

***Psico-Oncología e Indefensión Aprendida:
Un estudio clínico***

***Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Programa de Doctorado: "Psicología Clínica y de la Salud"***

**Tesis Doctoral
Carmen Martínez Valero**

Granada, Marzo 2011

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Carmen Martínez Valero
D.L.: GR 2003-2011
ISBN: 978-84-694-1369-2

Psico-Oncología e Indefensión Aprendida:

Un estudio clínico

Memoria de Tesis Doctoral presentada por

Carmen Martínez Valero

para la obtención del grado de Doctor

Los Directores de la Tesis:

**Dr. Antonio Maldonado
López**

**Dra. M. Carmen Fernández-
Santaella Santiago**

Dr. Joaquín Belón Carrión

La Doctoranda:

Dña. Carmen Martínez Valero

Granada, Marzo 2011

A mi padre

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Siendo estudiante de Psicología me preguntaba con inmensa curiosidad “¿qué pasa a nivel psicológico cuando tienes cáncer?” Entonces empecé a interesarme por el estado psicológico de estos pacientes. En cuanto transmití esta inquietud a mis padres, me impulsaron a hablar con un amigo médico-oncólogo para comprobar si realmente podría “aguantar” personalmente y si me gustaba esta disciplina, pues él seguro me podría indicar.

Y así fue, el Dr. Joaquín Belón (codirector de esta tesis), nada más hablar conmigo, me sugirió hacer una serie de cursos de Oncología y una estancia en el Instituto Catalán de Oncología (ICO), en Bellvitge (Barcelona), para aprender *in vivo* el trabajo diario de un psico-oncólogo y ya, con algo más de idea, decidir si seguir por este camino o no. Por suerte, en el verano de 2000, fui a la Unidad de Psico-oncología del ICO a realizar una rotación bajo la tutela del Dr. Francisco Gil. Esta estancia confirmaba mi interés por la psico-oncología, pues no paraba de leer todo lo que en relación con el tema caía en mis manos. Ahora la cuestión que me planteaba era qué hacer con la experiencia que viví ese verano.

Cierto es que, en el último año de carrera (en 2001), cuando en una de las clases de Psicología del Aprendizaje, el Dr. Antonio Maldonado (director de esta tesis) explicaba el modelo de la Indefensión Aprendida, recordaba vivamente mi estancia en Bellvitge y en mi cabeza comenzaba a rondar un pensamiento: “La Indefensión Aprendida podría utilizarse como marco explicativo de lo que pasa a los pacientes con cáncer”. En cuanto acabó la clase, subí a su despacho para hablar con él y tuve la oportunidad de que me contara algunos de sus intereses en investigación.

Años más tarde, decidí que quería realizar esta tesis y el Dr. Maldonado y el Dr. Belón comenzaron a guiar este trabajo. El doctor Belón, en aquel entonces, Jefe de Servicio de Oncología Médica, me abrió las puertas del Hospital Virgen de las Nieves para recoger la muestra de este trabajo y el doctor Maldonado comenzaba a dar forma y a estructurar aquella idea que rondaba por mi cabeza. Dos más tarde, la Dra. María del Carmen Fernández-Santaella se incorporaba como codirectora del trabajo de tesina.

De ahí y hasta el momento, a lo largo de todos estos años son muchas las personas a las que agradezco su implicación en este trabajo.

Al Dr. Belón le agradezco su labor de guía, sus sabios consejos y el hacerme consciente del cuidado y de la dedicación que hay que ofrecerle a cada paciente.

El Dr. Maldonado, responsable de que me guste la investigación, me ha enseñado a ser paciente, curiosa, rigurosa, crítica y perseverante en este trabajo. Gracias por vigilar tan concienzudamente mi aprendizaje.

Y qué decir tiene, la Dra. Fernández Santaella, cuidadora del detalle y del sentido literario, me ha enseñado a mimar este trabajo y a darle la importancia que merece. Gracias por este valor.

Respecto a los compañeros de Hospital Virgen de las Nieves, estaré eternamente agradecida y orgullosa de haber podido trabajar entre los diferentes profesionales de los Servicios de Oncología Médica, de Oncología Radioterápica y de la Unidad del Dolor y de Cuidados Paliativos, por dejar que me empape de su humanidad y profesionalidad. Gracias a mis compañeros de la fundación FIBAO por su ánimo.

A todos los familiares y amigos que se han interesado por el desarrollo de este trabajo les agradezco su apoyo. Gracias a Sierra Nevada y a la gente que me ha acompañado, por toda la fuerza que me han dado.

Agradezco el impulso de mis padres en el inicio de este camino y su apoyo incondicional. Gracias al sostén y comprensión en todo momento de mis hermanos.

Y a Juande, mi compañero y marido, por tu incondicional apoyo tanto en lo científico como en lo personal, por estar desde el principio hasta el fin.

Finalmente, este trabajo no tendría sentido sin las pacientes que voluntariamente han permitido su estudio. Gracias a todas las que están y a las que no están.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Psico-oncología.....	6
2. El Proceso Psicológico del Paciente Oncológico: Alteraciones Emocionales.....	8
3. Alteraciones Emocionales en Cáncer.....	23
3.1. Ansiedad y Cáncer.....	23
a) Prevalencia e Influencia de la Ansiedad en Cáncer.....	23
b) Evaluación de la Ansiedad en Cáncer.....	25
3.2. Depresión y Cáncer.....	26
a) Prevalencia e Influencia de la Depresión en Cáncer.....	26
b) Evaluación de la Depresión en Cáncer.....	28
4. El Modelo de la Indefensión Aprendida.....	33
4.1. Modelo Cognitivo de la Indefensión Aprendida.....	37
4.2. Estilos cognitivos, Indefensión y Depresión.....	40
4.3. Indefensión Aprendida y Cáncer.....	43
5. Psico-oncología y Calidad de Vida.....	45
5.1. Evaluación de Calidad de Vida.....	48
6. Aspectos Psicológicos y Calidad de Vida en Cáncer de Mama.....	51
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
ESTUDIO I.....	57
Método.....	62
Participantes.....	62
Material y procedimiento.....	64
Resultados.....	70
Discusión.....	76

ESTUDIO II.....	83
Método.....	87
Participantes.....	87
Material y procedimiento.....	89
Resultados.....	90
Discusión.....	98
ESTUDIO III.....	101
Método.....	105
Participantes.....	105
Material y procedimiento.....	105
Resultados.....	106
Discusión.....	110
ESTUDIO IV.....	113
Método.....	118
Participantes.....	118
Material y procedimiento.....	118
Resultados.....	122
Discusión.....	126
DISCUSIÓN FINAL.....	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
ANEXO I.....	155
ANEXO II.....	159

Introducción

Psico-Oncología e Indefensión Aprendida: Un estudio clínico

INTRODUCCIÓN

Está científicamente probado el tremendo impacto biológico, psicológico y social que conlleva padecer cáncer (Boini y col., 2004; Holland y col., 2010). El elevado número de personas que padecen esta enfermedad ha hecho que se convierta en un gran problema de nuestra sociedad, ya que supone cambios importantes en la vida social, profesional, familiar y personal del enfermo/a. Numerosos estudios ponen de manifiesto la influencia de los factores psicológicos, no sólo en la calidad de vida, sino también en el proceso patognómico de los enfermos de cáncer (Ritterband y Spiegel, 2003) y, en los últimos años, ha aumentado la sensibilidad de los profesionales de la salud hacia la ayuda psicológica en este tipo de pacientes. El diagnóstico de cáncer a menudo conlleva alteraciones psicológicas, sobre todo se ha relacionado con trastornos de ansiedad y depresión (Breitbart, 1995). Algunos estudios señalan que el tratamiento efectivo de los factores psicológicos alterados mediante técnicas cognitivo-conductuales (Greer y col., 1991; Edelman, 1999; Jacobsen, 2009) produce una mejoría, no sólo en los aspectos psicológicos, sino también en la calidad de vida de las personas con cáncer, y muy probablemente, también en el propio estado patognómico (Newport y Nemeroff, 2004; Andersen y col., 2007).

Diferentes autores (Asadi-Lari, y col., 2004; Barroilhet, y col., 2005) señalan la necesidad de contar con un modelo de orientación patogénica que proporcione una explicación plausible de los trastornos psicológicos que con más frecuencia presentan los pacientes oncológicos: trastornos adaptativos, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Determinar qué subgrupos de la población oncológica presentan mayor riesgo para el desarrollo posterior de trastornos del estado del ánimo, permitirá priorizar planes

de intervención psico-oncológica para tal población (Osborne, y col. 2006). Además, conseguir este objetivo supondría contar con explicaciones científicas para la etiología, predicción, prevención y tratamiento terapéutico de los trastornos emocionales asociados a las enfermedades crónicas, entre ellas, el cáncer.

Desde esta perspectiva, el modelo de la Indefensión Aprendida, desarrollado en el ámbito de la investigación psicológica, permite estudiar las reacciones psicológicas ante experiencias traumáticas, resaltando la importancia de los factores cognitivos en los trastornos psicológicos, sobre todo en trastornos emocionales cuyos componentes principales son la ansiedad y la depresión (Peterson y col., 1993). Según dicho modelo, la exposición a una situación aversiva incontrolable, como ocurre cuando a una persona se le diagnostica cáncer, genera una serie de alteraciones psicológicas relacionadas con la depresión y la ansiedad que afectan al sistema motivacional (apatía y falta de incentivos), cognitivo (expectativas negativas) e incluso físico (decremento del sistema inmunológico). Dicho modelo ha sido validado en el ámbito clínico (Peterson y col., 1993), en situaciones sociales, como en el caso de fracaso escolar (Peterson y Seligman, 1984; Ramírez y col., 1992), e incluso en estudios animales (Visintainer y col., 1982).

En la presente investigación proponemos que el modelo cognitivo de la Indefensión Aprendida puede ser también adecuado para estudiar los estados ansiosos y depresivos que experimentan un alto porcentaje de pacientes con cáncer, y que son consecuencia de la pérdida de control respecto a la salud y a la propia vida que tienen muchos de estos pacientes (Seligman, 1974; Meseguer, 2003). Investigaciones como la de Visintainer, Volpicelli y Seligman (1982) demostraron la existencia de un incremento en el desarrollo tumoral en ratas a las que se les había provocado indefensión aprendida; además, en la

misma investigación, demostraron que, si se inmunizaba contra dicha indefensión, se producía un decremento del desarrollo tumoral. De esta manera, las conclusiones del estudio fueron, por una parte, que la inducción de un estado de indefensión alteraba el funcionamiento del sistema inmunológico produciendo un mayor desarrollo tumoral y, por otra, que las ratas previamente inmunizadas contra la indefensión no desarrollaban el tumor. De este tipo de estudios se puede deducir que el aprendizaje de habilidades de afrontamiento permite una mayor adaptación a las situaciones aversivas, como puede ser el diagnóstico de cáncer en las personas que lo padecen. Conocer los efectos negativos de la indefensión y los efectos positivos de la inmunización en las personas con cáncer, podría ayudar a predecir el tipo de afrontamiento a la enfermedad de cada persona y supondría un avance en la intervención psicológica que estas personas (incluso los familiares) necesitan. Además, éste puede ser un marco adecuado para la explicación, diagnóstico, tratamiento y prevención de las alteraciones emocionales que se producen en el campo de la psicología hospitalaria. En numerosas patologías crónicas, los enfermos y las enfermas pueden presentar alteraciones emocionales en función de los recursos psicológicos y sociales de que dispongan y en función de la percepción de control que tengan sobre su enfermedad. Ahora bien, no todas las personas sometidas a una experiencia aversiva, como puede ser el diagnóstico de cáncer o de cualquier otra enfermedad grave, desarrollan trastornos psicológicos asociados a la misma. El modelo de la Indefensión Aprendida también da explicación a este supuesto al defender que estos pacientes son precisamente los que disponen de recursos psicológicos suficientes para afrontar su enfermedad (Sellick y Crooks, 1999).

Por tanto, la presente investigación parte del supuesto de que padecer una enfermedad oncológica es una situación aversiva e incontrolable (estresante) y que suele

ser vivida por las personas que la padecen con angustia, tristeza y desaliento, dependiendo de su estilo cognitivo y sus habilidades de afrontamiento y solución de problemas (Massie, 2004). El objetivo que nos planteamos es doble, por una parte, estudiar la influencia de la incontrolabilidad de la enfermedad en el estado de ánimo y en la calidad de vida de un grupo de pacientes con cáncer de mama, comparándolas con pacientes con otro tipo de diagnóstico (gripe y fibromialgia); por otra parte, poner a prueba un programa de intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes con cáncer de mama que les proporcione los recursos psicológicos adecuados para hacer frente a su enfermedad y prevenir así el estado de ánimo depresivo.

1. Psico-oncología

La psicología/psiquiatría oncológica surge a partir de la segunda mitad del siglo XX y el estigma que implicaba hasta entonces la palabra “cáncer” comienza a cambiar en los países occidentales. Este cambio estuvo influenciado por dos factores, en primer lugar, la mayor información acerca de la enfermedad, lo que hace que se contemple de una forma más abierta sin tratar de ocultarla y, en segundo lugar, el aumento de la tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer (Holland, 2004). Una nueva visión más positiva del pronóstico de la enfermedad abrió un nuevo campo a las investigaciones sobre factores de personalidad y cáncer. Este cambio de actitud, unido a los cambios que se estaban produciendo en Inglaterra con el “movimiento *hospice*” fue determinante en la atención y el cuidado de los enfermos terminales y permitió estudiar abiertamente los aspectos psicológicos del paciente oncológico. Las actitudes y mitos acerca de esta enfermedad, determinadas creencias populares respecto a los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer, junto a la falta de un modelo teórico que fuera capaz de

integrar las múltiples disciplinas que interactúan en el área de la psicología/psiquiatría oncológica fueron, entre otras causas, suficientes para abrir un amplio campo de estudio que permitiera aumentar la atención del enfermo oncológico y mejorar su calidad de vida (Holland, 2003).

En los años ochenta la “psico-oncología” comienza a articularse en los Estados Unidos (Holland, 2002). Partiendo de un enfoque integral del enfermo oncológico, se considera una subdisciplina de la oncología que se encarga de atender las demandas de atención o apoyo psicológico. Su principal objetivo es valorar y tratar las alteraciones psicopatológicas o los trastornos comportamentales que presentan estas personas, favorecer un adecuado afrontamiento de la enfermedad por parte del enfermo y de su familia, y facilitar una buena adherencia a los tratamientos oncológicos. Los trabajos de investigación realizados sobre los aspectos más psicológicos de la enfermedad se recogen en la revista *Journal of Psychosocial Oncology*, dirigida por Cella y constituida en 1982. Dos años más tarde, en 1984 se constituye la *International Psycho-oncology Society* (IPOS) para ofrecer a los investigadores de esta disciplina un espacio donde intercambiar inquietudes e intereses. Apenas una década después (en 1992) la revista *Psycho-Oncology* se convierte en el órgano oficial de la IPOS, siendo sus principales editores Jimmie Holland del *Memorial Sloan-Kettering Center* en Nueva York y Maggie Watson del *Royal Marsden Hospital* en Londres (García-Conde y col., 2008). Actualmente, la psicooncología contemporánea representa una aproximación holística de la enfermedad, integrando modelos teóricos y aportando evidencias científicas de observaciones tanto clínicas como sociológicas (Jablonski y col., 2008).

La atención psico-oncológica contempla dos dimensiones en las personas con diagnóstico de cáncer: en primer lugar, los aspectos psicosociales del paciente, sus familiares y los profesionales de la salud y, en segundo lugar, la dimensión psicobiológica de la propia enfermedad, aquella que relaciona los aspectos psicológicos, comportamentales y sociales con la calidad de vida y con la morbilidad de la propia enfermedad (Holland, 2003). Por tanto, los dos objetivos fundamentales que se plantea la psico-oncología son: (a) estudiar el impacto del cáncer sobre los aspectos psicológicos del paciente, su familia y el equipo asistencial, y (b) analizar las variables psicológicas y conductuales que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes oncológicos e incluso a su supervivencia (Hollenstein y col., 2004). En este segundo aspecto es donde se enmarca la presente investigación.

2. El Proceso Psicológico del Paciente Oncológico: Alteraciones Emocionales

El abordaje emocional del enfermo de cáncer ha de llevarse a cabo desde un modelo biopsicosocial que permita integrar los aspectos psicosociales del paciente y los aspectos biomédicos de la enfermedad oncológica (Barroilhet y col., 2005). Conocer la enfermedad, su proceso, los tratamientos y sus efectos secundarios es el punto de partida básico para estudiar, comprender y tratar los aspectos emocionales de este tipo de pacientes (Holland, 2002).

El proceso que se sigue tras el diagnóstico de esta enfermedad (proceso oncológico) debe contemplarse como un proceso dinámico, sujeto a cambios a corto, medio y largo plazo que están determinados por tres dimensiones interrelacionadas: la dimensión biológica, la dimensión psicológica y la dimensión social.

- a) La dimensión biológica hace referencia a la enfermedad y su tratamiento. Conocer los cambios fisiológicos que produce el tumor y los efectos secundarios que los tratamientos antineoplásicos producen (mutilación, neutropenia, trombopenia, alopecia, anemia, etc.) permiten comprender mejor el proceso biomédico que vive el paciente oncológico (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, entre los más frecuentes).
- b) La dimensión social incluye los cambios producidos en el ambiente familiar y sociolaboral del paciente como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento (baja laboral, reincorporación al trabajo, jubilación anticipada). Estos cambios en el desempeño de determinados roles se va modificando a lo largo del proceso oncológico.
- c) La dimensión psicológica hace alusión a los aspectos emocionales y comportamentales del paciente durante todo el proceso oncológico. Se evidencian cambios emocionales (ansiedad, ira, rabia, tristeza...) y cambios en las estrategias de afrontamiento (lucha, negación, desesperanza, indefensión, etc.) para afrontar las diferentes etapas del proceso oncológico. En esta tercera dimensión es donde se enmarca la presente investigación.

Para comprender mejor la relevancia de las alteraciones emocionales que presentan los pacientes oncológicos, presentaremos, a continuación, algunos datos de prevalencia que nos permitirán calcular las necesidades psico-asistenciales que presenta esta población.

Un estudio de referencia realizado por Derogatis y col. (1989) estimó que el 47% de los pacientes oncológicos presentaban algún trastorno psiquiátrico atendiendo a los criterios del DSM-III. Se encontró que el 68% presentaban trastornos de adaptación, el

13% trastorno por depresión mayor, el 8% trastornos mentales de origen orgánico, el 7% trastornos de personalidad y el 4% trastornos de ansiedad. El 85% de la muestra presentaba síntomas de ansiedad y de depresión como síntomas centrales. Sin embargo, otros autores estiman que entre un 20-25% de la población oncológica sufre depresión, a veces no reconocida ni tratada (Bottomley, 1998). Una posible explicación a estas diferencias en las estimaciones de prevalencia podría deberse a factores educacionales, a la mayor divulgación de la información respecto al cáncer, a su pronóstico y los increíbles avances científicos de los últimos años (Osborne y col., 2006). No obstante, en la práctica clínica se puede comprobar que muchos pacientes oncológicos presentan altos niveles de ansiedad y depresión, que aún sin llegar a ser clínicamente significativas, requieren un adecuado seguimiento y tratamiento psicológico (Meseguer, 2003).

Es importante tener en cuenta que, dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentre la persona con cáncer, reaccionará emocionalmente de una determinada manera. Las emociones experimentadas tendrán una intensidad y duración determinadas dependiendo de las estrategias de que disponga la persona y de los recursos que ésta utilice para hacerle frente. Fawzy y Greenberg (1996) diferencian siete fases en la enfermedad/proceso oncológico, pudiendo vivirse cada una de ellas de manera adaptativa o desadaptativa. Centrándonos en el componente desadaptativo, este proceso puede describirse de la siguiente manera (ver tabla 1):

1. *Prediagnóstico*. Esta fase se caracteriza por las numerosas pruebas médicas que se han de realizar para llegar a un diagnóstico fiable. Es vivida con preocupación, ya que la persona aumenta el número de visitas a los médicos y especialistas que le realizan un gran número de pruebas desconocidas para ella. Por lo general, esta

etapa es vivida por los pacientes con mucha ansiedad, debido a la posibilidad de que finalmente se confirme el diagnóstico de cáncer.

2. *Diagnóstico.* Inicialmente, la persona suele experimentar un periodo de shock y de incredulidad que normalmente tiene una duración de unos 10-15 días (Breitbart y Holland, 1993). Es realmente el primer impacto de la enfermedad. Previamente, el paciente ha podido imaginarse que la realización de pruebas tan específicas o incluso la cirugía podían suponer el diagnóstico de una enfermedad grave. Pero es en el momento del diagnóstico cuando el enfermo se enfrenta directa y realmente a lo que supone tener cáncer y las consecuencias de la enfermedad (tratamiento quimioterápico, radioterapia, etc.); la pérdida de salud se hace consciente. Antes del tratamiento muchos pacientes viven la situación con una negación de la enfermedad, con miedo, con depresión e incluso con hostilidad.
3. *Tratamiento.* En esta fase los pacientes tienen miedo al dolor (posquirúrgico), se sienten vulnerables ante los efectos que el tratamiento pueda ocasionarles y temen perder el control sobre sus vidas. Una de las características más importantes de esta etapa es la pérdida que el paciente puede vivir en cada una de las dimensiones de su vida: a) A nivel físico se contempla la posibilidad de perder, por ejemplo, un pecho, el útero o el ano a causa de la cirugía, o de perder el cabello debido a los tratamientos quimioterápicos; b) a nivel sociolaboral dejan sus trabajos para la intervención quirúrgica del tumor y los tratamientos antitumorales; c) a nivel psicológico pueden presentar ansiedad y depresión ante los diferentes efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos.

Las reacciones emocionales que las personas con cáncer experimentan en la fase de diagnóstico y de tratamiento son las que, desde el modelo de la Indefensión Aprendida,

podrían dar lugar a los trastornos de ansiedad y depresión. Justamente en esta fase, tras el diagnóstico y en la fase de tratamiento activo de la enfermedad, es donde se sitúa el presente estudio.

