limitación la pérdida en el seguimiento a un número considerable de participantes por dificultad en su localización al ser pacientes en tratamiento ambulatorio, por ello no fue posible evaluar la permanencia de los cambios efectuados tras la intervención en el periodo de dos meses posteriores a concluir las sesiones del PPN. Se sugiere que en estudios futuros se pueda contemplar la característica ambulatoria de esta población y de desarrollen estrategias para amortiguar la pérdida en el seguimiento.

6. Conclusión

Los desafíos detectados en este proceso de investigación, pueden ser abordados desde la gestión de políticas públicas por los tomadores de decisiones del sector de salud. Considerando el problema de salud pública que representa el CAM en México y las respectivas comorbilidades de ansiedad y depresión que merman la calidad de vida de las afectadas y sus familiares.

El presente estudio ofrece resultados que invitan a observar la viabilidad de que el PPN pueda ser ofrecido y fortalecido como parte de los servicios de atención pública a las personas usuarias de los servicios de oncología de las instituciones de tercer nivel en México, quienes tendrán acceso a servicios profesionales de bajo costo y con eficacia demostrada.

7. Financiación

NIH/NCI/CGH(HHSN2612010000871/NO2-PC-2010-00087). Susan G. Komen for the Cure (Psychological support and navigator program for breast cancer patients in Guadalajara, México SPMEXI1202). Cruzada de AVON contra el cáncer de mama 2015 (Acompañamiento emocional y apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama y sus familiares) y Promesa Avon contra el cáncer de mama 2018 (Programa integral para el diagnóstico, atención y soporte emocional de pacientes con cáncer de mama en el Occidente de México). El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología a través del Doctorado Interinstitucional en Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Universidad de Colima, Universidad de Guadalajara, Universidad de Guanajuato y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

8. Agradecimientos

A los navegadores y navegadoras Sara Karen Rivas Medina, Lizeth Carolina Castellón Guerrero, Alan Tiscareño Rodríguez, Alma Carina García Martínez, Omar Víctor E. Rubio Plascencia, Eduardo Carretero Luvián, Alma Guillermina Maya González, Ana María Rosales Sandoval y Romario Núñez López Araiza.

9. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. GLOBOCAN. Tasas de incidencia estimadas estandarizadas por edad (mundial) en 2020, todos los cánceres, ambos sexos, todas las edades [Internet]. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.infocancer.org.mx/?c=investigacion&a=globocan>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre). Comunicado De Prensa Núm. 462/20 [Internet]. 2020. p. 1/7. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancermama20.pdf>
3. Aldaco-Sarvide F, Pérez-Pérez P, Cervantes-Sánchez G, Torrecillas-Torres L, Erazo-V AE. Cancer mortality in Mexico 2000-2010: The counting of the damages. *Gac Mex Onco* 2012;11:371-9.
4. Massie MJ, Holland JC. Depression and cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:12-17.
5. Solomon JA. New disability weights for the global burden of disease. *Bull World Health Organ* 2010;88:879-80. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.084301>
6. Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clín Salud*. 2013;24:1-9. <https://doi.org/10.5093/cl2013a1>
7. Garduño C, Riveros A, Sánchez-Sosa JJ. Calidad de vida y cáncer de mama: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Rev Latinoam Med Conduct* 2010;1:69-80.
8. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008; 64: 383-91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.12.005>
9. García S, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008; 5: 155-70. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130155A>
10. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer* 2011;117:3537-40. <https://doi.org/10.1002/ncr.26262>
11. Freeman HP. Poverty, culture, and social injustice: Determinants of cancer disparities. *CA Cancer J Clin* 2004;54:72-7. <https://doi.org/10.3322/canjclin.54.2.72>
12. Freeman HP, Reuben SH. Voices of a broken system: real people, real problems. New York; 2001. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en: https://deainfo.nci.nih.gov/advisory/pcp/archive/pcp00-01rpt/PCPvideo/voices_files/PDFfiles/PCPbook.pdf
13. Freeman HP, Muth BJ, Kerner JF. Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. *Cancer Pract* 1995;3:19-30.
14. Public Law 109-18. Patient Navigator Outreach and Chronic Disease Prevention Act of 2005. Washington, DC. 2005. [Acceso 11 de junio de 2021] Disponible en: <https://www.congress.gov/109/plaws/pub18/PLAW-109publ18.pdf>
15. Fawzy FI, Fawzy NW. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:149-92. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)90098-1](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)90098-1)
16. Yélamos C. Intervención psicoeducativa con pacientes con cáncer. En: Cruzado JA, coordinador. *Manual de Psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide, 2013; p. 79-99.
17. Fawzy FI. A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Support Care Cancer* 1995;3:235-8. <https://doi.org/10.1007/BF00335895>
18. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61:271-85. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