4. *Postratamiento.* Terminado ya el tratamiento, la alegría experimentada por el paciente se transforma en ocasiones en ansiedad, característica también de la fase postratamiento. Se pasa a ser superviviente de una enfermedad grave, pero con un cierto riesgo de recaída dependiendo del tipo de tumor, del estadio en el que se le diagnosticó y del tipo de respuesta al tratamiento. En este periodo, teóricamente libre de enfermedad, el paciente debe acudir a la consulta del médico para realizar las revisiones periódicas pertinentes. Muchos pacientes tienen miedo a que el cáncer vuelva a aparecer, encontrándose en un estado de alerta ante cualquier cambio corporal o dolor que indique la presencia de la enfermedad. De manera especial, los días previos a las revisiones programadas suelen ser vividos con ansiedad anticipatoria.
5. *Recidiva y enfermedad progresiva.* Consiste en una reproducción del tumor. Es una fase de alto impacto emocional. Comienzan de nuevo las pruebas, los tratamientos o la cirugía. Es frecuente que el paciente busque segundas opiniones médicas y comienza a probar terapias alternativas. El paciente vivencia esta etapa con desilusión, con incredulidad y con gran malestar emocional, sobre todo cuando el tumor presenta signos de mal pronóstico. El miedo, la negación, la ira, la ansiedad, la desesperanza y la depresión son las reacciones más frecuentes. La enfermedad va avanzando y el paciente se somete a diferentes tratamientos, la mayoría de ellos muy aversivos.

6. *Fase terminal o paliativa.* El paciente es consciente de la naturaleza irreversible de su enfermedad y que el desenlace será la muerte. Los tratamientos no son activos contra la neoplasia en sí, se centran en el control y alivio de síntomas (dolor, estreñimiento, náuseas, etc.) valorando sobre todo una óptima calidad de vida. El miedo al abandono, a la pérdida de dignidad y al dolor están presentes en muchos pacientes que, a su vez, se preocupan por los seres que preveen van a dejar.

Ahora bien, el tipo de respuesta psicológica, tanto a nivel cognitivo, a nivel emocional como a nivel comportamental que el paciente utilice en cada una de las etapas permitirá una adecuada o inadecuada adaptación a la enfermedad tal como se puede ver en la Tabla 1 adaptada de Fawzy y Greenberg (1996).

La respuesta del enfermo a cada fase del proceso oncológico está determinada por un amplio conjunto de factores relacionados con: (a) la enfermedad médica (aspectos biológicos), (b) los aspectos sociales de la persona y (c) los factores intrapersonales e interpersonales (aspectos psicológicos).

A su vez, cada una de las fases de la enfermedad puede acompañarse de diferentes reacciones emocionales y diferentes estrategias de afrontamiento, incluso en la misma persona. En este sentido, se puede hablar de “proceso psico-oncológico”, ya que la persona, la enfermedad y circunstancias sociales que le rodean van a determinar el tipo de respuesta psicológica que la persona dará ante la nueva situación (Barroilhet y col., 2005). El hecho de contemplar la reacción emocional del paciente ante el cáncer como un “proceso”, permite predecir e intervenir en aquellos aspectos que se estime conveniente para conseguir una mayor y mejor adaptación a la enfermedad y a su proceso, con el fin último de mejorar su calidad de vida.

Tabla 1.- Respuestas psicológicas al cáncer (Fawzy y Greenberg, 1996).

FASE	NORMAL/ ADAPTATIVA	ANORMAL/ DESADAPTATIVA
PREDIAGNÓSTICO	Preocupación por la posibilidad de tener cáncer.	Hipervigilancia. Preocupación excesiva. Desarrollar síntomas oncológicos sin tener la enfermedad.
DIAGNÓSTICO	Shock. Incredulidad. Negación inicial y parcial. Miedo. Hostilidad. Sentimientos persecutorios. Ansiedad. Depresión.	Negación completa y rechazo de tratamientos. Rechazo fatalista del tratamiento porque la muerte es inevitable. Depresión clínica. Búsqueda de curas alternativas.
TRATAMIENTO INICIAL		
Cirugía	Miedo al dolor y la muerte. Miedo a la anestesia. Reacción de pena ante cambios físicos.	Retraso de la cirugía. Búsqueda de terapias alternativas a la cirugía. Depresión reactiva a la cirugía.
Radioterapia	Miedo a los rayos X y a los efectos secundarios. Miedo al abandono.	Estados psicóticos. (ilusiones/alucinaciones)
Quimioterapia	Miedo a los efectos secundarios. Ansiedad. Depresión leve. Cambios físicos. Aislamiento. Sentimientos altruistas.	Grave aislamiento inducido por trastornos psicóticos. Delirium/síndrome orgánico cerebral. Psicosis residuales inducidas por drogas.
POSTRATAMIENTO	Vuelta a las estrategias de afrontamiento comunes. Miedo a la recurrencia. Ansiedad y depresión postratamiento.	Ansiedad y depresión severa postratamiento.
RECIDIVA	Shock. Incredulidad. Negación inicial y parcial. Miedo. Hostilidad. Sentimientos persecutorios. Ansiedad. Depresión.	Depresión reactiva grave con insomnio. Anorexia. Agitación. Ansiedad e irritabilidad.
ENFERMEDAD PROGRESIVA	Búsqueda frenética de nueva información, otras consultas y curas.	Depresión.
FASE TERMINAL/ PALIATIVA	Miedo al abandono. Miedo a la pérdida de la compostura y dignidad. Miedo al dolor. Negocios inacabados. Duelo personal con anticipación de la muerte y gradual aceptación. Miedo a lo desconocido.	Depresión. Delirio agudo.

Una vez conocida la amplia gama de factores que influyen en la persona y en su proceso oncológico, el paso siguiente es describir qué ocurre en la vida emocional de los pacientes tras el diagnóstico y tratamiento. Como se ha indicado anteriormente, el diagnóstico de cáncer (incluyendo en esta etapa el tiempo que transcurre entre el

prediagnóstico y el tratamiento inicial) produce de forma general cambios a nivel biológico, psicológico y social, que suelen acompañarse de diferentes reacciones emocionales dependiendo de cada persona y del curso de la enfermedad. En el caso de las pacientes con cáncer de mama, en las que se centra la presente investigación, la cirugía y los tratamientos oncológicos producen cambios en la imagen corporal (por ejemplo, mastectomía, caída del cabello, erupciones cutáneas, quemado de la piel), cambios biológicos producidos por los tratamientos (por ejemplo, alteraciones en el peso corporal, fatiga, vómitos, náuseas, estreñimiento, diarreas) y cambios sociales (por ejemplo: la persona adopta un nuevo rol de enfermo en el entorno familiar y entre los amigos que le rodean). Cada uno de estos cambios necesariamente repercute en la persona alterando el equilibrio biopsicosocial previo a la enfermedad. Esta alteración del equilibrio psicológico ante una situación estresante como es el diagnóstico y tratamiento de cáncer puede producir, a su vez, alteraciones específicas a nivel emocional y comportamental.

En los últimos años, numerosos autores han defendido que ante el diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer, las personas suelen experimentar un periodo inicial de “*shock*” (primer impacto de la enfermedad), al que se suman síntomas como insomnio, irritabilidad, pérdida de apetito y alteraciones en el sueño (Massie y Shakin, 1993; Breitbart y Holland, 1993). A nivel emocional, el miedo, la tristeza, la desesperanza, la ansiedad y la incertidumbre se consideran reacciones emocionales normales y naturales ante la percepción de una amenaza vital o un atentado contra la integridad física (como puede ser el cáncer).

Desde el punto de vista psicológico, y analizando más detenidamente las emociones que experimenta el paciente con cáncer a lo largo de todo el proceso oncológico, puede decirse que la emoción más básica y común es el miedo, bien sea asociado al diagnóstico, bien sea durante tratamiento. El miedo es una reacción natural ante lo desconocido y padecer una enfermedad que amenaza la vida, hace que aparezcan ciertos temores, tanto en la persona que la padece como en la familia y amigos cercanos. En la Tabla 2 se presentan de manera esquemática los miedos más frecuentes del paciente oncológico (Holland, 1993).

Tabla 2.- Miedos del paciente con cáncer.

1.	Muerte
2.	Dependencia
3.	Deformidad
4.	Incapacidad
5.	Trastornos en relaciones interpersonales
6.	Dolor

Estos seis miedos básicos ante el diagnóstico de la enfermedad están directamente relacionados con la experiencia de pérdida, que normalmente lleva a la depresión. A continuación, indicamos la relevancia de cada uno de estos miedos:

1. El miedo a la muerte se asocia con el diagnóstico (García-Camba, 1999). En esta fase es cuando la persona percibe una amenaza real contra su integridad física y una pérdida de salud con todas sus implicaciones (asumir un nuevo rol, cirugía, tratamientos, efectos secundarios, etc.).

2. El siguiente paso es el miedo a no poder valerse por sí mismo/a.
3. Tanto la enfermedad oncológica como su tratamiento pueden acompañarse de determinadas alteraciones en la apariencia y en el esquema corporal, como pueden ser las mutilaciones, la caída del cabello, las erupciones cutáneas, etc. Estas son las causas principales del temor a la deformidad, teniendo en cuenta que este tipo de temores son muchos más evidentes en cirugías que mutilan órganos externos. Además, los efectos secundarios de los tratamientos y la cirugía oncológica dificultan o incapacitan la realización de tareas que antes la persona realizaba sin problema.
4. Por otra parte, la enfermedad interfiere con el funcionamiento familiar, social, laboral y económico de la persona, apareciendo un cambio de roles que preocupa seriamente a los enfermos/as.
5. Finalmente, el dolor es el síntoma más temido por los pacientes oncológicos: el miedo al dolor y al sufrimiento físico afecta a todos ellos.

El denominador común de todos estos miedos es el sentimiento de pérdida (Meseguer, 2003) y esto entronca con el modelo de la depresión de Beck (1979). Según este modelo, padecer una enfermedad grave como el cáncer puede ser vivido como pérdida de la salud, pérdida de la independencia, pérdida de la auto-imagen, pérdida de las propias capacidades, pérdida del rol social, pérdida del bienestar y, a más o menos largo plazo, pérdida de la propia vida. Todas estas pérdidas producen un cambio drástico en la vida de las personas que las lleva a reevaluar la visión que tienen de sí mismos, la visión del mundo que les rodea y sus perspectivas de futuro (desesperanza). La alteración

de esta triada cognitiva está directamente relacionada con la depresión, e implica una visión negativa de sí mismo, del mundo que le rodea y sobre todo, del futuro.

Por este motivo, y de acuerdo con el modelo de la Indefensión Aprendida de Seligman (1976), el diagnóstico de cáncer puede considerarse como una situación aversiva incontrolable que, dependiendo del estilo cognitivo de la persona, la hará más o menos vulnerable a la depresión. Y siguiendo a Beck, si el estilo cognitivo es negativo o depresogénico, la persona tendrá una visión negativa de sí misma, una percepción negativa del mundo y de las circunstancias que le rodean y unas perspectivas de futuro negativas. Visto de esta manera, estos dos modelos de la depresión pueden ser adecuados para comprender los trastornos cognitivos y psicológicos característicos de los pacientes con cáncer e incluso de sus familiares, pues ambos se complementan (Fiske y Linville, 1980).

Puede decirse que los intensos y prolongados sentimientos de pérdida, de tristeza, de desesperanza y de indefensión, caracterizan a la manera más desadaptativa de afrontamiento de la enfermedad. Esta situación aversiva e incontrolable, junto a la triada cognitiva negativa, puede producir importantes alteraciones emocionales, sobre todo de tipo depresivo. Sin embargo, como ya se apuntó anteriormente, no todas las personas ante la vivencia de una enfermedad grave desarrollan depresión (Sellick y col., 1999). Esto puede deberse a que la experiencia de miedo ante las pérdidas que el padecimiento de cáncer supone, pueden ser vividas de dos formas diferentes: (a) de una forma adaptativa y de aceptación de la enfermedad, o (b) de una forma desadaptativa, esto es, reaccionando ante los miedos mencionados con niveles elevados de sintomatología ansiosa y depresiva (Watson y col., 2003).

La primera forma de enfrentarse al miedo está considerada como una reacción natural ante un suceso desconocido y puede ser adaptativa. En un primer momento, la reacción de la persona consiste en presentar niveles moderados de sintomatología emocional (pérdida de apetito, insomnio, agitación y apatía). Pero, tras un determinado periodo de tiempo, que puede variar desde unos días a varias semanas, la mayoría de los pacientes logran equilibrar sus sentimientos de ansiedad, de depresión y de rabia. Las personas se ajustan a los cambios de salud producidos y a las circunstancias que están viviendo. Se fortalecen gracias al apoyo emocional que reciben de sus familiares y amigos, incluso llegan a solicitar los tratamientos que ofrecen los profesionales de la salud (Chochinov, 2001), es decir, recurren a estrategias que permiten un adecuado afrontamiento de la enfermedad (por ejemplo, asistencia a grupos de apoyo, terapia psicológica, hablar con los profesionales de la salud, etc.). Todo esto hace que el paciente recupere su equilibrio emocional, ya que aprende habilidades y estrategias que le permiten afrontar de forma óptima la enfermedad (Lewis y Bloom, 1978).

La segunda forma de reaccionar ante los miedos mencionados está relacionada con el desarrollo de alteraciones emocionales posteriores. En este caso, el miedo intenso se prolonga a lo largo del tiempo, es decir, se perpetúa y se acaban desarrollando alteraciones emocionales de ansiedad y depresión fundamentalmente. La vivencia de esta pérdida de salud y concretamente el diagnóstico y tratamiento de cáncer se relaciona con la indefensión aprendida, pues pueden ser eventos relevantes o muy estresantes en su vida.

En consecuencia, conocer las emociones propias del enfermo oncológico, ya sean positivas o negativas, es una tarea de gran relevancia para detectar los trastornos

psicológicos en las propias Unidades de oncología y mejorar así la calidad de vida de las personas (Hodges y col., 2005). Reconocer cuándo una emoción es normal o alterada requiere no sólo de la habilidad del profesional, sino también del conocimiento de las posibles reacciones que el paciente puede tener (Breitbart y Holland, 1993). Por tanto, conviene realizar una adecuada evaluación emocional del paciente con cáncer y su consiguiente tratamiento, en caso necesario (Carlson y Bultz, 2003). Los cambios que produce la enfermedad, así como la existencia de numerosas creencias y mitos entorno al cáncer, generan en la persona que lo padece estados de angustia, de depresión, de ansiedad, o lo que es lo mismo, *distress* o malestar psicológico. La manera más efectiva de modificar este tipo de creencias y emociones es, en primer lugar, conocer el proceso oncológico (tratamientos, efectos secundarios, etc.) y, en segundo lugar, mediante una intervención terapéutica y psicoeducativa que ayude a la persona a afrontar y desmitificar esas creencias generadoras de miedo (Holland, 2004). En este sentido, una forma de ayudar a las personas a controlar estas creencias es aplicar técnicas cognitivo conductuales que les proporcionen habilidades para hacer frente a las situaciones que suelen activar las creencias irracionales (Yang y col., 2008).

Por tanto, la asistencia emocional y el tratamiento psicológico del enfermo oncológico supone, en primer lugar, conocer el proceso y el tratamiento de la enfermedad a nivel clínico y, en segundo lugar, desde un punto de vista psicológico, conocer los mecanismos y reacciones emocionales que la persona experimenta ante situaciones vitales tales como el diagnóstico y tratamiento. La adaptación y el control de los cambios producidos durante el proceso de la enfermedad es el principal objetivo terapéutico que se plantea la Psicología oncológica, dotando a las personas de estrategias y habilidades que les permitan controlar sus emociones (Holland, 2003).

La relevancia del estudio y tratamiento de las alteraciones emocionales de los pacientes oncológicos se debe a que dichas alteraciones repercuten negativamente tanto a nivel médico como a nivel psicosocial, ya que dificultan la adaptación adecuada a la enfermedad, generan graves problemas en el cuidado y la atención médica y, además, influyen negativamente en el bienestar sociofamiliar y personal del paciente reduciendo considerablemente su calidad de vida (Boini y col., 2004).

Algunas de las repercusiones más evidentes de las alteraciones emocionales asociadas al cáncer son las siguientes:

1. Dificultades en la adherencia terapéutica. El paciente no sigue las prescripciones médicas, no completa los tratamientos indicados, no sigue las recomendaciones sobre la dieta alimentaria y los cambios que se sugieren en el estilo de vida difícilmente se consiguen.
2. Alteraciones en la comunicación con los profesionales de la salud. Dependiendo del estado emocional del paciente (rabia, miedo o desesperanza), no atenderá a buena parte de la información proporcionada por su oncólogo, bien porque no la comprenda correctamente, o bien porque no pueda colaborar activamente en la toma de decisiones acerca de su tratamiento.
3. Falta de apoyo social. Los estados de indefensión y desamparo que experimentan algunos pacientes con cáncer promueven la apatía, además, estas emociones negativas mantenidas a lo largo del tiempo promueven conductas de aislamiento que dificultan la integración y adaptación del enfermo a la sociedad.

4. Pérdida de calidad de vida. Los estados de ansiedad y depresión, sobre todo estos últimos, perjudican al enfermo disminuyendo su calidad de vida (Shapiro y col., 2001).

Es por ello que la atención y manejo de las alteraciones emocionales en estos pacientes es importante a la hora de establecer las pautas de cuidados (Breitbart y col., 1995). El entrenamiento en la detección de la ansiedad y la depresión por parte de los profesionales de la salud es fundamental a la hora de derivar al paciente a un especialista que le ayude a manejar sus emociones alteradas. Determinar qué subgrupos de la población oncológica presentan mayor riesgo para el desarrollo posterior de trastornos del estado de ánimo, permitirá priorizar planes de intervención psico-oncológica para tal población que redundarán en un incremento en la calidad de vida de estos pacientes (Osborne y col., 2006).

Existe un amplio cuerpo de investigaciones sobre el impacto de la intervención psicosocial en la ansiedad y en la depresión del paciente con cáncer (Jacobsen, 2008). Los organismos internacionales dedicados a la investigación para la mejora del cáncer como, por ejemplo, el Instituto Nacional del Cáncer, tratan de elaborar guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica para aunar criterios con el objetivo de que los tratamientos sean cada vez más efectivos y específicos para cada tipo de tumor (Jacobsen, 2009). Pasamos a analizar en mayor profundidad las dos alteraciones emocionales más frecuentes en pacientes con cáncer: ansiedad y depresión.

3. Alteraciones Emocionales en Cáncer

3.1. Ansiedad y Cáncer

a) Prevalencia e Influencia de la Ansiedad en Cáncer

Se han encontrado diferentes datos sobre la prevalencia de la ansiedad en enfermos oncológicos dependiendo de los instrumentos y los criterios de evaluación utilizados. Algunos autores defienden que la ansiedad se incrementa a medida que la gravedad de la enfermedad aumenta y la expectativa de vida disminuye, mientras que otros autores encuentran que la experiencia subjetiva de ansiedad en estas personas es independiente de la localización tumoral y del estadio (Meseguer, 2003). Es decir, los niveles de ansiedad no se ven incrementados por tener pocas expectativas de vida (mal pronóstico) y/o un determinado tipo de tumor o determinados tipos de tratamientos, si bien es cierto que la prevalencia de dicho trastorno aumenta en los momentos previos y posteriores al diagnóstico inicial de la enfermedad y tras el diagnóstico de una recaída (Holland, 1989).

Por ejemplo, en un estudio sobre la prevalencia de la ansiedad en este ámbito se estimó que entre el 3% y el 16% de la población inglesa con cáncer manifestaba ansiedad (Jenkins, 1998); otros estudios estiman que el 44% de los pacientes con cáncer informan tener algo de ansiedad, mientras que el 23% presenta ansiedad clínicamente significativa, siendo en general los trastornos de ansiedad en oncología más frecuentes que en otras especialidades médicas o que en la población en general.

Por otra parte, se han estudiado los factores que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad durante el tratamiento oncológico y entre ellos podemos destacar los siguientes: (a) historia previa de trastornos de ansiedad, dolor

severo y ansiedad en el momento del diagnóstico (Nordin y col., 1999); (b) limitación funcional (dependencia), escaso apoyo social, enfermedad avanzada y el haber padecido alguna experiencia traumática (Breitbart y col., 1995); y (c) problemas de comunicación con la familia, con los amigos y con los profesionales de la salud (Friedman y col., 1994). Según Stark y colaboradores (2000), la ansiedad debe considerarse patológica (maladaptativa o mórbida) cuando:

1. El nivel de percepción de amenaza sea desproporcionado.
2. La ansiedad persista y produzca un deterioro importante en la persona.
3. El nivel de la sintomatología sea desproporcionado en base de la amenaza percibida (por ejemplo, ataques de pánico recurrentes, sintomatología física severa, creencias anormales de muerte repentina/súbita).
4. Hay una ruptura de la funcionalidad, es decir, la ansiedad interfiere en el funcionamiento cotidiano.

En psico-oncología se entiende que la ansiedad es patológica cuando es incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales para la adaptación a la enfermedad (Nordin y col., 1999). Las principales manifestaciones de la ansiedad patológica son: nerviosismo, tensión, agitación, palpitaciones cardiacas, dificultades para respirar, sudoración, temblor y sensación de vértigo, irritabilidad, dificultad para mantener el sueño, problemas de atención, ideas recurrentes de muerte, aprensión, inquietud, preocupación, etc. (Meseguer, 2003).

Sin embargo, no es tarea fácil identificar cuándo la ansiedad puede considerarse patológica en un paciente oncológico (Stark y House, 2000). En general, la valoración del tipo de respuesta ansiosa inadecuada se realiza en términos de intensidad y duración,

dado que la mayor intensidad y duración de esta respuesta contribuye a: (a) que el paciente no tome decisiones acerca de su tratamiento o no asimile o comprenda la información útil que le da su médico (Massie y Shakin, 1993), (b) un peor ajuste global a la enfermedad, (c) una peor capacidad en la toma de decisiones terapéuticas, (d) un peor cumplimiento del tratamiento, y (e) una peor calidad de vida. Todo ello supone que, además, posiblemente la supervivencia se vea afectada (Saiz y Zabala, 1999).

En resumen, la ansiedad es una emoción que presentan casi todos los pacientes con cáncer y puede ser una reacción útil en el proceso de adaptación a la enfermedad. No obstante, en el momento en que la ansiedad se intensifica y cronifica puede dar lugar a alteraciones psicopatológicas que comprometen el curso del tratamiento de la enfermedad y la calidad de vida de la persona que la padece.

b) Evaluación de la Ansiedad en Cáncer

Para llevar a cabo un control efectivo de la sintomatología ansiosa es necesario realizar una evaluación comprensiva de la ansiedad y un diagnóstico acertado. A pesar de que el miedo y la incertidumbre asociados al cáncer sean elevados, a nivel clínico no resulta fácil la distinción entre miedo y/o ansiedad normal y patológica (Lauver y Ho, 1993). En general, los cuestionarios más comúnmente utilizados para la evaluación de la ansiedad son el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg (1968) y la subescala de ansiedad de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond (1986).

La evaluación de la ansiedad ayuda a conocer cuál es el origen de la misma y a establecer el tratamiento más adecuado para reducirla. Breitbart (1995) indica que cuando la ansiedad es producida por el dolor, por algún tipo de condición médica, por las

hormonas segregadas por el tumor o por los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos o concomitantes, tratar la causa que origina la ansiedad reducirá su sintomatología inmediatamente. Por regla general, la ansiedad se incrementa cuando el paciente toma conciencia de la relativa ineficacia de los tratamientos médicos en el proceso de la enfermedad y cuando ve limitadas sus expectativas de vida (Roth, 2007). Es evidente que los trastornos de ansiedad discapacitan e interfieren con el tratamiento oncológico, por lo que requieren un pronto diagnóstico para establecer el tratamiento más adecuado (Maguire, 1998). Por otro lado, también se reducirá la sintomatología ansiosa si se proporciona a los pacientes estrategias de afrontamiento que les permitan confrontar sus miedos o sus problemas, tener una visión del proceso oncológico como tareas que se cumplen paso a paso, enfrentarse al cáncer haciendo uso de sus recursos y solicitando soporte social y psicológico si fuera necesario.

3.2. Depresión y Cáncer

a) Prevalencia e Influencia de la Depresión en Cáncer

La depresión es la alteración emocional más frecuente en las personas con diagnóstico de cáncer. Se estima que entre un 20-25% de los pacientes oncológicos sufren depresión, a veces no reconocida y no tratada (Bottomley, 1998) y que éstos se deprimen más que la población general (Van't Spijker y col., 1997). Recientemente, un informe realizado tras el análisis de 100 estudios sobre la prevalencia de la depresión en las personas con cáncer indicó que ésta oscila entre el 0% y el 58%, es más, se indicaba que en función del tipo y localización tumoral y del estadio del mismo, la depresión será comórbida y de mayor gravedad (Massie, 2004). No obstante, se considera que es difícil

estimar con precisión la prevalencia de la depresión en cáncer debido a la falta de uniformidad respecto a los criterios diagnósticos y a los instrumentos de evaluación utilizados.

Existen diversos factores que influyen a la hora de determinar la prevalencia de la depresión en el paciente oncológico, entre los que podemos destacar los siguientes: el tipo y la severidad de la enfermedad, el tipo de cirugía, el régimen de quimioterapia, el tipo de tratamiento, y el apoyo social entre otros (Nordin y col., 2001). Hay estudios que han mostrado que los niveles de depresión varían según el tipo de tumor, observándose las medias más altas en el tumor de páncreas, el tumor de orofaringe y el carcinoma de mama, mientras que las más bajas se observan en los linfomas y la leucemia (McDaniel, 1995). Muchos autores encuentran que los porcentajes más elevados de depresión se incrementan con la severidad del tumor y su pronóstico (Moffic y Paykel, 1975; Ciaramella y Poli, 2001; Massie, 2004). Otros han sugerido que la depresión predispone a unos peores resultados clínicos cuando la enfermedad ha aparecido (Raison y Miller, 2003) y que el tipo de tratamiento al que sean sometidos los pacientes también afectará a la probabilidad de desarrollar depresión, sobre todo por su tremenda influencia en la propia biología de la depresión. Por otra parte, un estudio realizado para comprobar si la historia de depresión previa influye en la enfermedad oncológica, sugirió que en la población depresiva se incrementa el riesgo de muerte por cáncer 2.6 veces dentro de los 19 meses posteriores al momento del diagnóstico (Stommel y col., 2002).

La comorbilidad depresión-cáncer está bien documentada (Berard, 2001), siendo la depresión el trastorno psicológico que más comúnmente se observa en las unidades de atención al enfermo oncológico y que más claramente interfiere en la adherencia

terapéutica, en la calidad de vida de los pacientes (entendida como bienestar biopsicosocial), en su nivel de funcionamiento y en el periodo libre de enfermedad. La depresión es el trastorno que más llama la atención en las Unidades de psicooncología por dos razones fundamentales. Por un lado, por su elevada prevalencia y, por otro, por los efectos negativos (interactúantes y deteriorantes) que la depresión tiene en la calidad de vida de los pacientes y en la propia enfermedad neoplásica (Stommel, 2002; Spiegel, 2003).

b) Evaluación de la Depresión en Cáncer

Existe una tendencia bastante generalizada a considerar la depresión en pacientes oncológicos como una reacción natural al cáncer, ya que algunos de los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos son similares a los síntomas de la depresión, solapándose en este caso la sintomatología propia de la enfermedad y la sintomatología de la depresión (Spiegel y Giese-Davis, 2003; Nordin y col., 2001; Chochinov, 2001; Raison, 2003).

El diagnóstico y el reconocimiento de los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en el ámbito del cáncer es un tema de gran actualidad entre los profesionales de las Unidades de oncología. Por una parte, se asume que la depresión es una reacción natural ante una enfermedad grave que atenta contra la vida de la persona que la padece (Spiegel y Giese-Davis, 2003) y que, por lo tanto, son pocas las personas que no experimentan sintomatología típica de la depresión (tristeza, sentimientos de desesperanza o de inutilidad, alteraciones en el sueño, y/o cambios en el apetito o en el peso durante el curso de la enfermedad). Por otra parte, distintos tipos de tumores y

tratamientos oncológicos provocan síntomas en los pacientes que recuerdan bastante a los síntomas neurovegetativos de la depresión (Breitbart y col., 1997; Ray y Berard, 2003). Tanto para los profesionales como para los pacientes, reconocer estas alteraciones emocionales será de vital importancia para poder proporcionar una asistencia integral al enfermo oncológico (médica y psicosocial) (Bottomley, 1998; Chochinov, 2001).

En la tabla 3 se muestran los factores que influyen en la depresión del paciente con cáncer y es importante tenerlos en cuenta para establecer un adecuado diagnóstico.

Tabla 3.- Factores que influyen en la depresión de los pacientes oncológicos.

<p><u>Factores de vulnerabilidad psicológica premórbida:</u> Historia previa de alcoholismo. Drogadicción. Historia previa de depresión.</p>
<p><u>Factores de vulnerabilidad psicológica de la enfermedad:</u> Dolor crónico. Estado avanzado de la enfermedad.</p>
<p><u>Condiciones médicas que pueden causar depresión:</u> Pacientes con anormalidades metabólicas: hipercalcemia, falta de sodio o potasio, anemia, déficit de vitamina B12. Pacientes con anormalidades endocrinas: hiper o hipotiroidismo, enfermedad de Cushing. Pacientes con insuficiencia adrenal.</p>
<p><u>Tipos de medicación que se asocian a síntomas depresivos:</u> Esteroides, interferón, interleucina 2, metildopa, reserpina, barbitúricos y propranolol.</p>
<p><u>Citotóxicos que pueden producir cambios afectivos:</u> Corticoesteroides, procarbazona, asparaginasa, cyproterona, interferón, vinblastine, tamoxifeno.</p>

En la tabla 4 se presentan los criterios diagnósticos de la depresión. Atendiendo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, para establecer un diagnóstico de depresión, se requiere la presencia de 5 de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas y, además, deben suponer un cambio con respecto a actividad previa.

Tabla 4.- Criterios diagnósticos de la depresión (DSM-IV).

1.	Estado de ánimo depresivo.
2.	Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer.
3.	Pérdida importante de peso.
4.	Insomnio o hipersomnia.
5.	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
6.	Agitación o enlentecimiento psicomotor.
7.	Fatiga o pérdida de energía.
8.	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión.
9.	Pensamientos recurrentes de muerte.

Si bien estos son los criterios que se utilizan en la población general para hacer un diagnóstico de depresión, algunos autores indican que debemos ser cautos a la hora de aplicar estos criterios en pacientes oncológicos, dado que en muchos de ellos la tristeza se considera una reacción natural (Chochinov, 2001). Sin embargo, si pasado un tiempo prudencial, que se estima en torno a las dos semanas, el paciente sigue experimentando un alto grado de tristeza que llega a producirle malestar significativo y/o impide o

dificulta la adherencia a los tratamientos antineoplásicos requeridos, entonces se recomienda realizar una adecuada valoración emocional del paciente que permita establecer un diagnóstico psicológico adecuado (Breitbart y Holland, 1993; Massie, 2004).

Los instrumentos de evaluación de la depresión en pacientes oncológicos más utilizados son las medidas de autoinforme porque tienen la ventaja de que no requieren la presencia de un entrevistador entrenado y pueden ser contestados por el propio paciente mientras está esperando al médico. Las escalas de evaluación más utilizadas, tanto a nivel clínico como experimental, en la práctica psicooncológica son: (1) la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, (2) el Inventario para la Depresión de Beck, (3) la escala Hamilton para la Depresión y (4) la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Bottomley, 1998).

La evaluación de la depresión en enfermos oncológicos debe incluir información relativa a la existencia de tratamiento psiquiátrico o psicológico previo y si consume o ha consumido sustancias psicotrópicas. Otro aspecto relevante a tener en cuenta es prestar atención a los aspectos cognitivos que producen la sintomatología depresiva (Brother y Andersen, 2009). Para ello es necesario conocer cuáles son las creencias erróneas y las preocupaciones que producen en el paciente alteraciones en el estado de ánimo. En general, la información educacional sobre la enfermedad, junto con el debate de las creencias erróneas relacionadas con el cáncer, hace que ya desde la entrevista inicial se pueda realizar intervención psicológica en estos pacientes.

Las consecuencias negativas que una depresión no reconocida o no tratada pueden tener en la persona con cáncer quedan recogidas en diferentes estudios que llegan a las siguientes conclusiones:

1. El pesimismo y la actitud de falta de lucha de los enfermos oncológicos deprimidos hacen que el pronóstico optimista que tienen determinados tratamientos sobre ciertos tumores quede sin ser considerado por el paciente, fomentando así una peor adherencia terapéutica y un incremento de costes de salud (Bottomley, 1998; Pirl y Roth, 1999).
2. La depresión acelera el proceso de la enfermedad, acortando las expectativas de vida (Bottomley, 1998). Estados de indefensión y de desesperanza predicen de manera significativa los periodos libres de enfermedad (Watson y col., 1999). Es decir, las personas con cáncer y depresión tienen intervalos más cortos libres de enfermedad, o lo que es lo mismo, presentan más recidivas. Incluso pueden elevar el riesgo de suicidio.
3. La depresión en el cáncer empeora los niveles de calidad de vida percibida, incrementando la sintomatología (produce un incremento del dolor) y empeorando el funcionamiento general de las personas (Font, 1994; Bottomley, 1998; Ruo y Wooley, 2003; Greenber, 2004).

En resumen, un problema fundamental en el campo de la psicooncología es que tanto la ansiedad como la depresión no son tan bien diagnosticadas como sería de esperar. Sin embargo, los efectos de la sintomatología ansioso-depresiva sobre la enfermedad y sobre la calidad de vida de los pacientes son muy negativos (Berard, 2001). Esto ha hecho que, actualmente, se defienda la necesidad de realizar una minuciosa exploración de los factores biopsicosociales de la persona con cáncer que permita detectar a aquellas que tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo. Por un lado, identificar los factores de riesgo o factores predisponentes a las

alteraciones psicológicas en oncología permitirá prevenir la ansiedad y la depresión y, por otro lado, permitirá diseñar estrategias de cuidado adaptadas a cada paciente (Jacobsen, 2009).

4. El Modelo de la Indefensión Aprendida

La teoría de la Indefensión Aprendida ofrece un modelo explicativo y predictivo de los estados emocionales alterados en la población general y puede considerarse un marco de referencia adecuado para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer.

El inicio de la investigación en este modelo parte del estudio del fenómeno de la indefensión que, de manera incidental, fue descubierto por Overmier y Seligman (1967) mientras realizaban estudios de aprendizaje animal. Concretamente, estaban realizando estudios de condicionamiento instrumental aversivo en interacción con el condicionamiento clásico. Estos autores descubrieron que al exponer a una rata a una situación aversiva (donde no se podía predecir lo que iba a ocurrir y donde la relación entre su conducta y sus consecuencias era nula) se producían en el animal una serie de alteraciones. La variable fundamental que mediaba este proceso era la incontrollabilidad, entendida como la no relación entre comportamiento y consecuencia. De esta manera, la no relación de contingencia entre causa y comportamiento generaba unas escasas o nulas expectativas de éxito al realizar un comportamiento determinado. Esta falta de contingencia, a su vez, producía alteraciones neuroquímicas e inmunológicas a nivel fisiológico (Maier y Seligman, 1976). Es más, según este modelo, este fenómeno producía una triada de déficits interrelacionados a nivel cognitivo, a nivel motivacional y a nivel

emotivo-fisiológico que podían dar explicación a los síntomas de la depresión en humanos (Maldonado, 1998).

- a) Los déficits encontrados a nivel cognitivo se conforman entorno a las expectativas de no contingencia futura entre las respuestas y los reforzadores de la conducta emitida. Estas expectativas de no relación entre comportamiento y consecuencia influyen negativamente en el aprendizaje de nuevos comportamientos de éxito. La consecuencia cognitiva fundamental de este déficit son las expectativas de incontabilidad: las expectativas de falta de control sobre la propia conducta retrasan la formación de asociaciones entre respuesta y consecuencia, aunque la nueva respuesta sea contingente. Es decir, aunque en la nueva situación haya contingencia, el individuo indefenso no es capaz de verla y lo que podría ser un aprendizaje de éxito se convierte en un fracaso. Por consiguiente, existe un retraso o interferencia en el aprendizaje de nuevas tareas de éxito. Para explicar la depresión en humanos, una característica del componente cognitivo de este modelo es que se propone al estilo cognitivo negativo como un factor modulador, tanto en el origen como en el mantenimiento de la depresión, siendo éste un factor predictivo de la depresión.

- b) Los déficits motivacionales dan explicación a la inactividad. Esta inactividad depende fundamentalmente de la ausencia de incentivos para responder, de la ausencia de reforzadores. El individuo no va a emitir una respuesta en tanto en cuanto su respuesta no vaya a conseguir un resultado positivo. Esto convierte a la propia conducta en inútil, por lo que se va a dejar de emitir (*“para qué voy a hacer esto, si no sirve de nada realizarlo”*).

- c) Los déficits emotivo-fisiológicos se producen cuando se produce una situación aversiva que es vivenciada como incontrolable. Inicialmente esta situación traumática produce un estado de ansiedad que posteriormente genera un estado de depresión que va a producir un deterioro en las aminas cerebrales y en el sistema inmunológico. Los déficits fisiológicos encontrados implican, sobre todo, al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, pero si se cronifican pueden producir otras alteraciones.

Debido a la similitud entre los déficits producidos por la indefensión y los síntomas característicos de la depresión, este modelo se propuso como un modelo explicativo adecuado para el estudio de la etiología y tratamiento de la depresión humana. En la tabla 5 se presenta la semejanza que puede existir entre los síntomas característicos de la depresión y la sintomatología producida tras la exposición a una situación aversiva incontrolable.

Según este modelo, la depresión aparece en situaciones donde es difícil controlar lo que va a ocurrir y esta misma situación puede darse durante el proceso oncológico. Si entendemos la enfermedad oncológica como una situación aversiva que supone una amenaza para la vida, podemos entender que, en ocasiones, el paciente se enfrenta a diferentes situaciones en las que le resulta difícil predecir y controlar el transcurso su propia enfermedad (incontrolabilidad).

Así, el modelo de la Indefensión Aprendida permite explicar las alteraciones emocionales que más comúnmente afectan a los pacientes con cáncer: la ansiedad y la depresión. La ansiedad aparece cuando la persona no sabe predecir qué es lo que va a ocurrir (en los momentos previos y posteriores al diagnóstico). Mientras que la depresión

aparece cuando la persona no puede controlar su curación o cuando no puede controlar los desagradables efectos secundarios de los tratamientos (vómitos, cansancio, pérdida de cabello) (incontrolabilidad). Si el estado de indefensión se mantiene, las personas experimentan un conjunto de déficits a nivel conductual, emotivo y fisiológico (Maldonado, 1998).

Tabla 5.- Síntomas característicos de la depresión y la indefensión (Maldonado, 1998).

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	SÍNTOMAS DE LA INDEFENSIÓN
Situación traumática inicial	Situación aversiva incontrolable
<u>Síntomas motivacionales:</u> Apatía. Desgana. Aislamiento social.	<u>Déficit motivacionales:</u> Inactividad. Ausencia de incentivos. Conducta social alterada. Pérdida de estatus social.
<u>Síntomas cognitivos:</u> Pesimismo. Autoculpabilidad.	<u>Déficit cognitivos:</u> Expectativas negativas. Sistema atribucional depresivo.
<u>Síntomas afectivos:</u> Tristeza. Autoagresividad. Ausencia de sentimientos. Ansiedad.	<u>Déficit emocionales:</u> Depresión. Ansiedad. Menor agresividad.
<u>Síntomas fisiológicos:</u> Frigidez/Impotencia. Anorexia. Dolores difusos. Fatigabilidad. Trastornos noradrenérgicos y serotoninérgicos.	<u>Déficit biológicos:</u> Conducta sexual alterada. Trastornos alimenticios. Decremento de la norepinefrina y serotonina. Úlceras y alteraciones en el sistema inmunológico.

El modelo de la Indefensión Aprendida se configura en 3 componentes interrelacionados: el componente cognitivo-emotivo, el componente fisiológico y el componente conductual. Una característica del componente cognitivo-emotivo es que se propone al estilo cognitivo negativo como un factor modulador, tanto en el origen como en el mantenimiento de la depresión, considerándose un factor predictivo de la depresión. Así, la incontrolabilidad puede ser una variable que, integrada en un modelo biopsicosocial, puede explicar la etiología y el tratamiento de las alteraciones emocionales en el ámbito de la psicooncología.

4.1. Modelo Cognitivo de la Indefensión Aprendida

Años más tarde, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformulan este modelo animal de la Indefensión Aprendida adaptándolo al comportamiento depresivo del ser humano. Para ello recurrieron a una teoría de corte psicosocial y formularon en el denominado “Modelo cognitivo de la Indefensión Aprendida”.

Este modelo asume que la experiencia de una serie de consecuencias aversivas independientes del comportamiento que la persona realiza, está modulada por su estilo atribucional. Este estilo influye en la expectativa de que en el futuro tampoco habrá contingencia entre sus respuestas y las consecuencias, lo que generará diferentes tipos de déficits cognitivos, motivacionales y emocionales. El nuevo modelo reformulado se estructura en base a tres componentes interrelacionados (Maldonado, 1998):

Condición medioambiental (Causa externa): El determinante causal que inicia la indefensión y/o la depresión es la vivencia de una experiencia aversiva traumática incontrolable. Desde el punto de vista de este modelo, esta causa aversiva externa es

condición necesaria pero no suficiente para que se dé la depresión. Lo importante en este componente no es la aversividad de la situación, sino la percepción de incontrolabilidad de dicha condición aversiva, es decir, la no contingencia objetiva entre las consecuencias aversivas y el comportamiento de la persona. Aplicándolo a una enfermedad como el cáncer, se puede observar la independencia que existe entre la situación clínica aversiva y la conducta del paciente (dado que la situación clínica no depende de él), los efectos desagradables que producen los tratamientos oncológicos o la propia enfermedad en sí.

Causa interna o mecanismo cognitivo (Componente suficiente): Este componente se considera suficiente para que se produzca la depresión. El modelo asume la existencia de un mecanismo cognitivo mediador tanto en el origen como en el mantenimiento de la depresión. El estilo cognitivo es aprendido y se origina cuando la persona ha experimentado situaciones aversivas incontrolables que han hecho que ésta no sea capaz de percibir la relación entre su conducta y las consecuencias, es decir, la persona ha generado unas expectativas negativas respecto al futuro de no contingencia entre su conducta y las consecuencias que tiene. Este estilo cognitivo asume la existencia de un estilo atribucional que utiliza la persona para realizar atribuciones de causalidad de su comportamiento, en otras palabras, para evaluar su comportamiento. Estas atribuciones pueden ser: 1) específicas *versus* globales, 2) estables *versus* inestables y 3) externas *versus* internas.

En primer lugar, las atribuciones específicas y globales hacen referencia a la generalidad que se le va a dar a la consecuencia de una acción. Si no he obtenido un buen resultado y creo que no sirvo para nada estaré realizando una atribución global, mientras

que si pienso que es algo meramente circunstancial, mi atribución será específica y, por tanto, no pensaré que no sirvo para nada.

En segundo lugar, las atribuciones realizadas sobre la estabilidad o inestabilidad se relacionan con la temporalidad, si se realizan atribuciones estables, el déficit se cronificará, y al contrario, si se realizan atribuciones inestables, el déficit será transitorio.

Por último, las atribuciones que hacen referencia a la internalidad o externalidad de la consecuencia de una acción, guardan mayor relación con la valoración que realiza de sí misma la persona, siendo las atribuciones internas las que mayor impacto emocional pueden causar.

Concretamente, este modelo supone que el paciente depresivo tiene un estilo atribucional depresogénico caracterizado por realizar atribuciones globales, estables e internas ante el resultado de una acción. Es por tanto, este factor cognitivo el que puede ayudar a prevenir la depresión (inmunización) o a incrementar la depresión (indefensión) producida por la situación aversiva incontrolable. Se producirá inmunización ante una situación aversiva incontrolable si la persona realiza atribuciones específicas, inestables y externas; mientras que se producirá indefensión ante el mismo evento traumático si el estilo atribucional es depresivo y viene caracterizado por atribuciones internas, estables y globales, lo que ayudará a la formación de expectativas de no contingencia entre la conducta y sus consecuencias.

Consecuencias comportamentales: A nivel comportamental se producen tres tipos de déficits como consecuencia de las alteraciones cognitivas mencionadas:

- a) *Déficits cognitivos asociativos.* Hacen referencia a la interferencia o déficits producidos en los nuevos aprendizajes de éxito. Las expectativas negativas de

incontrolabilidad interfieren en el aprendizaje de nuevas asociaciones entre respuestas y consecuencias.

b) *Déficits motivacionales*. Se traducen en inactividad por parte de la persona porque piensa que es inútil realizar cualquier acción dado que no va obtener ningún refuerzo. Este tipo de déficit motivacional está influido por la expectativa negativa sobre el no reforzamiento de sus respuestas.

c) *Déficits emotivo-fisiológico*. En un primer momento, ante la vivencia de una situación aversiva incontrolable la persona experimenta un estado de ansiedad (hiperactivación fisiológica) y, posteriormente, cuando percibe la incontrolabilidad de la situación, aparece el estado depresivo que, a su vez, produce alteraciones a nivel neuroquímico y fisiológico.

4.2. Estilos cognitivos, Indefensión y Depresión

El Modelo Cognitivo de la Indefensión Aprendida asume la existencia de un mecanismo cognitivo mediador de los trastornos depresivos (Maldonado y col., 1999). A su vez, el estilo cognitivo que una persona desarrolle vendrá determinado por sus experiencias previas y, según Herrera y Maldonado (2002), es situacionalmente específico. Esto último hace que el constructo “estilo cognitivo” sea considerado como un factor de riesgo/vulnerabilidad para la depresión, sobre todo en las recaídas de determinados síndromes depresivos. El modelo puede explicar y predecir las alteraciones emocionales del paciente con cáncer, ya que en el proceso oncológico existen situaciones inesperadas e incontrolables que pueden precipitar un trastorno del estado de ánimo.