19. Galindo O, Benjet C, Juárez F, Rojas E, Riveros A, Aguilar J, Álvarez A, Alvarado S. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Ment* 2015; 38:253-8. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>
20. Field, A. *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. London: SAGE Publications Ltd., 2013.
21. Larios-Jiménez F, Montes-Delgado R, González-Betanzos F. La psicooncología, una disciplina de atención integral para personas con cáncer. Aplicaciones actuales en México y desafíos futuros. En: Luna-Lara MG, Montes-Delgado R, editores. *Investigación interinstitucional en psicología. Nuevos desafíos para el siglo XXI*. México: Grañén Porrúa, 2020; p. 111-125. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.editorialgranenporrua.com.mx/libros/210-investigacion-interinstitucional-en-psicologia.html>
22. Llantá MA, Grau J, Massip C. La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. En: Hernández, Grau J, editorEs. *Psicología de la salud fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara, México: Editorial de la Universidad de Guadalajara, 2005; p. 467-505.
23. Almanza-Muñoz J de J, Holland J. Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Rev Inst Nac Cancerol* 2000;46:196–206.
24. Holland JC. History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 2002; 64: 206–21. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
25. Pérez Acosta AM, Cruz JE. Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básico y aplicado. *Interdisciplinaria*. 2003;20:205–27.
26. Delprato DJ, Midgley BD. Some fundamentals of B. F. Skinner’s behaviorism. *Am Psychol* 1992;47:1507–20. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.11.1507>
27. Beck AT. Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy – Republished Article. *Behav Ther* 1970;1:184–200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
28. Weiss CH. *Investigación evaluativa, métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. México: Trillas, 2008.
29. Font A, Cardoso, A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología* 2009; 6: 27-42. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>.
30. Lara MA, Luna MS, Acevedo M. *Ayudando a mujeres con depresión. Intervención psicoeducativa*. México; Editorial Pax, 2009.
31. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:423–46. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220423A>
32. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
33. Calzada-García D, Daneri-Navarro A, García-Amezola Y, Ugalde-Benavente Y, García-Martínez C, González-Ramírez L, Larios-Jiménez F, et al. Acompañamiento emocional a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, Manual para personas facilitadoras en la alineación al estándar de competencia EC0263. 1ra ed. México: INMUJERES, 2016. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/publicaciones/articulos/acompanamiento-emocional-a-mujeres-diagnosticadas-con-cancer-de-mama?idiom=es>
34. Navas C, Villegas H, Hurtado R, Zapata E. Programa de intervención psicoeducativo: para el apoyo del paciente con cáncer. *Rev Venez Oncol* 2007;19:84–93.
35. Montiel-Castillo VE, Guerra-Morales VM. Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente* 2016;19:324-35. <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>

36. Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Res Nurs Health* 2002;25:459-70. <https://doi.org/10.1002/nur.10061>
37. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2004;31:16–23. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.E16-E23>
38. Colom F. Psicoeducación, el lito de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2011;40:147–65.
39. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract* 2003;10:144–56. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
40. Birnie K, Garland SN, Carlson LE. Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psychooncology* 2010;19:1004-9. <https://doi.org/10.1002/pon.1651>
41. Kwekkeboom K, Hau H, Wanta B, y Bumpus M. Patients perception of the effectiveness of guided imagery and progressive muscle relaxation interventions used for cancer pain. *Complement Ther Clin Pract* 2008;14: 185-94. <https://doi.org/0.1016/j.ctcp.2008.04.002>
42. Cruzado JA. Los aspectos psicológicos del cáncer. En: Cruzado JA. Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid: Síntesis, 2010; p. 35-61.
43. Haro LM, Mondéjar R, Muñoz M del M, Molina MJ, Olaverri A, Santiago JA. Tratamiento psicológico de las náuseas y vómitos anticipatorios inducidos por quimioterapia o radioterapia. *Psicooncología* 2013;10:289–98. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43450
44. Larios-Jiménez FE, González-Ramírez LP, Montes-Delgado R, González-Betanzos F, De Morán-Mendoza AJ, Solano-Murillo P, et al. Eficacia de las técnicas de relajación en la disminución de tensión, ansiedad y estrés percibidos por pacientes con cáncer bajo tratamiento de quimioterapia. *Gac Mex Oncol* 2018;17:93-9. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000138>
45. Lerma-Talamantes A, Larios-Jiménez FE, Robles-García R. Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Rev Latinoam Med Conduct* 2018;8:16–23. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65125>
46. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana. NOM-041-SSA2-2011 Para la prevención diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. 2011. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157yfecha=09/06/2011
47. Organización Mundial de la Salud. Reforma de la OMS, Política de evaluación de la OMS. 2011. [Acceso 11 de junio de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_5Add8-sp.pdf
48. Sat-Muñoz D, Contreras-Hernández I, Balderas-Peña LM, Hernández-Chávez GA, Solano-Murillo P, Mariscal-Ramírez I, et al. Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características socio-demográficas, estados co-mórbidos y características del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value Health* 2011; 4: 133-6. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.027>
49. Robles R, Morales M, Jiménez ,L.M, Morales J. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología* 2009; 6: 191-201. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120191A>

50. Knaul ., Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México* 2009;51: 335-44.
51. Ornelas-Mejorada, R., Tufiño, M. y Sánchez-Sosa, J. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investig psicol* 2011; 1: 401-14.
52. Vila L, Font A, Caba L. Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología* 2016; 13:205-25. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54433>
53. Chavarri-Guerra Y, Soto-Perez-de-Celis E, Ramos-López W, San Miguel de Majors SL, Sanchez-Gonzalez J, Ahumada-Tamayo S, et al. Patient navigation to enhance access to care for underserved patients with a suspicion or diagnosis of cancer. *Oncologist* 2019;24:1195-200. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0133>