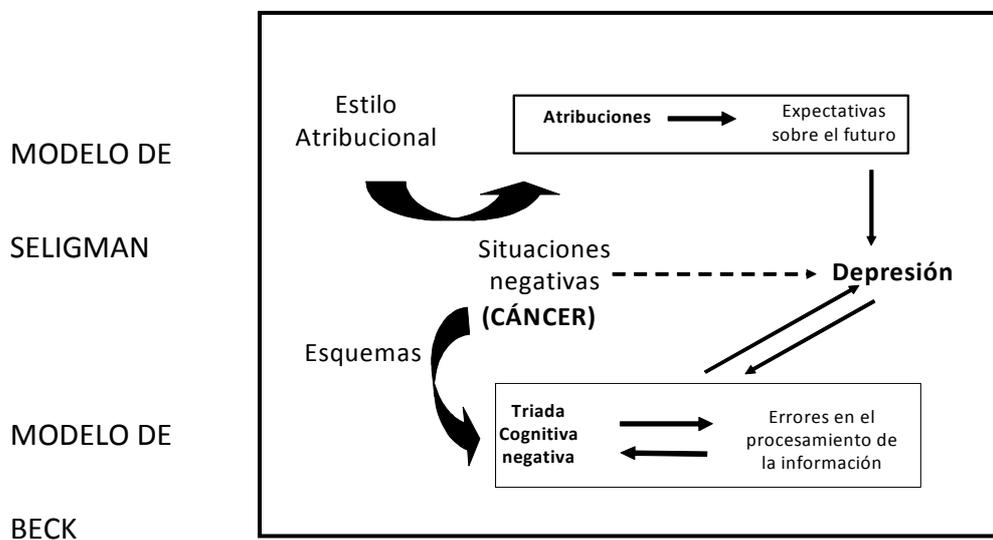
En general, los seres humanos estamos continuamente valorando, interpretando y realizando atribuciones que nos permiten tomar decisiones para guiar nuestro comportamiento. Las investigaciones realizadas sobre el componente cognitivo de la indefensión aprendida señalan que la persona deprimida se caracteriza por tener un estilo atribucional depresogénico, cuyas atribuciones preferentemente son globales, internas y estables, para los fracasos y, específicas, externas e inestables, para los éxitos (Raps y col., 1982; Peterson y Seligman, 1984). El estilo atribucional depresivo se considera en este modelo como un factor que predispone a la depresión y que favorece el mantenimiento de la misma (Peterson y Seligman, 1984).

Por otro lado, y atendiendo al Modelo Cognitivo de la depresión de Beck (1979), la persona depresiva se caracteriza por poseer una serie de esquemas cognitivos depresivos denominados triada cognitiva negativa. Dicha triada se relaciona con la visión negativa que tiene de sí misma, del mundo que le rodea y del futuro. Estos esquemas se forman en etapas tempranas del desarrollo, aunque pueden permanecer inactivos durante largos periodos de tiempo y ser activados por sucesos traumáticos ambientales específicos, que son estables a través del tiempo. La gran similitud entre este modelo y el de la indefensión presentado anteriormente expuesto hace que algunos autores los consideren básicamente iguales (Coyne y Gotlib, 1983) y otros los consideran complementarios (Fiske y Linville, 1980).

En el siguiente esquema se puede observar la similitud de los modelos de Seligman y de Beck en lo referente al estilo cognitivo. Seligman propone que cada persona posee un estilo atribucional determinado y ante situaciones negativas activa una serie de atribuciones (internas, estables y globales para interpretar hechos negativos) que

desembocan en depresión. Mientras que el modelo de Beck defiende que las personas poseen una serie de esquemas y que ante una situación aversiva se activa la triada cognitiva negativa (visión negativa sobre sí mismo, del mundo, y del futuro) que produce errores en el procesamiento de la información y favorece la aparición de la depresión.

Gráfico 1: Influencia de los estilos cognitivos según el modelo de Seligman y según el modelo de Beck.



Desde una perspectiva cognitiva, el significado y la interpretación que las personas damos a las experiencias que vivimos influye en el desarrollo o no de la depresión y en la vulnerabilidad a la recurrencia o prolongación de los episodios depresivos. La Teoría de la Depresión de Beck (Beck, 1967, 1987) y la Teoría de la Desesperanza Aprendida, conocida también como el Modelo Cognitivo de la Indefensión Aprendida (Alloy, y col., 1988; Abramson y col., 1989), son dos teorías de vulnerabilidad al estrés. Ambas son consideradas como las teorías de la depresión más importantes desde la perspectiva cognitiva. Tanto Alloy como Beck mantienen una hipótesis común: la vulnerabilidad

cognitiva incrementa el riesgo de padecer depresión e interfiere en el procesamiento o evaluación de los acontecimientos vitales relevantes para la persona (Alloy y col., 1999).

Investigaciones actuales muestran que la terapia para la depresión propuesta por Beck encaja perfectamente con el modelo de la Indefensión Aprendida (Maldonado y Herrera, 2002), ya que es el estilo cognitivo depresivo el que se modifica durante el proceso terapéutico haciendo uso de técnicas como la reestructuración cognitiva.

4.3. Indefensión Aprendida y Cáncer

La primera investigación de gran relevancia en el área de la Indefensión Aprendida y el cáncer fue realizada por Visintainer, Volpicelli y Seligman, en 1982, quienes estudiaron el rechazo tumoral en ratas manipulando la variable controlabilidad-incontrolabilidad de una situación aversiva. Los resultados de este trabajo sugirieron que el estado psicológico (el que se pueda escapar o no de una situación) interfiere con la habilidad del organismo para oponer resistencia al desarrollo tumoral, ya que se observó que este fenómeno producía alteraciones físicas, tanto a nivel de sistema nervioso como a nivel inmunológico en las ratas.

A partir de este trabajo, estudiando el sistema inmunológico en humanos, se realizó una investigación sobre inmunidad e “incontrolabilidad” (Brosschot y col., 1998). Los resultados principales indicaron que la situación percibida como más incontrolable fue la más afectada a nivel inmune, mostrándose un menor incremento de los linfocitos T, las células T *helper* y los linfocitos B. La principal conclusión a la que se llegó en este estudio fue que la percepción de incontrolabilidad en una situación produce diferencias en la reactividad inmunológica al estrés, pues la percepción de incontrolabilidad de ciertos

estresores se relaciona negativamente con determinadas funciones inmunológicas. Otros autores han tratado de demostrar que las emociones negativas, como la depresión y la ansiedad, intensifican la producción de citocinas proinflamatorias, como la interleucina 6, produciendo incrementos transitorios de las citocinas proinflamatorias (Dentino y col., 1999).

Por otra parte, la investigación científica más a nivel fisiológico ha demostrado que el estado psicológico puede inducir cambios en la función inmune y que probablemente aporta mecanismos por los que algunas variables conductuales y psicosociales pueden afectar al proceso neoplásico, siendo la percepción de control la que determina los efectos negativos de los estresores (Stone y Bovbjerg, 1994). Aunque es conveniente tener en mente las dificultades metodológicas para la realización de tales estudios, no hay que olvidar la enorme influencia que los estados emocionales tienen sobre las respuestas fisiológicas del organismo.

Actualmente, se está utilizando el modelo de la Indefensión Aprendida como marco teórico para explicar los aspectos más cognitivos de la depresión en enfermedades crónicas como el cáncer de mama y la fibromialgia (Brother y col., 2009; Palomino y col., 2007). El objetivo de estos trabajos es conocer los factores y mecanismos que median a nivel psicológico, físico y social en la enfermedad crónica, con el fin último de mejorar la funcionalidad y sintomatología psicológica que presentan algunos de estos pacientes. Esto sugiere que el modelo de depresión en humanos puede ser utilizado para profundizar en la etiología, prevención y tratamiento de las alteraciones emocionales desde un punto de vista integrador (biopsicosocial). Además, podría aplicarse no sólo a la

enfermedad oncológica, sino también a otras enfermedades crónicas propias de la psicología hospitalaria.

5. Psico-oncología y Calidad de Vida

La Organización Mundial de la Salud (1948) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia. Numerosas definiciones de la calidad de vida coinciden en que ésta consiste en la valoración de la percepción que hace la persona respecto de su grado de bienestar general, tratándose de una valoración subjetiva que realiza uno para evaluar el grado de bienestar en diferentes aspectos de la vida (emocional, conductual, cognitivo, físico, familiar, social, económico y laboral). En los últimos años, la calidad de vida es un tema que ha adquirido enorme relevancia en la sanidad pública, insistiéndose en que es importante tener en cuenta el estado general del individuo. El paciente y su entorno optan por vivir mejor y demandan mayor calidad de vida y de cuidados.

La importancia que se le ha concedido a la calidad de vida del paciente oncológico queda reflejada en la gran cantidad de estudios llevados a cabo sobre esta temática a todos los niveles: médico, farmacológico, psicológico, de enfermería y social. Es un tema que ha ido adquiriendo gran relevancia entre los profesionales de la oncología, los pacientes y los responsables de la política hospitalaria. Concretamente, en oncología médica, un objetivo fundamental es ampliar no sólo la cantidad de años vividos sino también la calidad de años que se viven.

La calidad de vida es un concepto multidimensional y subjetivo (Cella y Tulsky, 1990; Cella y col., 1993). En relación al paciente oncológico, hace referencia a la valoración subjetiva que éste hace de diferentes aspectos y dimensiones de su vida (funcionamiento físico, psicológico, social, síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos) (Font, 1994). La subjetividad hace referencia a la evaluación y a la satisfacción del paciente con su nivel actual de funcionamiento, comparado con lo que percibe que es posible e ideal; mientras que la multidimensionalidad de la calidad de vida está relacionada con el grado en el que el bienestar físico, emocional y social está afectado por una enfermedad y su tratamiento. Para algunos autores, son tres las dimensiones fundamentales que afectan a la calidad de vida: 1) Dimensión social, 2) dimensión psicológica y 3) dimensión fisiológica (Welch-McCaffrey, 1985); otros recogen cuatro dimensiones en el mismo concepto: 1) Estado funcional 2) síntomas relacionados con la enfermedad y tratamiento, 3) función psicológica y 4) función social (Aaronson en 1988). En cualquier caso, todos coinciden en que la multidimensionalidad de la calidad de vida debe recoger la integridad del individuo (Padilla y Grant, 1985; Ganz y col., 1994).

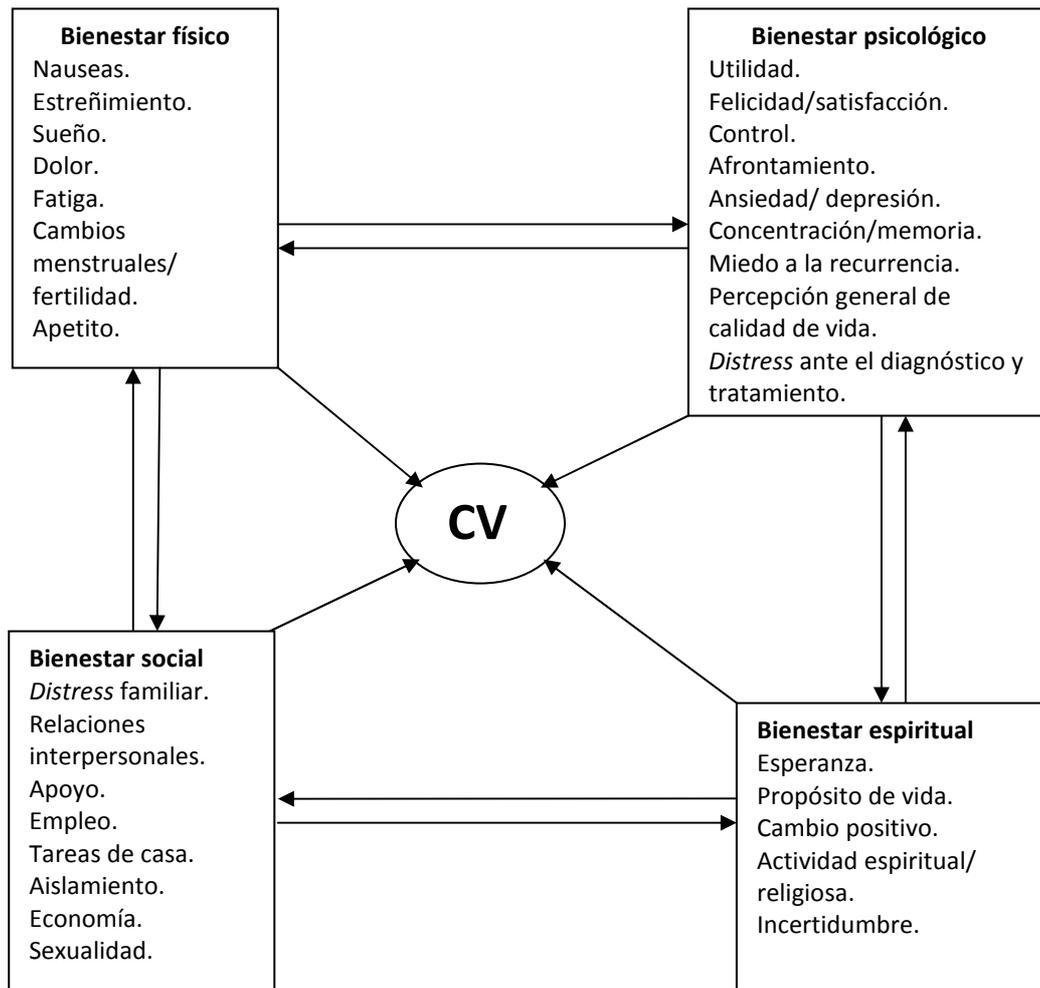
La investigación sobre calidad de vida cobra especial relevancia a partir de los años 90, resaltándose la necesidad de mejorar el bienestar biopsicosocial del paciente. Conseguirlo depende enormemente del alivio de los síntomas que producen malestar tanto físico como psicológico y comprender la interacción entre los distintos síntomas permite desarrollar una aproximación multidisciplinar que permita un adecuado control de los síntomas físicos y emocionales del paciente. El interés por la calidad de vida contribuye no sólo mejorar el cuidado de los pacientes, sino también la toma de decisiones clínicas, y facilita que el paciente informe sobre sus vivencias de la enfermedad (Mandelblatt y col., 2003).

La investigación psico-oncológica muestra que los trastornos del estado de ánimo dañan la calidad de vida del paciente interfiriendo en la adherencia al tratamiento y en la toma de decisiones sobre la enfermedad (Font, 1994). Diferentes estudios muestran que las puntuaciones en *distress* se incrementan cuando existen problemas en el funcionamiento social del individuo, y que disminuyen en la medida que la persona percibe más salud (Bredart, 1999). Además, el control de la sintomatología física y la sintomatología psicológica aumenta el confort, el bienestar y la calidad de vida de los pacientes (Breitbar y Holland, 1993).

Es evidente, por tanto, que el abordaje de la calidad de vida ha de realizarse desde un modelo biopsicosocial que integre todas las dimensiones de la vida de la persona y de la enfermedad. Se han propuesto diferentes modelos para explicar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, todos ellos muy similares entre sí. Uno de estos modelos es el que propone Dow junto a sus colaboradores (1996) (Ver gráfico 2) y que se ha aplicado a mujeres con cáncer de mama.

Este modelo explica la interacción de las diferentes dimensiones que afectan a la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. A continuación, se representa gráficamente este modelo en el que puede observarse la multidimensionalidad que caracteriza el concepto de calidad de vida (biológico, psicológico, social y espiritual).

Gráfico 2: Modelo de calidad de vida aplicado al cáncer de mama (Dow y col, 1996).



Partir de un modelo que incluya los diferentes aspectos que, en mayor o menor medida, están implicados en la calidad de vida es fundamental para realizar una correcta evaluación de la misma.

5.1. Evaluación de Calidad de Vida

El impacto tan negativo que tiene el cáncer en la calidad de vida de las personas que lo padecen, subraya la necesidad de realizar una evaluación adecuada de la misma, utilizando un buen instrumento que cuantifique el impacto y la evolución de la enfermedad y que ayude a determinar el tipo de intervención a realizar (Boini, 2004).

Para evaluar la calidad de vida es primordial realizar una calificación multidimensional del estado funcional del paciente, tal como lo percibe él mismo. La medición de este constructo se realiza a través de cuestionarios que se dividen en las siguientes categorías que incluyen numerosos aspectos de la vida del paciente oncológico (Cella, 2003):

1. Preocupaciones físicas. Síntomas específicos de la enfermedad o sintomatología relacionada con los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos (náuseas, vómitos, etc.).
2. Capacidad funcional. Estado funcional, morbilidad física, actividad física.
3. Bienestar emocional. La sintomatología emocional de ansiedad, depresión y angustia interfieren en el bienestar de la persona.
4. Satisfacción con el tratamiento.
5. Intimidad, sexualidad e imagen corporal.
6. Funcionamiento social.

En oncología se identifican cuatro componentes principales de la calidad de vida: a) los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios; b) el funcionamiento físico; c) el funcionamiento psicológico; y d) el funcionamiento social (Arrarras, 2004). Hace un cuarto de siglo nació la *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*, conocida por sus siglas EORTC. Se trata de una entidad que a nivel europeo lidera el desarrollo y la construcción de herramientas válidas para la evaluación del impacto de la enfermedad y de su tratamiento en la calidad de vida del paciente oncológico. Entre sus cometidos primordiales se encuentra incrementar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes desde una perspectiva multidisciplinar (Aaronson, 1993).

La EORTC propone un modelo de evaluación de la calidad de vida que ofrece la posibilidad de responder a cuestiones relevantes dirigidas a mejorar el conocimiento de la calidad de vida en ensayos clínicos controlados, donde se utilizan escalas/cuestionarios adaptados a cada tipo de tumor. En esta organización, existen doce grupos de estudio encargados de diseñar cuestionarios específicos de calidad de vida adaptados a cada tipo de tumoración y entre ellos se encuentran los siguientes: el grupo cooperativo de cáncer de mama, el grupo de gastrointestinales, el grupo ginecológico, el grupo de cabeza y cuello, el grupo de pulmón, el grupo de linfoma y el grupo de osteosarcoma (De Haes, 2000).

En la mayoría de los cuestionarios utilizados para evaluar la calidad de vida, se incluyen las categorías anteriormente citadas, dando información precisa de la afectación de cada área particular. Por otro lado, teniendo en cuenta todas estas categorías de manera global, se puede obtener una puntuación general de la calidad de vida.

Las ventajas de evaluar en profundidad la calidad de vida, según Arraras (1999), son las siguientes:

- Ofrecer una intervención global al paciente.
- Evaluar su funcionamiento en diferentes áreas.
- Conocer su estado subjetivo en relación a su enfermedad.
- Predecir la evolución de la enfermedad.
- Detectar de manera precoz los problemas.

Uno de los cuestionarios más utilizados en la investigación científica para evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos es el que propone la misma EORTC y que se

denomina: *Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30). Incluye 30 ítems que se distribuyen en cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, social y cognitivo), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náusea/vómitos), una escala global de salud/calidad de vida, y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea), además del impacto financiero. Además, cuenta con cuestionarios específicos para medir la calidad de vida en cierto tipo de tumores, como por ejemplo: cabeza y cuello, pulmón, mama y ovario.

6. Aspectos Psicológicos y Calidad de Vida en Cáncer de Mama

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres y se considera uno de los problemas de salud con mayor impacto, por su elevada incidencia y mortalidad (Yankaskas, 2005). En el año 2006 se diagnosticaron en Europa 3.2 millones de nuevos casos de cáncer, y el 13.5% de estos nuevos diagnósticos fue cáncer de mama, lo que lo convierte en la patología más común en Europa (Ferlay, 2007). El tumor en la mama es normalmente indoloro y suele ser descubierto por la mujer que lo padece, por su pareja o por su médico. En ocasiones se detecta porque pueden producirse supuraciones en el pezón, calor y enrojecimiento de la piel, así como endurecimiento mamario (Die, 2004). Hasta la realización de una biopsia y/o mamografía, la existencia de carcinoma mamario es tan solo una sospecha y la sensación real de enfermedad es casi nula.

Los tratamientos de elección en cáncer de mama son: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia. Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento de elección es la cirugía, que puede ser conservadora (se extirpa solamente la masa tumoral

localizada, preservando la mama) o radical (conlleva una mutilación completa). Los dos tipos de cirugía indicados (radical *versus* conservadora) afectan directamente a la autoimagen corporal y, sin duda, también a la sexualidad (Sheppard, 2008). Las alteraciones físicas que se experimentan en el brazo tras la cirugía, se reconoce como un problema crónico que puede cursar con dolor, linfedema, discapacidad funcional y problemas de movilidad (Hack y col., 2010). Los tratamientos que pueden acompañar a la cirugía vienen determinados por la extensión y el tipo de tumor, unido a una serie de marcadores tumorales. Generalmente, estos tratamientos generan fatiga como principal efecto secundario (Montgomery y McCrone, 2010), siendo la quimioterapia y sus dramáticos efectos secundarios los que más afectan a la calidad de vida de las enfermas (Hopwood, 2007). La hormonoterapia y la consiguiente menopausia inducida por la misma, hace que la mujer sufra una gran alteración hormonal que afecta a su bienestar físico y psicológico.

En la mayor parte de los casos, la pérdida de la mama (un órgano que define la identidad sexual femenina) y la aparición de la menopausia precoz (producida por la terapia hormonal), tienen un gran impacto psicológico en la mujer que, en su nivel más profundo, se relaciona con aspectos íntimos de la feminidad, la sexualidad, la maternidad, la imagen corporal y la identidad (Die, 2003). Además, toda la sintomatología derivada de esta cirugía, como el dolor del brazo y el linfedema, le impide el desarrollo de sus tareas cotidianas y su funcionalidad (Boini, 2004).

Numerosos estudios sobre cáncer de mama tratan de determinar cuáles son los factores que predisponen a las alteraciones emocionales y empeoran la calidad de vida en estas pacientes. Los que se han centrado en estudiar, a nivel biológico, el impacto del tratamiento, sugieren que las pacientes que reciben quimioterapia son las que tienen una

peor calidad de vida (Hopwood, 2007). Los estudios que han tratado de determinar la influencia de los factores sociales en el desarrollo de trastornos emocionales, han mostrado que las mujeres más jóvenes, las que están divorciadas o separadas, y las que tienen hijos menores de 21 años, son las que presentan mayores efectos secundarios de los tratamientos y un peor funcionamiento físico (Steffanek, 1993; Northouse, 1994). Otros estudios sugieren que las mujeres con cáncer de mama más vulnerables a desarrollar trastornos emocionales son aquellas que al inicio de la enfermedad presentan mayores alteraciones en su propia imagen, las que reconocen tener problemas con su pareja y las que perciben un pobre apoyo social (Ganz y col., 1993). Incluso, algunos estudios han tratado de demostrar si los factores psicológicos influyen en la recaída del cáncer de mama (Phillips y col., 2008), no encontrando resultados concluyentes debido a las dificultades metodológicas que presentan. En cualquier caso, la mayoría de los estudios en este campo señalan que el estrés, la ansiedad y la depresión afectan negativamente a la calidad de vida del paciente.

En las pacientes con cáncer de mama, tanto la valoración emocional como la valoración de la calidad de vida se realiza a lo largo de las diferentes fases del proceso oncológico que propuso Fawzy (1996), ya que cada fase presenta preocupaciones y aspectos emocionales diferentes.

Desde hace años, se ha señalado que las mujeres con cáncer de mama presentan una gran variedad de respuestas emocionales ante el diagnóstico de cáncer (Romsaas y col., 1986) pues se enfrentan a una serie de preocupaciones que se relacionan con su identidad sexual, su pareja, su hijos y su futura descendencia y, como en la mayor parte de la personas con cáncer, a su propia muerte. Muchas de ellas reaccionan ante la enfermedad y su tratamiento, con negación, ira o miedo intenso (Rabinowitz, 2002). En

un principio estas emociones tienen la función de facilitar la adaptación ante el suceso que las desencadena, pero pueden llegar a convertirse en alteraciones emocionales (desadaptativas) cuando por su intensidad y duración dejan de ser reacciones emocionales normales.

Se ha encontrado que las pacientes con cáncer de mama son tres veces más proclives a la depresión que las pacientes con otro tipo de tumor (McDaniel y col., 1995), además, tienden a cronificar más su estado de ánimo depresivo, encontrándose que seis meses después del diagnóstico, en torno al 30% de ellas no han conseguido mejorar su estado de ánimo (Goldberg y col., 1992). La desesperanza y la falta de control percibido pueden ser predictores de la falta de adaptación emocional a largo plazo en estas mujeres (Brothers y Andersen, 2009; Báñez y col, 2009). Sin embargo, la participación en un grupo de terapia cognitivo-conductual, consigue reducir en las pacientes con cáncer de mama el nivel de depresión y mejorar su calidad de vida (Down y col., 1996).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la presente investigación es demostrar la existencia de alteraciones cognitivo-conductuales consecuentes al diagnóstico de cáncer de mama y que el dotar a las pacientes de habilidades y recursos psicológicos adecuados va a contribuir a mejorar su calidad de vida, permitiéndoles afrontar en mejores condiciones el curso de la enfermedad. Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Demostrar que las alteraciones cognitivo-conductuales consecuentes al diagnóstico de cáncer afectan a la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.
- Demostrar que la modificación del estilo cognitivo y de determinados comportamientos, mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, contribuye a reducir los niveles de depresión y ansiedad y a mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, llegando incluso a prevenir la depresión. El interés fundamental del paquete terapéutico que se pondrá a prueba en este trabajo no es sólo disminuir el nivel de depresión de las pacientes, sino también dotarlas de recursos psicológicos que les permitan inmunizarse contra la depresión y, por tanto, prevenirla.

Para conseguir los objetivos anteriormente expuestos, se realizarán cuatro estudios diferentes pero relacionados entre sí, siendo la metodología de los tres primeros estudios de tipo correlacional y la del cuarto estudio cuasiexperimental pre-post. Los objetivos de los cuatro estudios son los siguientes:

Estudio 1. Identificar las alteraciones cognitivo-emocionales que afectan a las pacientes con cáncer de mama y estudiar las interrelaciones entre los factores emocionales (ansiedad y depresión), los factores cognitivos y la calidad de vida de las pacientes oncológicas.

Estudio 2. Identificar las alteraciones cognitivo-emocionales que afectan a las pacientes con cáncer de mama (en comparación con un grupo control de mujeres con gripe común) y analizar en profundidad la relación existente entre: a) los factores cognitivos y emocionales de cada paciente; b) sus síntomas físicos específicos (náuseas, dolor, fatiga, etc.); y c) su funcionamiento general (social, familiar, laboral, etc.).

Estudio 3. Conocer las diferencias existentes entre dos tipos de patologías graves y crónicas (cáncer de mama y fibromialgia) en tres variables fundamentales: cognición, emoción (depresión / ansiedad) y calidad de vida.

Estudio 4. Conocer los efectos de la terapia de grupo cognitivo-conductual sobre la emoción (depresión / ansiedad), la cognición y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

Estudio I

ESTUDIO I

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres y se considera uno de los problemas de salud con mayor impacto por su elevada incidencia y mortalidad (Yankaskas, 2005). Muchas de las mujeres que padecen esta enfermedad reaccionan ante la misma y ante los efectos de su tratamiento, con negación, ira o miedo intenso (Watson y col., 1999). En un principio, estas emociones tienen la función de facilitar la adaptación al suceso que las desencadena, pero pueden llegar a convertirse en alteraciones emocionales (desadaptativas) cuando por su intensidad y duración dejan de ser reacciones emocionales normales, alterando la calidad de vida de dichas pacientes.

Numerosos estudios sobre cáncer de mama se han centrado en los factores que predisponen a las alteraciones emocionales y empeoran la calidad de vida en las pacientes. Desde un nivel biológico, la mayoría de estudios han analizado el impacto del tratamiento y sugieren que las pacientes que reciben quimioterapia son las que tienen peor calidad de vida (Hopwood y col., 2007). Por otra parte, los trabajos que han tratado de determinar la influencia de los factores sociales han mostrado que las mujeres más jóvenes, las que están divorciadas o separadas, y las que tienen hijos menores de 21 años, son las que presentan mayores efectos secundarios de los tratamientos y un peor funcionamiento físico (Osborne y col., 2003). Por otro lado y desde una perspectiva psicológica, existen estudios que encuentran que las mujeres con cáncer de mama más vulnerables a desarrollar trastornos emocionales son aquellas que, al inicio de la enfermedad, presentan mayores alteraciones en su propia imagen, las que reconocen tener problemas con su pareja y las que perciben un pobre apoyo social (Ganz y col., 1993). Incluso, algunos estudios han tratado de demostrar si los factores psicológicos influyen en la recaída del cáncer de mama (Phillips y col., 2008), no encontrando

resultados concluyentes debido a las dificultades metodológicas que presentan. En cualquier caso, la mayoría de los estudios en este campo señalan que el estrés, la ansiedad y la depresión afectan negativamente a la calidad de vida de estas pacientes (Ritterband y Spiegel, 2001; Wong-kim y Bloom, 2005). Dada la elevada prevalencia de trastornos emocionales en pacientes oncológicos, parece necesario contar con un modelo teórico que permita integrar, tanto los aspectos psicosociales de la persona como los aspectos biomédicos de la enfermedad (Font, 1994) y que, a su vez, sea un marco conceptual válido para el estudio de las relaciones entre la depresión y la calidad de vida del enfermo con cáncer (Montazeri, 2008).

Un modelo que permite entender las alteraciones emocionales en pacientes con cáncer es el basado en la Indefensión Aprendida (Peterson y col., 1993). Según dicho modelo, la exposición a una situación aversiva incontrolable, como ocurre cuando a una persona se le diagnostica cáncer, genera una serie de alteraciones psicológicas relacionadas con la depresión y la ansiedad que afectan al sistema motivacional (apatía y falta de incentivos), cognitivo (expectativas negativas) e incluso físico (debilitamiento del sistema inmunológico). Acorde con dicho modelo, los pacientes con cáncer que perciban la enfermedad como incontrolable, deberían presentar una sintomatología psicológica muy similar a la de los pacientes con depresión, debido a que viven expuestos a una situación de pérdida de control respecto a su salud/enfermedad y, por consiguiente, mostrar alteraciones en los sistemas y sintomatología antes mencionados (Pirl y Roth, 1999). Ahora bien, no todas las personas expuestas a una situación aversiva incontrolable desarrollan indefensión o depresión, más bien puede decirse que muchas de ellas parecen estar inmunizadas, debido a su experiencia previa enfrentándose a situaciones aversivas y debido a su propio estilo cognitivo (Herrera y Maldonado, 2002). Tanto la

influencia de la indefensión, como la posibilidad de inmunización, han sido repetidamente demostradas incluso en animales a los que se provocaba cáncer para demostrar los efectos de la indefensión e inmunización en la mortalidad posterior (Visintainer y col., 1982). Este modelo serviría, por una parte, para explicar las alteraciones psicológicas consecuentes al cáncer y, por otra, para desarrollar los recursos necesarios que permitan prevenir dichas alteraciones e incluso inmunizarse contra ellas. Tales recursos suelen estar relacionados con el propio estilo cognitivo, con las habilidades de afrontamiento y con las habilidades de resolución de problemas adquiridas a lo largo de su vida.

Partiendo de este modelo, asumimos que si las pacientes con cáncer de mama padecen depresión (indicativa de un estado de indefensión) es muy probable que su calidad de vida se deteriore más que si dichas pacientes son capaces de afrontar la enfermedad de forma adecuada. Por tanto, asumimos que el grado de adaptación que la persona desarrolle ante la enfermedad va a determinar, no solo su estado emocional, sino también su calidad de vida. Por ello, el objetivo fundamental de este trabajo es estudiar cómo la depresión (entendida como índice de indefensión) modula la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Las participantes de este estudio fueron 42 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que estaban siendo tratadas en los Servicios de Oncología Radioterápica y Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Todas ellas conocían el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad y aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

En el estudio descriptivo de la población del presente trabajo se encontró que el 81% estaban casadas, siendo el 19% restante mujeres solteras, viudas y/o divorciadas (Ver tabla 1.1). La edad media del grupo era de 48 años, la más joven tenía 25 y la mayor 75 años, con una desviación típica de 10.04. Todas sabían leer y escribir aunque presentaban distinto nivel cultural en función de los estudios alcanzados; primaria (nivel cultural bajo), bachiller (nivel cultural medio) y carrera universitaria (nivel cultural alto). La tabla 1.1 recoge el número de participantes en función del tiempo transcurrido desde que le diagnosticaron la enfermedad hasta que participaron en el estudio, junto a otras variables que describen la muestra.

Asimismo, todas ellas se encontraban en estadios precoces de la enfermedad y presentaban un buen pronóstico al estar libres de enfermedad metastásica. La mayoría tenía un diagnóstico en estadios iniciales de la enfermedad, I y II (el 35,71% y el 45,23% respectivamente); mientras que en estadio III había un 19% del total de la muestra, según el sistema de clasificación TNM (Tabla 1.1). Este sistema de clasificación describe el tamaño del cáncer en el cuerpo del paciente. La letra T describe el tamaño del tumor y si éste invadió algún tejido cercano; con la letra N se describe cualquier ganglio linfático

afectado y con la letra M se describe la presencia de metástasis (la diseminación del tumor desde una parte a otra del cuerpo), que en nuestra muestra era siempre 0, es decir, había ausencia de metástasis en todas ellas, lo que permitía un mejor pronóstico.

Tabla 1.1.- Descripción de la muestra.

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD			
I	15	I	15
IIA	9	II	19
IIB	10	III	8
IIIA	4		
IIIB	4		
ESTADO CIVIL			
CASADAS	34	CASADAS	34
SEPARADAS	2	SIN PAREJA	8
SOLTERAS	4		
VIUDAS	2		
NIVEL CULTURAL			
ALTO	12		
MEDIO	23		
BAJO	7		
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNÓSTICO			
3 MESES	21		
4-6 MESES	13		
7-12 MESES	7		
VALOR PERDIDO	1		
N	42		

Como aclaración a la tabla 1.1, debe indicarse que para clasificar a una persona en estadio I debe presentar una tumoración en la mama de tamaño inferior o igual a 2 centímetros (T1) sin que haya afectación de los ganglios (N0) y sin que exista evidencia de metástasis a distancia (M0). En el estadio IIA se incluye a pacientes con una tumoración inferior o igual a 2 centímetros (T1), puede haber afectación ganglionar axilar sin que estén adheridos a planos profundos (en este caso la N puede ser igual a 1), pero sin evidencia de metástasis a distancia (M0), y también a aquellas pacientes que presenten un tumor de entre 2 y 5 centímetros sin afectación de ganglios linfáticos regionales y sin

evidencia de metástasis a distancia. En el estadio IIB se clasifican los tumores de entre 2 y 5 centímetros (por ejemplo, T2), con afectación ganglionar axilar no adheridos a planos profundos (por ejemplo, N1) y sin que haya evidencia de metástasis a distancia (M0). También se incluyen en esta clasificación aquellos tumores de más de 5 centímetros (T3), sin afectación de los ganglios linfáticos regionales y sin evidencia de metástasis. Por último, se clasifican en el estadio IIIA tumores que: a) no tienen metástasis, b) cuya masa tumoral puede oscilar entre ser igual o inferior a 2 centímetros y ser mayor de 5 centímetros de tamaño, en función del número y localización de ganglios afectados y de que la masa tumoral infiltre pared torácica pero sin evidencia de enfermedad a distancia.

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer y después de haber sido convenientemente informada la paciente de su enfermedad por el médico oncólogo, se la invitaba a pasar a una consulta independiente donde la atendería la psicóloga encargada de la investigación. Tras una breve presentación y, una vez aclarado todo el procedimiento a seguir, se procedía a la firma del consentimiento informado (ver anexo I), siguiendo los criterios de la declaración de Helsinki. A continuación, se le pedía que rellenara una batería de cuestionarios que miden estados emocionales y cognitivos, así como calidad de vida (BDI, STAI, CTI, QLQC-30 y BR23). El cuadernillo de evaluación incluía al principio una serie de ítems relativos a la edad, el estado civil, el nivel cultural y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad. Se describen, a continuación, los cinco cuestionarios.

El Inventario de Depresión de Beck / *Beck Depression Inventory*, BDI. (Beck y Young, 1979). Se ha utilizado la adaptación española de Sanz y Vázquez (1988). Es un instrumento autoaplicado compuesto por 21 ítems con 4 alternativas de respuesta que evalúan la intensidad del síndrome depresivo. Fue construido para evaluar la severidad de la depresión y se ha usado ampliamente tanto a nivel clínico como de investigación por la elevada fiabilidad y validez presentadas. Los datos mostrados sobre la consistencia interna de este instrumento en pacientes no psiquiátricos son de 0.81 y para pacientes psiquiátricos 0.86. Su coeficiente de fiabilidad test-retest oscila entre 0.65 y 0.72 y presenta un alfa de Cronbach de 0.82. El rango de puntuación oscila entre 0 y 63 puntos (a mayor puntuación, mayor severidad de la depresión). Según las puntuaciones obtenidas en el BDI, los pacientes en primer lugar se dividen en dos grupos: pacientes sin depresión, los que presentan una puntuación menor a 10 y los pacientes con depresión, con una puntuación mayor o igual a 10. El grupo de pacientes con depresión, a su vez, se divide en dos grupos: los que tienen una alteración del estado de ánimo moderada, que puntúan de 10 a 16, y aquellos con puntuaciones mayores de 16 que presentan depresión intermitente o severa que requiere de atención profesional especializada (Beck y col., 1979; Burns, 1980). Por tanto, los puntos de corte para graduar el síndrome depresivo en esta investigación van de 0 a 10 puntos para pacientes sin depresión; de 11 a 16 para pacientes con depresión leve o subclínica; y de 17 a 63 para pacientes con depresión clínicamente significativa.

El Inventario de Ansiedad Estado de Spielberg / *Spielberg State Anxiety Inventory*, STAI-E. (Spielberg y col., 1968). Es un inventario que evalúa dos constructos independientes de la ansiedad: La ansiedad estado (transitoria) y la ansiedad rasgo (estable). En esta investigación se ha aplicado la versión estado (STAI-E) y consiste en una

escala compuesta por 20 ítems con cuatro alternativas de respuesta. El índice de fiabilidad de este cuestionario es de 0.94 y los índices de consistencia interna que presenta oscilan entre 0.83 y 0.92. La escala de ansiedad estado evalúa el nivel de ansiedad en un momento temporal determinado, concretamente la última semana. El rango de puntuación oscila entre 0 y 40 puntos (a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad estado). En esta investigación los rangos establecidos para determinar el nivel de ansiedad van de 0 a 19 puntos para pacientes sin ansiedad; de 20 a 30 puntos para pacientes con ansiedad subclínica; y de 30 a 40 puntos para pacientes con ansiedad clínicamente significativa.

El Inventario de la Triada Cognitiva / *Cognitive Triad Inventory*, CTI, (Beckham y col., 1986). Este inventario surge de la Teoría de la Depresión de Beck, ya que se centra en la evaluación de la triada cognitiva negativa del paciente depresivo. El CTI consta de tres subescalas que miden los componentes de la triada: Visión de sí mismo, visión del mundo y visión del futuro. La respuesta a cada ítem se hace utilizando una escala tipo *likert* con siete posibilidades de respuesta que van desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. En total resultan 36 ítem con formato de respuesta tipo Lickert, con escalas de intensidad de 7 puntos, de manera que 1 indica atribuciones a causas externas, inestables y específicas, y 7 indica atribuciones a causas internas, estables y globales. Además, presenta una consistencia interna de 0.95 y una validez concurrente con el inventario de depresión de Beck de 0.77. Este instrumento ha demostrado ser un instrumento apropiado para estudiar la etiología y la evolución del tratamiento de la depresión, ya que permite evaluar los cambios que la intervención produce en la triada cognitiva.

En último lugar, para la evolución y medición de la calidad de vida se usó el Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-C30/ *Quality of life Questionnaire QLQ-C30*. A este cuestionario añadimos su versión específica para cáncer de mama BR23 (Aaronson y col., 1993), que fué creado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC). El QLQ-C30 incluye 30 ítems, la mayor parte de los cuales se agrupan en cinco subescalas funcionales (física, laboral, cognitiva, emocional y social), en tres subescalas sintomáticas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos) y en la subescala de calidad de vida global (que recoge la salud y la calidad de vida). El resto de ítems que componen el cuestionario evalúan de forma individual síntomas adicionales padecidos por pacientes de cáncer (disnea, pérdida de apetito, trastornos del sueño, estreñimiento y diarrea), así como el impacto económico observado que se deriva de la enfermedad y su tratamiento. Es necesario mencionar que en este trabajo no se ha incluido el análisis del impacto económico de la enfermedad por no aportar información significativa a los objetivos de este trabajo. Para la mayoría de las preguntas, se emplea un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto para las preguntas de la subescala de calidad de vida global, que tienen siete. Todas las subescalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100 puntos. En las subescalas de calidad de vida global y funcional una mayor puntuación es indicativa de una mejor calidad de vida, mientras que para la subescala sintomatológica, la interpretación se realiza a la inversa: a menor puntuación menor cantidad de síntomas.

El cuestionario BR23 evalúa las diferentes modalidades de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia), junto a otros aspectos de la calidad de vida más específicamente afectados en el cáncer de mama, como son la imagen corporal o la sexualidad. La fiabilidad test retest de este cuestionario es de 0.85 para la subescala

global de la calidad de vida y de 0.91 para las subescala de funcionamiento (De Haes y col., 2000). El rango de puntuación oscila entre 0 y 100 puntos (a mayor puntuación mejor calidad de vida global y funcional). Sin embargo, la puntuación obtenida en la sintomatología se interpreta a la inversa (a menor puntuación, menor cantidad de síntomas). En España este cuestionario ha demostrado ser adecuado para su uso con pacientes oncológicas (Arraras y col., 1995).

Las participantes de este estudio se dividieron en tres grupos en función de los niveles de depresión que presentaban en base a las puntuaciones obtenidas en el BDI: (a) sin depresión (puntuaciones de 0 a 9); (b) con depresión leve o subclínica (puntuaciones de 10 a 18); y (c) con depresión clínicamente significativa (puntuaciones mayores de 19) (Beck, 1988). En el campo de la investigación psicológica, se ha comprobado que el diagnóstico de depresión está determinado por el número y la severidad de los síntomas (Peterson y col., 1993) y se ha demostrado de forma repetida que el BDI permite distinguir entre diferentes niveles de depresión en función de la puntuación alcanzada. Además, esta diferenciación se ha utilizado tanto con fines de investigación (Maldonado y col., 2007) como con fines terapéuticos (Burns, 1980). En nuestra muestra se encontró que el 47 % de las mujeres no tenía depresión, el 33% presentaba puntuaciones en el BDI indicativas de depresión leve o sub-clínica, mientras que sólo el 19% presentaba depresión clínica.

A partir de esta división, los grupos se utilizaron como variable independiente para analizar la influencia de la depresión en cada una de las variables dependientes agrupadas en diferentes conjuntos de factores. En primer lugar, los factores físico-sociales que incluían: estadio, edad, estado civil y tiempo transcurrido desde el diagnóstico. En ningún

caso los análisis demostraron ningún efecto significativo, por lo que serán omitidos del análisis de resultados. En segundo lugar, los factores psicológicos, que se subdividen a su vez en dos subconjuntos; factores emocionales (ansiedad y depresión) y factores cognitivos (Triada cognitiva: yo, mundo y futuro) medidos mediante el CTI. El último conjunto de factores analizados hace referencia a la calidad de vida, en sus dimensiones global, funcional y sintomatológica, a las que se añadieron dos dimensiones de la calidad de vida específicas en pacientes con cáncer de mama: la dimensión funcional y sintomatológica.

En resumen, en el análisis de cada una de las variables dependientes (excepto en el análisis de las sub-escalas de funcionamiento del QLQ-C30), siempre utilizamos un diseño uni-factorial entre grupos, con tres niveles (no-depresión, depresión leve o sub-clínica y depresión), lo que permitirá comprobar no sólo el efecto de la depresión en la variable estudiada, sino también si esta relación es lineal. Con este análisis podemos comprobar: a) si existen diferencias entre los grupos y si el efecto es debido al nivel de depresión; b) si existe una relación dicotómica entre tener o no tener depresión; y c) si los efectos se producen desde los primeros indicios de depresión subclínica, o sólo cuando existe depresión.

RESULTADOS

A partir de un primer análisis descriptivo de los resultados, encontramos que la media encontrada en la variable depresión, al igual que la ansiedad, indica que estas pacientes se sitúan muy cerca del límite inferior estimado para el diagnóstico de trastorno leve o depresión no clínicamente significativa. Dichas variables fueron evaluadas con los cuestionarios BDI y STAI, con una puntuación media de 10.14 y de 21.62 respectivamente. Por otra parte, la calidad de vida global en esta muestra se conserva relativamente preservada, pues presenta una puntuación media de 73.2, lo que significa una pérdida de un poco más del 25% (si se considera que la puntuación máxima es 100 puntos). Por otro lado, en la sintomatología oncológica que presentan se produce un incremento en los síntomas de 23,82. A nivel funcional la calidad de vida es la que parece verse algo más afectada (media = 66.4), lo que indica una pérdida de casi un 35% de en este aspecto.

De acuerdo con lo indicado en el apartado anterior, analizamos el efecto de la depresión en cada una de las variables dependientes mediante un ANOVA uni-factorial entre grupos siendo siempre el factor independiente el nivel de depresión (con tres niveles: sin depresión, depresión leve y depresión clínica). Para todos los análisis se utilizó el paquete estadístico "Statistica" (v.6.0; StatSoft, Tulsa, OK, US). En el análisis a posteriori de los efectos significativos siempre se utilizó la prueba LSD. En todos los análisis, el nivel de significación estadística, salvo si se indica en el texto, estará fijado en $p < 0.01$, para incrementar la potencia estadística del efecto dado el tamaño de la muestra utilizado en este trabajo. En la Tabla 1.2 se presentan los resultados de los ANOVAs realizados para estudiar la relación entre depresión, estilo cognitivo y calidad de vida.

Un primer conjunto de ANOVAs para las variables emocionales (depresión / BDI, y ansiedad / STAI), demostró la existencia de diferencias significativas entre todos los grupos, como era esperable por la adscripción previa de sujetos en el caso específico de la depresión. En el caso de la ansiedad, se encontró una relación directa entre ambas variables, de forma que puntuaciones bajas en depresión iban acompañadas por puntuaciones bajas de ansiedad, mientras que niveles leves o severos de depresión se asociaban a niveles leves o severos de ansiedad, mostrando que en los pacientes con cáncer de mama tienden a coexistir estados de ansiedad y depresión, o lo que es lo mismo, se observa comorbilidad entre ambos trastornos, lo que algunos autores denominan *distress* psicológico (Holland y Alici, 2010).

Más interesantes son los resultados obtenidos en los factores cognitivos (yo, mundo y futuro) medidos con el cuestionario CTI, donde de manera dicotómica se observa que las pacientes con depresión presentan alterada su visión de sí mismas y su visión del mundo, mientras que las pacientes sin depresión no presentan alteración alguna en el yo y el mundo, al igual que ocurre en la población normal. Esta dicotomía no se observa en estas mismas pacientes en relativo a su percepción del futuro, la dimensión cognitiva más afectada en pacientes con cáncer de mama, presentando diferencias significativas en los tres grupos que indican que niveles mayores de depresión están acompañados de una peor visión de futuro. En resumen, parece que lo que realmente se altera en las pacientes deprimidas es la percepción que tienen de su futuro, quizá porque el cáncer es considerado como una amenaza real para la vida.

Tabla 1.2.- Relación entre depresión, estilo cognitivo y calidad de vida.

VARIABLES	NO DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN	F _(2,39)
BDI	3,50 ^a	11,57 ^b	24,25 ^c	113,53**
STAI	15 ^a	23,29 ^b	35,25 ^c	25,56**
YO	17,90	11,93	12,87	3,77 ns
MUNDO	20,85 ^a	12,92 ^b	8,5 ^b	10,95**
FUTURO	22,60 ^a	16,78 ^b	5,75 ^c	13,43 **
C30-G	83,33 ^a	73,45 ^a	47,5 ^b	9,10 **
C30-F	84,37 ^a	55,29 ^b	41,13 ^b	8,31 **
C30-S	14,97 ^a	29,76 ^b	40,39 ^c	7,77 *
BR23-F	71,35	71,57	70,31	0,009 ns
BR23-S	33,83	43,86	42,10	1,11 ns
N	20	14	8	

(Nota: ** y *** = $p < 0.01$ y $p < 0.001$ respectivamente; ns =no significativo. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; $p < 0.05$)).

Finalmente, los resultados más importantes son los relacionados con la calidad de vida. Para comprobar si la depresión influye en la calidad de vida de estas pacientes se utilizaron, en primer lugar, como VDs las subescalas principales del QLQ-C30 (Calidad de Vida Global, Calidad de Vida Funcional y Calidad de Vida Sintomatológica) y las subescalas del BR23 (Funcional y Sintomatológica). El análisis de la calidad de vida global indicó que no había diferencias significativas entre el grupo sin depresión y el grupo con depresión leve o subclínica. Ambos grupos presentaban una calidad de vida relativamente preservada (mayor del 75%). Sí se encontraron diferencias con relación al grupo con

depresión, de tal forma que sólo las pacientes con mayores niveles de depresión tenían una peor percepción de su calidad de vida global, llegando a verse ésta reducida al 52.5%.

En lo referente a la calidad de vida funcional y sintomatológica, se encontraron diferencias significativas entre los diferentes niveles de depresión. La calidad de vida funcional se iba reduciendo en función del nivel de depresión en un 45% (depresión leve o subclínica) y en un 59% (depresión), mientras que el grupo sin depresión sólo vio disminuida su calidad de vida funcional en un 15%. Por otra parte, la sintomatología se iba incrementando desde un 15 % a un 30% y hasta un 40 %, según se incrementaba el nivel de depresión (Véase Tabla 1.2).

Un ANOVA uni-factorial realizado con cada uno de los síntomas específicos que integran la dimensión sintomatológica (Ver Tabla 1.3) del cuestionario QLQ-C30 y del cuestionario BR23 (excepto los dos síntomas relacionados con la sexualidad porque muchas pacientes los dejaron en blanco) demostró una dicotomía entre las pacientes que no están deprimidas y las que sí lo están, en los síntomas más relacionados con la propia depresión o ansiedad (fatiga, insomnio y pérdida de apetito), así como una mayor sensibilidad al dolor. Sin embargo, en los síntomas más específicamente oncológicos o del propio cáncer de mama, no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos. Por lo que respecta al cuestionario BR23, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de sus escalas, a excepción de la escala BRBS donde sí se encontraron. Los resultados reflejan que las pacientes con depresión presentan mayor cantidad de sintomatología de la mama operada (dolor, hinchazón o sensibilidad incrementada).

Tabla 1.3.- Relación entre los niveles de depresión y los síntomas en cáncer de mama.

SÍNTOMAS QLQ-C30				
VARIABLES	No depresión	Depresión leve	Depresión	F (2,39)
FATIGA	20,56 ^a	45,24 ^b	59,72 ^b	8,82***
NÁUSEAS	19,17	22,62	31,25	0,37 ns
DOLOR	16,67 ^a	42,86 ^b	37,50 ^b	3,66*
DISNEA	1,67 ^a	16,67 ^b	16,67 ^b	2,86 ns
INSOMNIO	5,00 ^a	16,67 ^a	37,50 ^b	5,65**
PER_APET	5,00 ^a	35,71 ^b	45,83 ^b	6,41**
ESTREÑIM	45,00	47,62	50,00	0,05ns
DIARREA	1,67 ^a	21,43 ^b	4,17 ^{ab}	3,15**
SÍNTOMAS BR23				
BRST	26,43	39,12	46,43	2,83 ns
BRBS	13,33 ^a	26,79 ^b	34,38 ^b	4,19**
BRAS	18,89	33,33	31,94	2,50 ns
BRHL	58,33	57,58	80,00	0,88 ns
N	20	14	8	

(Nota: *, ** y *** para $p < 0.05$, $p < 0.01$ y $p < 0.001$ respectivamente; ns =no significativo. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; $p < 0.05$)).

Resultados igualmente interesantes se obtuvieron al analizar la influencia de la depresión en la calidad de vida funcional (Ver Figura 1.1). En este caso, se realizó un previo ANOVA factorial con medidas repetidas en el segundo factor 3 (grupos) x 5 (dimensiones funcionales: Funcionamiento físico –PF-, que implica las actividades de la vida cotidiana; funcionamiento del rol –RF-, que se refiere a la capacidad de trabajo y de placer; funcionamiento emocional –EF-; funcionamiento cognitivo –CF- y funcionamiento social –SF-). Los resultados mostraron efectos significativos del factor grupo, $F(2,39) =$

10,37; del factor dimensiones funcionales, $F(4,156) = 5,82$; y también de la interacción entre ambos factores, $F(8,15) = 2,52$.

El análisis a posteriori de la interacción estudiando el efecto del factor (grupo) en cada una de las 5 dimensiones mediante Anovas uni-factoriales, mostró tres efectos significativos diferenciales (ver Figura 1, panel superior). En el funcionamiento físico, los tres grupos difieren, lo que indica un empeoramiento progresivo de su calidad de vida. En funcionamiento de “rol” y “social”, probablemente más relacionado con el sistema motivacional, existen diferencias porque los dos grupos con depresión (subclínica o clínicamente) empeoran su calidad de vida en relación al grupo de pacientes no deprimidas. Por último, en el funcionamiento emocional y cognitivo, (que hace referencia la ansiedad y depresión que presenta el primero, y al nivel de concentración que la persona puede alcanzar y a su capacidad para recordar, el segundo) relacionado con alteraciones en ambos sistemas psicológicos, las diferencias que indican un empeoramiento de calidad de vida aparecen sólo cuando las pacientes tienen depresión.

Con todo, para comprobar que estos resultados no se debían o estaban contaminados por la gravedad de la enfermedad, se realizaron nuevos ANOVAs donde se utilizó el estadio de la enfermedad como variable independiente (3 grupos: estadio I, II y III). No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones (ver Fig. 1, panel inferior).

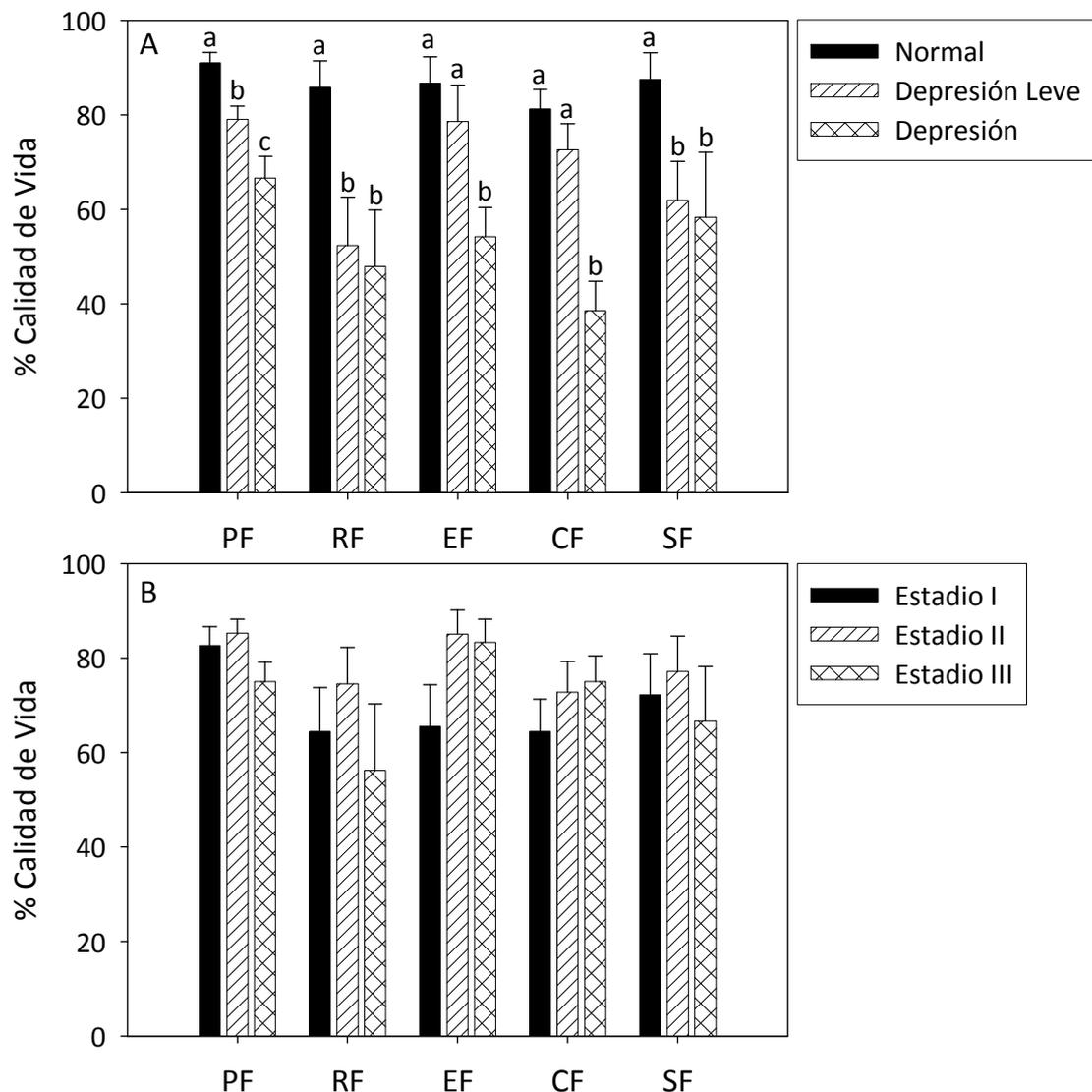


Fig. 1.1.- Análisis de las dimensiones funcionales de la calidad de vida en función del nivel de depresión (A) y del estadio de cáncer de mama (B). Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; $p < 0.05$).

DISCUSIÓN

El principal objetivo de esta investigación fué estudiar cómo el nivel de depresión influye y modula la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, ya desde los estadios iniciales de la enfermedad, aún cuando su pronóstico sea bastante bueno. Es muy importante señalar que, a pesar de los avances producidos en el tratamiento de la

enfermedad y en la supervivencia de estas pacientes, la calidad de vida se vé afectada y la propia enfermedad sigue viviéndose de una forma bastante traumática y desestabilizadora. En ese sentido, los resultados del presente estudio pueden ser interpretados a partir de diferentes conjuntos de hallazgos.

Uno de los resultados encontrados fué la comprobación de que las pacientes con cáncer de mama que no presentan signos de depresión tienen, en general, una calidad de vida global y funcional (con niveles superiores al 80%), así como sintomatológica (con un incremento menor del 15%) relativamente bien preservadas. Sin embargo, se produce un deterioro muy significativo de la calidad de vida global y funcional (más del 50%) y, al mismo tiempo, un incremento en la sintomatología (40%) de las pacientes con niveles altos de depresión. Es interesante constatar que en el caso de la calidad de vida más específica y relacionada con el tratamiento, medida con el BR23, no se encontraron diferencias ni en la calidad de vida funcional ni en la sintomatológica en función de la depresión.

Al analizar cómo el nivel de depresión modula la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama desde sus primeros estadios, nos encontramos que la percepción global de su calidad de vida sólo se altera con niveles elevados de depresión, mientras que la calidad de vida funcional se altera incluso desde niveles muy bajos de depresión que no implicarían ninguna significación clínica. En el caso de la sintomatología, parece existir una relación lineal que no se confirma al hacer un análisis pormenorizado de los síntomas. Encontramos que los síntomas más específicos (secuelas indeseables de la terapia, dolor, molestias en el brazo y mama o pérdida del cabello) y de carácter más físico (náuseas o trastornos digestivos, como estreñimiento o diarrea) no se diferencian

en función del nivel de depresión; mientras que aquellos más relacionados con la calidad de la vida diaria (fatiga, insomnio o pérdida de apetito) o psicológica (dolor y apnea) se deterioran a partir de niveles bajos o leves de depresión.

Los resultados del análisis de la calidad de vida funcional mostraron que el nivel de depresión altera el funcionamiento vital de las personas con cáncer de mama. Podemos distinguir tres efectos diferentes. En primer lugar, las actividades físicas ordinarias (PF) se encuentran muy bien preservadas en el grupo sin depresión (90%) y se deterioran de forma progresiva en función del nivel de depresión. En segundo lugar, tanto en la capacidad de trabajo (RF) como en la vida social (SF), las pacientes con niveles de depresión leve ya sufren una alteración significativa que se mantiene prácticamente igual cuando presentan la depresión. Estos resultados sugieren, en base al modelo de la Indefensión Aprendida, que el sistema motivacional del que dependen dichos componentes comportamentales es el primero que se altera cuando se inicia un estado de indefensión ante la enfermedad, incluso aunque los niveles de depresión sean relativamente bajos y poco significativos desde el punto de vista clínico. En tercer lugar, tanto el funcionamiento cognitivo (CF, caracterizado por el pesimismo y las expectativas negativas) como el funcionamiento emocional (EF, caracterizado como tristeza y ansiedad) sólo se encuentran deteriorados en pacientes con índices elevados de depresión, lo que indicaría que en estos sistemas (cognitivo y emocional) sólo se producen alteraciones cuando el nivel de indefensión y/o depresión es suficientemente elevado. Todos estos datos cobran mayor valor por el hecho de que cuando agrupamos a las pacientes en función del estadio de su enfermedad o de cualquier otra variable física o social (tiempo de enfermedad, edad o estatus cultural, etc.) no se encuentran diferencias entre los grupos.

Los resultados anteriores coinciden también con los encontrados al analizar el estilo cognitivo de las pacientes con cáncer de mama en los estadios iniciales de la enfermedad. Es importante señalar que el modelo de la indefensión aprendida postula la existencia de un doble tipo de componentes cognitivos. El primero sería el estilo atribucional aprendido en función de experiencias previas que modula el segundo componente, caracterizado como expectativas negativas. En estudios previos encontramos que en pacientes oncológicos, así como en muestras de personas sanas, el estilo atribucional no permitía hacer ningún tipo de diferenciación en función del nivel de depresión (Maldonado y col., 2007). Por ello, preferimos analizar el contenido de las expectativas a partir del modelo de Beck (1979), que caracteriza el pensamiento depresivo como una “triada cognitiva negativa”, es decir, una visión negativa de sí mismo, del mundo que le rodea y de su propio futuro. Este modelo sí se ha mostrado capaz de diferenciar entre personas con distintos niveles de depresión (Maldonado y col., 2007). Acorde al modelo de la Indefensión Aprendida y a las interpretaciones previas, encontramos que la visión que tienen de sí mismas las pacientes con cáncer de mama se encuentra relativamente bien preservada, incluso en casos con mayor depresión. La visión del mundo, sin embargo, es significativamente menor ya desde niveles bajos de depresión, provocando probablemente un deterioro de su vida social y diaria, como indicaban los resultados de calidad funcional. Mientras que la visión del futuro se encuentra especialmente deteriorada en pacientes con depresión más grave, siendo éste uno de los factores responsables de los déficits cognitivos y emocionales que encontramos en las pacientes con cáncer de mama.

En resumen, diferentes investigaciones han demostrado una correlación negativa entre la depresión y la calidad de vida en pacientes oncológicos en general (Ballenger y

col., 2001) y en pacientes con cáncer de mama en particular (Andritsch y col., 2007). Según estos trabajos, la depresión puede afectar negativamente a la percepción global de la calidad de vida, ya que ésta no es más que la integración cognitiva del estatus funcional y sintomatológico de dichos pacientes en un momento determinado. Los datos de este estudio modulan dichos resultados e indican que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama sin depresión apenas se ve deteriorada, mientras que las pacientes con depresión son las que presentan alteradas todas las dimensiones que componen la calidad de vida en general (global, funcional y sintomatológica). Igualmente, los resultados del presente estudio muestran que, incluso en pacientes con depresión leve o subclínica, se producen alteraciones específicas de su calidad de vida funcional y sintomatológica, sobre todo las relacionadas con el funcionamiento en las actividades de la vida diaria, social y laboral, aunque no aparecen alteraciones significativas ni en la propia percepción de calidad de vida, ni en su funcionamiento cognitivo y emocional, que está relativamente bien preservado. Por último, la calidad de vida funcional y sintomatológica específica (medida con el BR23) se encuentra alterada de forma similar en todas las pacientes, independientemente de su nivel de depresión.

Los resultados obtenidos en el presente estudio pueden ser interpretados desde el modelo de la Indefensión Aprendida. Una situación aversiva incontrolable, como es el diagnóstico de un cáncer de mama, puede vivirse como una experiencia traumática que desencadena diferentes niveles de indefensión, que si bien no incrementan los síntomas específicos de la enfermedad, sí producen un empeoramiento en la calidad de vida funcional de estas pacientes. Este deterioro de la calidad de vida afectaría, en primer lugar, al sistema motivacional, en el que se generan alteraciones incluso aunque los niveles de indefensión y/o depresión sean muy pequeños. Sólo cuando la indefensión se

incrementa sensiblemente provocando un nivel más significativo de depresión se alterarían el sistema cognitivo y el sistema emocional, lo que probablemente afectaría también a otros sistemas fisiológicos que generan sintomatologías concretas. Sin embargo, debemos asumir también que las pacientes sin depresión serían aquellas que se encuentran inmunizadas frente a estas mismas situaciones traumáticas incontrolables, en función de su propio estilo cognitivo y sus habilidades de afrontamiento aprendidas a lo largo de su vida. Estas habilidades parecen depender de un estilo cognitivo que les permite mantener una visión positiva de sí mismas, del mundo que le rodea y de su propio futuro y sugiere que la depresión podría ser un factor determinante de la calidad de vida, no sólo a nivel psicológico, sino también biológico y social (Won-Kim y Bloom, 2005).

Estudio II

ESTUDIO II

La aportación principal del estudio anterior es que la depresión en pacientes con cáncer de mama puede entenderse como un factor que modula la calidad de vida de estas pacientes y que aquellas que no tienen depresión presentan una calidad de vida (a nivel global, funcional y sintomatológico) relativamente preservada. Este resultado era consecuente con el modelo de la Indefensión Aprendida, asumiendo que sólo aquellas pacientes que desarrollan indefensión verán alterada su calidad de vida, mientras que aquellas otras inmunizadas por sus habilidades de afrontamiento y su propio estilo cognitivo deberían tener una calidad de vida normal como cualquier otro enfermo aquejado de una enfermedad común. Por tanto, no es el cáncer, sino la depresión lo que determina fundamentalmente la calidad de vida de las pacientes. Por otra parte, no tener depresión es un factor fundamental para mantener una calidad de vida relativamente bien preservada.

De ahí que el paso siguiente en nuestra línea de investigación fuera demostrar que las pacientes con cáncer de mama, pero sin depresión, tienen la misma calidad de vida que cualquier paciente con una enfermedad común, como la gripe. Para ello se utilizó un grupo control integrado por personas que padecían gripe, una enfermedad leve que todos hemos experimentado alguna vez y que no supone una amenaza para la vida. Por tanto, partimos del supuesto de que experimentar una enfermedad común como la gripe, que no es considerada como una situación aversiva incontrolable desde el punto de vista de la Indefensión Aprendida, no debe producir alteración alguna en la calidad de vida de los pacientes, más allá de los leves inconvenientes que pueda producir durante unos días. Con ello pretendíamos demostrar también que las medidas usadas para medir la calidad de vida son suficientemente fiables ya que no deben alterarse en este tipo de pacientes.

Por último, la utilización de este grupo control permite superar una de las limitaciones del estudio I, al mostrar que las pacientes con cáncer de mama sin depresión viven su enfermedad de forma similar a como lo hace cualquier otro paciente aquejado de una enfermedad mucho más leve.

Además, en este trabajo también tratamos de probar si los hallazgos previos se pueden generalizar a otro grupo de pacientes con cáncer de mama (distinto del utilizado en el estudio anterior). Por ello, utilizamos una muestra de pacientes con cáncer de mama que acudían a la consulta ambulatoria de atención primaria en un centro de salud del Distrito Sur de Granada, una vez habían recibido su tratamiento en el hospital. Añadir este nuevo grupo de pacientes permite, en primer lugar, probar si se pueden generalizar los resultados obtenidos anteriormente y, en segundo lugar, confirmar los datos añadiendo más potencia a la investigación ya que se aumenta el tamaño de la muestra de pacientes con cáncer de mama.

En resumen, el objetivo fundamental de este segundo estudio fué comprobar si la calidad de vida depende más de los factores psicológicos (emocionales y cognitivos) que de la propia enfermedad, al comparar un grupo de pacientes con enfermedad grave (cáncer de mama) y un grupo de pacientes con enfermedad común (gripe) en función del nivel de depresión.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para la realización de este estudio se contó con un total de 94 mujeres que aceptaron voluntariamente participar en la investigación, 72 estaban diagnosticadas de una enfermedad grave (cáncer) y las 22 restantes de una enfermedad común (gripe). Las pacientes con cáncer fueron seleccionadas en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves y en un Centro de Salud perteneciente al Distrito Sur de Granada; las pacientes con gripe fueron reclutadas en el mismo Centro de Salud.

De las 72 pacientes con cáncer de mama, 42 de ellas procedían del Hospital, concretamente del Servicio de Oncología Médica y del Servicio de Oncología Radioterápica (es la misma muestra que se utilizó en el estudio I). Las otras 30 pacientes con cáncer de mama procedían del Centro de Salud del Distrito Sur de Granada, en Motril. Las pacientes que procedían del Hospital presentaban tumor primario en la mama con estadios I, II y III según clasificación tumoral TNM (ver descripción de clasificación tumoral en capítulo I) y sin evidencia de metástasis, que se encontraban en tratamiento activo de la enfermedad. Las pacientes que procedían del Centro de Salud del Distrito Granada Sur presentaban tumor primario en la mama con estadios I y II, y estaban en tratamiento oncológico o habían terminado el mismo.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la enfermedad y la participación en el estudio oscilaba en todos los casos entre un mes y dos años. En la muestra obtenida en el Hospital encontramos un mayor número de pacientes que habían recibido el diagnóstico de cáncer no hacía más de tres meses (21); mientras que en el Centro de Salud, la mayor parte de las pacientes habían recibido el diagnóstico hacía unos 6 meses (14) o unos 12

meses (11). Todas ellas presentaban un buen pronóstico de la enfermedad. La mayor parte se encontraban en el tratamiento activo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia o ambas), lo habían terminado recientemente o se encontraban en una de sus revisiones protocolarias. Sólo la muestra del hospital incluía personas con cáncer de mama con estadio I (15), II (19) y III (8), mientras que en el Centro de Salud sólo se incluyeron a pacientes con estadio I (13) y II (13). En la tabla 2.1 puede verse la descripción de la muestra.

Tabla 2.1.- Descripción de la muestra.

		CÁNCER		GRIPE	TOTAL
		Centro de Salud	Hospital		
ESTADO CIVIL	CASADAS	22	34	20	75
	SOLTERAS	7	8	2	18
	SIN CONT.	1	-	-	1
NIVEL CULTURAL	MEDIOBAJO	19	7	20	46
	MEDIO	4	23	2	28
	MEDIOALTO	5	12	-	-
	SIN CONT.	2	-	-	-
TIEMPO DESDE DIAGNÓST.	3 MES	4	21		
	6 MESES	14	13		
	12 MESES	11	7		
	SIN CONT.	1	1		
ESTADIO ENF	GRADO I	13	15		
	GRADO II	13	19		
	GRADO III	-	8		
	SIN CONT.	4	-		
NIVEL DEPRESIÓN	SIN DEP.	18	20		
	DEP. LEVE	7	14		
	DEPRESIÓN	5	8		
N		30	42	22	94

La mayor parte de las pacientes estaban casadas (80%) y casi la mitad tenían un nivel cultural medio (48%). En general, había más mujeres con nivel cultural medio bajo entre las procedentes del Centro de Salud, mientras que todas las mujeres con nivel

cultural alto procedían del Hospital. Las pacientes de enfermedad común, presentaban características culturales similares a la muestra de cáncer (Véase Tabla 2.1).

El grupo control de mujeres que acudían a la consulta de atención primaria con diagnóstico de gripe (22) eran en su mayoría casadas (20) y con un nivel cultural medio-bajo (19).

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

El procedimiento consistió en pasar una batería de cuestionarios que medían aspectos psicológicos y de calidad de vida, una vez firmada la hoja de consentimiento informado (Ver anexo I). En este estudio se utilizaron los mismos cuestionarios que en el estudio anterior ya descritos previamente: BDI, STAI, CTI, QLQ-C30 y BR23.

Todas las pacientes con cáncer de mama conocían su diagnóstico y la mayor parte de ellas se encontraban en la fase de tratamiento de la enfermedad (en el Hospital) o se encontraban en su segunda o tercera revisión oncológica una vez concluido el tratamiento (en el Centro de Salud).

La inclusión de las pacientes con enfermedad común se realizó de forma similar al realizado con las pacientes con cáncer de mama que acudían a la consulta de atención primaria. La persona encargada de realizar la selección y pasación de cuestionarios a estos grupos de pacientes fué la Médico Residente de Atención Primaria del Centro de Salud del área Sanitaria del Sur de Granada. Ella invitaba a participar en el estudio a las mujeres que acudían a consulta por gripe y que, en general, presentaban los siguientes síntomas: fiebre, debilidad, dolor de garganta, gastralgia, dolor muscular, articular y de

cabeza y tos. El mismo procedimiento se siguió a la hora de seleccionar a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el Centro de Salud.

El procedimiento que se siguió para el reclutamiento de pacientes que acudían a consulta del oncólogo en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves queda descrito en el capítulo anterior.

RESULTADOS

En el primer conjunto de Análisis (ANOVAs unifactoriales entre grupos, con tres niveles: gripe, cáncer en Centro de Salud y cáncer en hospital, para cada una de las medidas utilizadas –emocionales, cognitivas y calidad de vida) cuyos resultados pueden verse en la tabla 2.2, se observan fundamentalmente dos conjuntos de resultados.

1º. Entre las dos muestras de pacientes con cáncer, no hay diferencias significativas en ninguna de las variables, por lo que consideramos que las muestras de pacientes con cáncer son homogéneas. Este dato se corroboró posteriormente en un análisis que incluía a ambos grupos de procedencia, donde sólo había un factor con dos niveles (Hospital y Centro de Salud). La única excepción la encontramos en que sí existen diferencias significativas entre estos dos grupos en la sintomatología específica de la mama (BR23-S), que se vé incrementada en las pacientes procedentes del Hospital, probablemente por estar sometidas a quimio/radioterapia en ese momento.

2º. La existencia de diferencias significativas tanto en las variables emocionales y cognitivas, como en calidad de vida entre dichas pacientes con cáncer y el grupo de pacientes con gripe.

Tabla 2.2.- Media, error estándar y resultados de los ANOVAS en función de los diferentes lugares de procedencia de los grupos de este estudio.

GRUPOS	ENFERM. COMÚN GRIPE	CÁNCER HOSPITAL	CÁNCER CENTRO DE SALUD	F
EDAD	49,05±1,66	47,38±1,52	50,83±1,48	F _{2,90} =1,31 ns
BDI	4,41±0,82 ^a	9,60±1,18 ^b	10,27±1,70 ^b	F _{2,91} =4,43*
STAI	17,62±1,74 ^a	21,55±1,80 ^{ab}	26,77±2,44 ^b	F _{2,90} = 4,05*
YO	16,86±1,07 ^a	14,19±1,18 ^{ab}	11,00±1,67 ^b	F _{2,91} =3,80*
MUNDO	19,27±1,50	16,52±1,23	16,87±1,52	F _{2,91} =0,94 ns
FUTURO	21,36±1,29	18,02±1,43	15,70±1,92	F _{2,91} =2,47 ns
C30-G	75,00±4,03	74,80±3,30	64,17±4,16	F _{2,91} =2,58 ns
C30-F	93,36±1,10 ^a	68,76±4,89 ^b	78,57±3,49 ^b	F _{2,91} =7,63***
C30-S	7,24±1,31 ^a	23,15±2,75 ^b	19,34±2,96 ^b	F _{2,91} =7,86***
BR23-F	86,55±2,91 ^a	70,19±3,54 ^b	68,15±5,63 ^b	F _{2,86} =4,60*
BR23-S	8,76±1,72 ^a	40,74±3,21 ^b	28,34±3,49 ^c	F _{2,88} =21,29***
N	22	42	30	

(Nota: *, ** y *** = p<0.05, p<0.01 y p<0.001 respectivamente; ns =no significativo. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; p< 0.05)).

Los resultados más importantes recogidos en la Tabla 2.2 son los siguientes:

- a) Los dos grupos de pacientes con cáncer de mama muestran niveles similares de depresión y ansiedad, leves o sub-clínicos, que además son significativamente diferentes de las pacientes con gripe, cuyo nivel de depresión está dentro de los límites de normalidad.
- b) A nivel cognitivo, las puntuaciones medias en yo, mundo y futuro son inferiores en los dos grupos de enfermas de cáncer, pero solo difieren significativamente en la visión de sí mismo.
- c) En las puntuaciones relativas a la calidad de vida, se observa:

- Una disminución de la percepción de la calidad de vida global que oscila entre el 30-35% en los grupos de cáncer y de un 25% en las personas con gripe, pero dichas diferencias no llegan a ser significativas.
- En la calidad de vida funcional, tanto en el QLQ-30, como en el BR23, se observan decrementos de un 30% en los grupos con cáncer significativamente diferentes del grupo con gripe cuya vida funcional apenas está alterada (menos del 10 % de pérdida).
- Lo mismo ocurre con la sintomatología de la enfermedad oncológica, que muestra un incremento de alrededor de 20% en el QLQ-30 y del 30/40% en el BR23 en los grupos con cáncer, mientras que no hay síntomas en el grupo de pacientes con gripe (menor del 10 %).

Todos estos resultados tienden a coincidir con los hallados comúnmente en la literatura, como vimos en la introducción de este trabajo, y tienden a revelar diferencias significativas en el nivel de ansiedad y depresión, así como un empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, cuando se comparan con grupos de control sin enfermedad. El hecho de que en nuestro caso el grupo de comparación tenga una enfermedad común, cuando en todas las demás variables (edad, sociales, etc.) no difieren, dá más valor a los datos previos y parece confirmar la adecuación de los cuestionarios utilizados para medir las alteraciones de la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Los resultados más importantes, como en el estudio previo, se obtienen al dividir la muestra en función del nivel de depresión de las participantes (ver tabla 2.3), dado que el cuestionario BDI permite diferenciar fiablemente entre diferentes grupos/niveles de depresión en función de la puntuación alcanzada.

Tabla 2.3.- Análisis de los factores emocionales (BDI, STAI), cognitivos (CTI: yo, mundo y futuro) y de calidad de vida (QLQ-C30, BR-23) en función del nivel de depresión.

	ENFERMEDAD COMÚN	CÁNCER			F _{3,90}
	Gripe	Sin Dep.	Dep. Leve	Depresión	
BDI	4,41 ^a	3,89 ^a	12,22 ^b	25,64 ^c	135,75***
STAI	17,62 ^a	17,13 ^a	26,09 ^b	41,55 ^c	F _{3,89} =24,13***
YO	16,86 ^a	16,26 ^a	9,17 ^b	8,82 ^b	7,83***
MUNDO	19,27 ^a	20,84 ^a	12,91 ^b	10,09 ^b	11,24***
FUTURO	21,36 ^a	21,84 ^a	15,17 ^b	4,45 ^c	18,44***
C30-G	75,00 ^a	78,29 ^a	71,01 ^a	41,67 ^b	11,15***
C30-F	93,36 ^a	84,80 ^a	64,17 ^b	49,70 ^b	14,76***
C30-S	7,24 ^a	14,36 ^a	25,74 ^b	37,71 ^c	15,81***
BR23-F	86,55 ^a	76,35 ^a	61,93 ^b	57,29 ^b	F _{3,85} =6,08***
BR23-S	8,76 ^a	30,37 ^b	38,79 ^{bc}	47,00 ^c	F _{3,87} =14,09***
N	22	38	21	13	

(Nota: *** para $p < 0.001$. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; $p < 0.05$)).

Los resultados más importantes recogidos en la tabla 2.3 se pueden resumir como sigue:

1º Como es obvio, hay diferencias significativas en el nivel de depresión, pero también en el nivel de ansiedad y en las variables cognitivas, entre los tres grupos de pacientes con cáncer, dado que se han dividido en función del nivel de depresión, que se asocia tanto a incrementos en la ansiedad como a un deterioro en la visión del futuro, según el modelo de la Indefensión Aprendida, no obstante se evidencia un deterioro en la visión de sí mismo y la visión del mundo en las pacientes con depresión. El dato más interesante es que en la muestra de enfermas con gripe el nivel de depresión y ansiedad, así como la visión de sí mismo, del mundo y del futuro son claramente normales y prácticamente idénticos al grupo de pacientes con cáncer sin depresión.

2º En el estudio de la calidad de vida se observa de nuevo que en ninguna de las medidas hay diferencias entre el grupo de enfermas con gripe y el grupo de enfermas con

cáncer sin depresión, excepto en el caso de sintomatología específica (QLQ-S y BR23-S) como era de esperar. Al mismo tiempo, se vuelve a comprobar cómo el nivel de depresión determina el deterioro de la calidad de vida, sobre todo funcional, al demostrar en todos los casos (con la excepción de la dimensión global) una dicotomía entre las pacientes que tienen depresión, cuya calidad de vida se ve afectada en cualquiera de sus dimensiones y las que no tienen depresión, que se comportan de forma similar a las pacientes con enfermedad común.

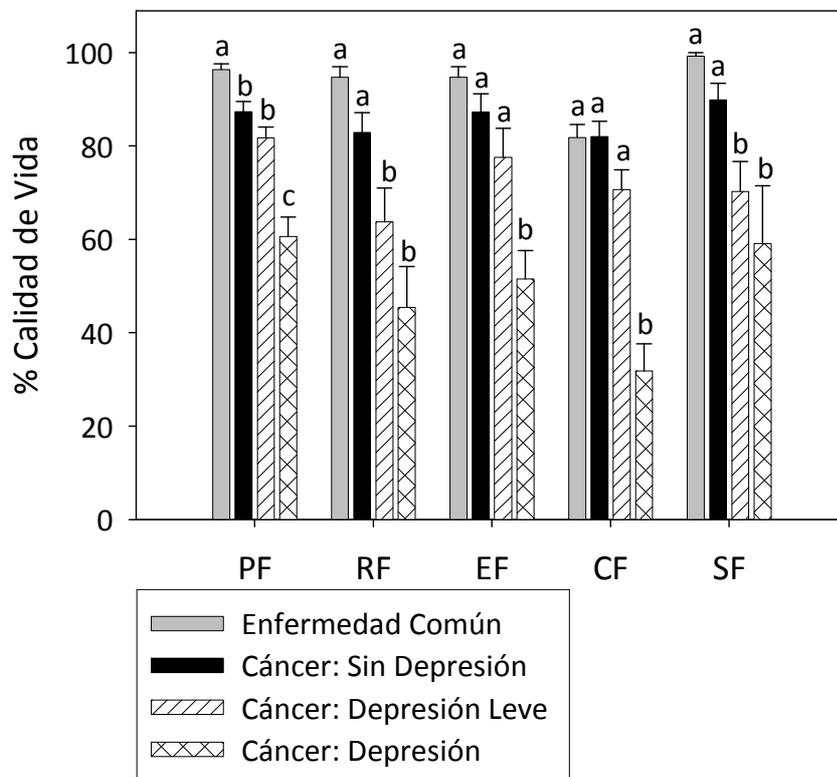


Fig. 2.1.- Análisis de las dimensiones funcionales de la calidad de vida en función del nivel de depresión. Se asumió una $p < 0.001$. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; $p < 0.05$).

Al igual que se hizo en el capítulo anterior y para confirmar sus resultados, se realizó de nuevo un conjunto de ANOVAs unifactoriales (Véase figura 2.1), para poder analizar el

efecto de la depresión en los diferentes aspectos que integran la funcionalidad de la persona (físico, de rol, emocional, cognitivo, social y específico de la mama).

Estos resultados parecen confirmar que en el funcionamiento físico (PF) aparecen diferencias significativas entre el grupo de enfermedad común y todos los grupos de cáncer, siendo el grupo con depresión el que presenta mayor deterioro. Al igual que en el estudio previo, el funcionamiento de rol (desempeño de actividad laboral) y social (RF y SF), se observa una dicotomía entre los que tienen depresión, ya sea leve o moderada, cuyo funcionamiento empeora sensiblemente, y los que no tienen depresión con cáncer o con gripe, que apenas ven afectada su calidad de vida funcional. Por último, la calidad de vida funcional, tanto emocional como cognitiva (EF y CF), sólo parece deteriorada cuando el nivel de depresión es superior. Cabe resaltar que en este estudio y a diferencia con el anterior (probablemente por el incremento en el tamaño de la muestra) también se observan diferencias entre las pacientes que están deprimidas en la funcionalidad específica del cáncer de mama (es decir, la falta de utilidad de brazo, la falta de movilidad del mismo, molestias en el brazo, etc.), probablemente a causa del linfedema causado por la cirugía que limita su uso incluso para coger las bolsas de la compra, por ejemplo.

Realizando otro conjunto de ANOVAs unifactoriales, para estudiar si la sintomatología recogida en las diferentes dimensiones del QLQ-C30 se veía afectada por los diferentes niveles de depresión presentados, encontramos que existen diferencias significativas entre cada uno de los grupos (Tabla 2.4).

Tabla 2.4.- Relación entre los niveles de depresión y síntomas de las participantes.

SÍNTOMAS QLQC30					
	ENFERMEDAD COMÚN	CÁNCER			
	Gripe	Sin Dep.	Dep. Leve	Depresión	F _{3,88}
FATIGA	12,12 ^a	29,43 ^b	35,27 ^b	62,22 ^c	11,23***
NÁUSEAS	2,27	20,72	19,57	18,33	2,53 ns
DOLOR	20,45 ^a	22,97 ^a	39,13 ^b	36,67 ^{ab}	2,89*
DISNEA	4,55 ^a	5,41 ^a	8,70 ^a	26,67 ^b	3,33*
INSOMNIO	1,52 ^a	6,31 ^{ab}	14,49 ^b	30,00 ^c	5,92***
PERD_APE	3,03 ^a	12,61 ^a	26,09 ^{ab}	23,33 ^a	3,10*
ESTREÑIM	15,15 ^a	40,54 ^b	36,23 ^b	46,67 ^b	3,06*
DIARREA	3,03 ^a	3,60 ^a	20,29 ^b	10,00 ^{ab}	3,81*
N	22	37	23	10	

(Nota: *, ** y *** = $p < 0.05$, $p < 0.01$ y $p < 0.001$ respectivamente; ns =no significativo. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; $p < 0.05$)).

En primer lugar, el resultado más destacable es que la fatiga y el insomnio difieren significativamente entre los grupos, viéndose estas variables mayormente afectadas en las pacientes con cáncer y con depresión. No obstante, este grupo difiere significativamente de los grupos con cáncer sin depresión y con depresión leve, y éstos, a su vez, difieren significativamente en fatiga e insomnio de las enfermas con gripe.

En segundo lugar, los síntomas de dolor y diarrea difieren significativamente entre los grupos sin depresión (gripe y cáncer) y los grupos con depresión (sea leve o moderada).

En tercer lugar, sólo presentan dificultad en la respiración aquellas pacientes con depresión, siguiendo los resultados de la variable. En los resultados de las variables pérdida de apetito y estreñimiento se observan patrones diferentes de respuesta. Pues en cuanto a la pérdida de apetito, sólo presentan un incremento de sintomatología las

pacientes con depresión leve. Respecto al estreñimiento, se encuentran mayores puntuaciones en los grupos de cáncer sin depresión y con depresión leve.

Para finalizar, los análisis realizados en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, que se dividía en los siguientes grupos: de menos de 3 meses de 3 a 6 meses y de 6 a 12 de meses, permitieron comprobar que esta variable independiente no tiene efecto en las variables dependientes utilizadas, pues no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables, a excepción de la variable depresión que, sí que muestra un efecto significativo en las personas del grupo que había recibido el diagnóstico entre 3 y 6 meses antes de que le pasaran los cuestionarios, pudiéndose deber este efecto al propio tratamiento oncológico. (Ver tabla 2.5).

Tabla 2.5.- Análisis de los factores emocionales (BDI, STAI), cognitivos (yo, mundo y futuro) y calidad de vida (QLQ-C30, BR-23) en los pacientes con cáncer en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD				
ESCALAS	<3	>3<6	>6<12	F _{2,66}
BDI	7,92 ^a	13,44 ^b	6,13 ^a	5,31***
STAI	19,69	27,26	24,63	2,48 ns
YO	16,08	10,85	11,81	3,06 ns
MUNDO	17,85	14,19	17,63	1,64ns
FUTURO	19,23	15,07	16,88	1,21 ns
C30-G	76,35	64,26	73,96	2,27 ns
C30-F	75,45	65,88	81,63	1,83 ns
C30-S	19,78	25,81	17,28	1,45 ns
BR23-F	74,00	63,02	72,50	F _{2,61} =1,23 ns
BR23-S	34,38	36,84	34,18	F _{2,65} =0,11 ns
N	26	27	16	

(Nota: ***= p<0.01 y ns =no significativo. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; p< 0.05)).

DISCUSIÓN

El resultado más llamativo e importante de este estudio es que cuando las pacientes con cáncer de mama no presentan signos de depresión muestran, por una parte, una ausencia de síntomas emocionales o cognitivos (equivalente a la de los pacientes con cualquier otra enfermedad común mucho más leve, como es la gripe) y, por otra, su calidad de vida es prácticamente idéntica a la de estos últimos pacientes (excepto en la sintomatología específica relacionada con el tratamiento de su enfermedad). Por el contrario, cuando se incrementa el nivel de depresión, no sólo se altera la calidad de vida funcional, sino incluso la sintomatología consecuente.

A la luz del modelo de la Indefensión Aprendida que venimos desarrollando en esta línea de investigación, parece confirmarse que cuando las pacientes oncológicas desarrollan indefensión ante su enfermedad, se agudizan los síntomas tanto psicológicos (emocionales y cognitivos) como físicos, que van a determinar un empeoramiento de la calidad de vida funcional de estos pacientes. Sin embargo, cuando las pacientes con cáncer de mama están inmunizadas contra la indefensión, no muestran diferencias con las pacientes con una enfermedad común, ni a nivel emocional (ansiedad) ni en las diferentes dimensiones de calidad de vida, con la excepción de la sintomatología que presentan propia del cáncer. En consecuencia, no es la enfermedad de cáncer, sino la reacción consecuente y las habilidades de afrontamiento de la enferma, así como muy probablemente su entorno social, lo que va a determinar su calidad de vida. Es importante hacer notar que a lo largo de los diferentes estudios, se ha ido produciendo un decremento en el número de pacientes deprimidas con cáncer de mama, probablemente debido a las mejores perspectivas de tratamiento y al incremento en las

expectativas de supervivencia, lo que contribuye a incrementar la calidad de vida de estas pacientes (Deshields y col., 2006, Massie, 2004).

Todo lo anterior confirma también que las pacientes con cáncer de mama tienden a reaccionar de diferentes formas ante su enfermedad (Fawzy y col., 1996), dependiendo de su grado de inmunización contra la indefensión o la depresión. Sólo las pacientes que no son capaces de enfrentarse adecuadamente a la enfermedad, experimentarán una serie de alteraciones emocionales y cognitivas que, a su vez, afectarán muy negativamente a su calidad de vida.

En resumen, este estudio confirma que la depresión es un factor determinante que modula el deterioro de la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. La importancia de este hallazgo radica en que una mera evaluación inicial del nivel de depresión en estas pacientes puede permitir predecir su futura calidad de vida y, en su caso, iniciar tempranamente un tratamiento efectivo de la depresión que permita mejorar la calidad de vida de estas pacientes como intentaremos comprobar en el estudio

4.

Estudio III

ESTUDIO III

A lo largo de este trabajo hemos asumido que el cáncer es una situación aversiva e incontrolable, entendiéndose como una condición estresante que puede ocasionar reacciones emocionales que se traducen en depresión, en función de cómo lo perciba la persona según su experiencia previa. El modelo de la Indefensión Aprendida se ha utilizado como marco de referencia para entender las reacciones psicológicas ante el cáncer pero también ante una enfermedad común, como es la gripe, que obviamente no produce ningún tipo de efecto emocional al no percibirse como una situación aversiva incontrolable.

En este tercer estudio pretendemos comparar dos tipos de patologías graves (cáncer y fibromialgia) en las tres variables que hemos estudiado en esta línea de investigación: cognición, emoción (depresión / ansiedad) y calidad de vida.

La patología de las pacientes con cáncer de mama ha sido presentada en la introducción y a lo largo de todo este trabajo. Una breve descripción de la fibromialgia permite entenderla como un síndrome que se caracteriza por puntos específicos de sensibilidad y dolor prolongados por todo el cuerpo (sobre todo, en las articulaciones, los músculos, los tendones y otros tejidos blandos). El diagnóstico de fibromialgia se realiza en base a la existencia de dolor músculo-esquelético con una duración mayor a tres meses que suele ir acompañado de síntomas tales como fatiga, rigidez por las mañanas, entumecimiento de los pies y de las manos, problemas de sueño, dolor de cabeza, ansiedad y depresión (Bennett, 2005). La fibromialgia afecta a 2-3% de la población general (Carmona y col., 2001; White y col., 1999) siendo el segundo síndrome más común en reumatología después de la osteoartritis (White y col., 1995). La estimación de su

prevalencia es nueve veces mayor en las mujeres que en los hombres (Wolfe y col., 1993). El estudio de la fibromialgia, aunque ha aumentado de forma considerable en las últimas décadas, sigue siendo controvertido porque su etiología aún no está bien establecida.

En esta enfermedad, el aspecto subjetivo es innegable, pues el dolor no es más que una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión presente o potencial. Y precisamente ésta es la condición fundamental para el diagnóstico de la enfermedad: la presencia de dolor que va acompañado de otros síntomas como la fatiga, las alteraciones en el sueño y la depresión. La existencia de estudios que señalan la importancia de explorar los factores asociados a los trastornos del estado del ánimo en la fibromialgia (Nicassio y Schuman, 2005), así como los procesos cognitivos subyacentes en estos pacientes (Palomino y col., 2007), es lo que ha despertado nuestro interés por compararlos con los pacientes con cáncer de mama.

En concreto, asumimos que en el caso de la fibromialgia, la sensación de incontrollabilidad es incluso superior a la del propio cáncer de mama, sobre todo cuando se trata de estadios sin metástasis, que conllevan actualmente un pronóstico bastante bueno y esperanzador de supervivencia. Consecuentemente, esperamos que se produzca un empeoramiento de la depresión e incluso de la calidad de vida en las pacientes con fibromialgia. De esta forma, pretendemos confirmar una vez más la adecuación del modelo de la Indefensión Aprendida para entender y explicar las reacciones emocionales y cognitivas consecuentes a cualquier tipo de enfermedad y ver hasta qué punto determinan o no la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para la realización de este estudio se seleccionó una muestra de 74 mujeres, de las cuales 42 tenían cáncer de mama (son las mismas pacientes del estudio I y II) y 7 tenían cáncer ginecológico, conformando un total de 49 mujeres con cáncer. Todas ellas estaban siendo tratadas en el Servicios de Oncología Radioterápica y de Oncología Médica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Las 25 mujeres restantes estaban siendo tratadas en la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del mismo hospital por diagnóstico de fibromialgia. La mayor parte de las mujeres tenían un nivel cultural medio (47), algunas un nivel cultural alto (18), y muy pocas un nivel cultural bajo (9), aunque todas sabían leer y escribir. Del total de la muestra, 28 eran mujeres casadas y 16 estaban solteras, viudas y/o divorciadas. La edad media era de 47.89 años, siendo la más joven de 25 y la mayor de 75 años, con una desviación típica de 9.11. Las pacientes con cáncer y fibromialgia eran de edades similares y no había diferencias entre ellas en el estado civil ni en el nivel cultural, por lo que podemos decir que la muestra era homogénea a nivel sociodemográfico.

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

El procedimiento seguido para el reclutamiento de las pacientes con cáncer de mama queda descrito en capítulos anteriores, y se utilizó el mismo procedimiento para seleccionar a las mujeres de cáncer ginecológico, todas estas pacientes procedían del Servicio de Oncología Médica y Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. La selección de la muestra de pacientes con fibromialgia se realizó de manera similar aunque, como se ha indicado anteriormente, todas ellas procedían de la

Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Una vez que la paciente había terminado la consulta con el Especialista y una vez confirmado su diagnóstico, la psicóloga encargada de la investigación le invitaba a otra consulta para participar en el estudio. Se le entregaba un documento con información suficiente sobre el estudio a realizar, dándole la oportunidad de aclarar cualquier duda que tuviera al respecto. Una vez firmada la hoja de consentimiento informado (Ver anexo I), se iniciaba el procedimiento de recogida de datos (idéntico en ambas muestras).

En primer lugar, se anotaban las medidas sociodemográficas (edad, estado civil y nivel cultural) y, a continuación, se pasaban los mismos cuestionarios utilizados en estudios anteriores: BDI, STAI, CTI y QLQ-C30. Las características de los cuestionarios utilizados quedan descritas en el estudio I del presente trabajo.

RESULTADOS

Como en los estudios I y II, un primer conjunto de ANOVAs unifactoriales (con dos niveles o grupos: fibromialgia y cáncer) mostraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en las variables emocionales, cognitivas y de calidad de vida (cáncer *versus* fibromialgia) (Véase tabla 3.1).

Tabla 3.1.- Relaciones entre cáncer y fibromialgia en las variables emocionales, cognitivas y la calidad de vida.

VARIABLES	CÁNCER	FIBROMIALGIA	F _(1,72)
BDI	10,34	25,08	53,04***
STAI	22,53	38,48	35,83***
YO	13,83	-0,30	42,54***
MUNDO	15,87	2,78	35,67***
FUTURO	18	4,70	26,29***
C30-G	73,60	36	42,48***
C30-F	66,98	50,83	5,13*
C30-S	22,47	40,02	17,84***
N	49	25	

(Nota: * y ***, $p < 0.05$ y $p < 0.001$ respectivamente; ns = no significativo).

Respecto a las variables emocionales de ansiedad y depresión, medidas con el STAI y el BDI respectivamente, los resultados mostraron que las pacientes con fibromialgia presentan puntuaciones mayores en ambas variables, siendo significativas estas diferencias. Además, no se pudo realizar un análisis de varianza en función del nivel de depresión porque de toda la muestra de pacientes con fibromialgia, ninguna mostraba ausencia de depresión (puntuación menor de 10), sólo el 16% presentaba una puntuación en el BDI indicativa de depresión subclínica, y el resto, un 84%, revelaba la existencia de depresión clínicamente significativa, indicativo de la necesidad de tratamiento. En las variables cognitivas (yo, mundo y futuro), medidas con el cuestionario CTI, también se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, siendo las puntuaciones mucho menores en las pacientes con fibromialgia. Estas pacientes presentaban una peor visión de sí mismas, posiblemente relacionada con la pérdida de salud, una peor visión del futuro, más relacionada con las expectativas de mejoría y una peor percepción del mundo que les

rodea, dimensión más relacionada con el entorno social (Véase 3.1). Ambos conjuntos de resultados revelan mayores alteraciones psicológicas en las pacientes con fibromialgia que en las pacientes con cáncer.

Tabla 3.2.- Relaciones entre cáncer y fibromialgia en la subescala de síntomas del QLQ-C30.

SÍNTOMAS	CÁNCER	FIBROMIALGIA	F _(1,72)
FATIGA	34,92	70,22	29,10***
NAUSEAS	20,40	17,33	0,18 ns
DOLOR	31,29	66,00	21,34***
DISNEA	8,84	24,00	6,07*
INSOMNIO	12,24	42,67	19,68***
PERD_APE	19,04	34,67	3,39 ns
ESTEÑIM	42,17	50,67	0,38 ns
DIARREA	9,52	24,00	3,80 ns
N	49	25	

(Nota: *y *** para $p < 0.05$ y $p < 0.001$ respectivamente; ns = no significativo).

En segundo lugar, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos tanto en la calidad de vida percibida, como en la calidad de vida funcional y en los síntomas, siendo el deterioro de las pacientes de fibromialgia muy superior al de pacientes oncológicas. Así, las pérdidas en calidad de vida observadas en las pacientes con fibromialgia fueron de un 70% en la calidad de vida global, con un incremento del 40 % en sintomatología, frente al 40% y el 20% respectivamente de las pacientes con cáncer. En este caso, un análisis más detallado de las subescalas de síntomas que evalúa este

cuestionario (Véase tabla 3.2) reveló la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos en fatiga, en dolor, disnea, insomnio, aunque en general, las pacientes con cáncer presentan menor sintomatología en cada una de las subescalas que las pacientes con fibromialgia.

Por último, se analizó la calidad de vida funcional (ver figura 3.1), que reveló la existencia de diferencias significativas de $p < 0.001$ entre ambos grupos en funcionamiento físico ($F = 26,48$), en funcionamiento emocional ($F = 25,38$) y en funcionamiento cognitivo ($F = 11,64$), mientras que las diferencias en funcionamiento social ($F = 3,75$) fueron de $p < 0.05$.

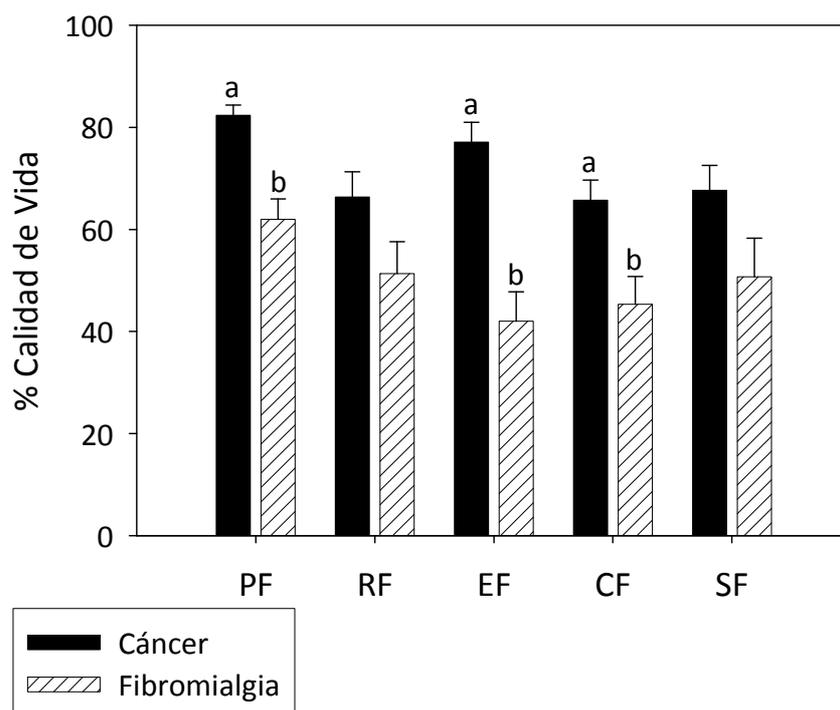


Fig. 3.1.- Comparación entre pacientes con cáncer y fibromialgia en función de la subescala funcional del cuestionario QLQ-C30 de la EORTC. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de calidad de vida (LSD post-hoc; $p < 0.05$).

DISCUSIÓN

Las pacientes con fibromialgia, comparadas con las pacientes con cáncer, presentan puntuaciones más altas en las variables emocionales y más bajas en las variables cognitivas, lo que indica que la fibromialgia es una enfermedad con un fuerte componente psicológico que conlleva un mayor deterioro emocional y cognitivo que el cáncer (al menos, en estadios sin metástasis). Los resultados obtenidos muestran que las pacientes con fibromialgia tienen un nivel mucho más elevado de depresión y ansiedad que las pacientes con cáncer y, además, tienen una peor percepción de sí mismas, del mundo que las rodea y del futuro.

En concreto, se ha encontrado que el 84% de la muestra de pacientes con fibromialgia que participó en el estudio presentaba niveles de depresión y de ansiedad severa, mientras que una proporción muy pequeña de pacientes con cáncer (17, 64%) presentaban alteraciones en estas variables emocionales. Además, a nivel cognitivo se acentuaron las diferencias entre ambos grupos, observándose en las pacientes con fibromialgia un marcado deterioro de la visión que tienen de sí mismas (variable muy relacionada con la autoestima), y de la visión e interpretación que hacen del mundo en el que viven. Por el contrario, la puntuación en la visión de sí mismas que tienen las pacientes con cáncer es muy cercana a la normalidad.

Más interesante es comprobar que las pacientes con fibromialgia presentan un importante decremento en su calidad de vida. Los peores resultados a nivel psicológico se obtuvieron en la percepción deteriorada de la calidad de vida en general, que también se acompañaron de peores niveles de funcionamiento y de un incremento en la sintomatología.

A nivel funcional, los resultados indican que las pacientes con fibromialgia tienen un peor funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el grupo de cáncer con depresión y sugieren que en estas pacientes se encuentra afectado el triple componente de la depresión. Por un lado, el componente conductual, que se traduce en un decremento en el funcionamiento físico (disminución del nivel de actividad diaria). Por otro lado, el componente emocional y cognitivo, que refleja un pobre control cognitivo y unas expectativas futuras de éxito o mejora que se traducen en una alta labilidad emocional (aumento de la ansiedad y la depresión). Por tanto, las alteraciones cognitivo-conductuales de estas pacientes se reflejan de manera directa en funcionamiento cotidiano.

Finalmente, a nivel sintomatológico, las pacientes con fibromialgia presentan puntuaciones mucho más elevadas en dolor, como era de esperar, dado que se trata de un síntoma nuclear y directamente relacionado con el propio trastorno; pero también en fatiga e insomnio, que suelen ser síntomas asociados a depresión. Además, aparece también mayor sintomatología relacionada con la pérdida de apetito y la diarrea, que aunque no siendo significativa las puntuaciones son algo más elevadas y podría deberse a los tratamientos a los que están sometidas.

En base al modelo de la indefensión aprendida, para comprender y explicar las reacciones psicológicas ante la enfermedad, todo este conjunto de resultados sugieren que la fibromialgia produce un estado de indefensión mucho mayor que el cáncer, probablemente porque con el paso del tiempo los pacientes con fibromialgia perciben su enfermedad como menos controlable y más aversiva que las pacientes con cáncer.

Consecuentemente, el nivel de depresión y ansiedad (*distress*) aumenta y las expectativas de eficacia disminuyen, generando un estado general de pesimismo, no sólo con respecto a sí mismas y a su futuro, sino también con relación a su propio entorno social. Esto conlleva un empeoramiento en su percepción global de calidad de vida y un peor funcionamiento a nivel físico, emocional y cognitivo. Por todo ello, entendemos que el alto nivel de indefensión que se observa en pacientes con fibromialgia, debería ir asociado a una mayor atención psicológica de estas pacientes, asociada a su propio tratamiento farmacológico, iniciando tratamientos específicos para mejorar su estado emocional y cognitivo, lo que les puede permitir incrementar sensiblemente su calidad de vida.

En resumen, este trabajo parece demostrar, en primer lugar, que un mayor nivel de depresión se asocia a un claro empeoramiento en la calidad de vida, independientemente del tipo de trastorno físico de que se trate, ya sea cáncer o fibromialgia. En segundo lugar, que el cáncer de mama o ginecológico no genera tanta indefensión como la fibromialgia. Por tanto, desde las instituciones públicas deberían hacerse importantes esfuerzos para proporcionar un tratamiento psicológico breve a las pacientes con fibromialgia que les permita mejorar su estado emocional y cognitivo, así como mejorar su calidad de vida, como analizaremos en el siguiente estudio.

Estudio IV

ESTUDIO IV

Una vez comprobado que la depresión influye negativamente en la calidad de vida de las pacientes con cáncer, la idea básica de la que se parte en este estudio es comprobar si la terapia cognitivo conductual reduce el nivel de depresión y mejora la calidad de vida de estas pacientes. Para ello se las entrenará en habilidades que les sean útiles para manejar las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión) consecuentes a esta enfermedad. Numerosas investigaciones clínicas han evidenciado la utilidad de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de los trastornos emocionales (Butlel y col., 1987), demostrando beneficios y mejorías significativas también en pacientes oncológicos (Sellick y col., 1999; Creer y col., 1991).

Como es sabido, la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT en inglés) proviene de los trabajos de Ellis (1962) y Beck (1976). De acuerdo con el modelo cognitivo de la desesperanza de Beck (1967, 1987), la triada cognitiva negativa consiste en tres patrones cognitivos principales, propuestos como esquemas o creencias racionales, que inducen a la persona a considerarse a sí misma, su futuro y su experiencia social de un modo idiosincrático negativo, siendo conceptualizado un factor predisponente para la depresión. Haciendo uso de las técnicas cognitivo-conductuales, es posible modificar tales factores cognitivos alterados mediante un procedimiento activo, estructurado y de tiempo limitado, lo cual reducirá el estado depresivo y la propia vulnerabilidad a la depresión (Beck, 1979).

Una de las primeras aplicaciones de este tipo de técnicas en pacientes oncológicos fue desarrollada por Edelman (1999), quien diseñó un paquete de CBT para pacientes con cáncer de mama y lo aplicaron en doce sesiones de terapia de grupo. Tras evaluar a los

cuatro meses el impacto de la asistencia terapéutica y la morbilidad psicológica en las participantes, concluyeron que como consecuencia de la intervención se produjo una mejora significativa tanto en la ansiedad como en la depresión. Es más, los beneficios de la participación en la terapia se hicieron más evidentes en la evaluación a largo plazo. Posteriormente, Antoni (1996) en otro estudio similar aplicó la CBT en grupo, pero tan solo en 10 sesiones, a pacientes con estadio temprano en cáncer de mama, obtuvo efectos positivos sobre la depresión pero no tanto en *distress*. Por el contrario, años más tarde, Simpson y Carlson (2003) aplicaron a una muestra de pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos una terapia de similares características en cuanto a duración (6 sesiones) y formato (grupo), pero de corte más psicosocial. Concluyeron que era necesario reforzar el apoyo social en estas pacientes, una vez transcurridos los dos años de seguimiento tras la participación en la terapia, aunque quedaron suficientemente demostrados sus beneficios a nivel emocional (ansiedad y depresión). Resultados muy similares a estos fueron obtenidos por Osborn y su grupo (2006), quienes concluyeron que la CBT es eficaz para el manejo de la depresión y la ansiedad, así como para incrementar la calidad de vida de las pacientes a corto plazo, pero que no lo es tanto para mejorar su funcionamiento físico.

Años más tarde, diferentes ensayos clínicos realizados en pacientes con cáncer de mama han mostrado que tanto la terapia de grupo como la terapia individual mejora la calidad de vida y los síntomas ansioso-depresivos de las pacientes (Daniel y Kissane, 2008). De hecho, en un estudio reciente, Nassman (2009) ha analizado tres meta-análisis sobre ensayos clínicos relacionados con la terapia psicológica en pacientes con cáncer de mama y sugiere que la terapia breve en pacientes con estadios tempranos de la enfermedad parece tener mayores beneficios que terapias más prolongadas.

Podemos asumir, por tanto, que la terapia cognitiva-conductual proporcionará un mayor ajuste psicológico y una mayor capacidad de afrontamiento y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Así mismo, reducirá sus reacciones emocionales de ansiedad y depresión. Por tanto, la participación en una terapia de grupo breve debería aportar bienestar a las pacientes con cáncer de mama, favoreciendo el afrontamiento de la enfermedad. Además, realizar una terapia que incremente la sensación de control o que reduzca la sensación de incontrolabilidad ante el cáncer debería producir una mejora en la calidad de vida de estas pacientes (Bárez y col., 2009). Dado que en las pacientes con cáncer de mama y ginecológico el nivel de depresión no suele ser muy alto (severo o clínicamente significativo) en los momentos iniciales de la enfermedad (alrededor de los 3-6 meses tras el diagnóstico), la terapia breve puede ser la más indicada, pues podría servir también para prevenir la depresión y mejorar la futura calidad de vida de estas pacientes.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es doble. Por un lado, se presenta una terapia cognitivo-conductual para pacientes con cáncer de mama, con un formato de grupo (inspirado en el manual de terapia cognitiva en grupo de Elizabeth B. Post, 1986), estructurada como terapia breve (sólo 6 sesiones) y dirigida a pacientes con cáncer con diferentes niveles de depresión (subclínica o leve y clínica). Por otro lado, se presentan los resultados de un estudio piloto en el que se aplicó dicha terapia para comprobar su efectividad a corto plazo, tanto en lo que respecta a la reducción de las alteraciones emocionales, como al aumento en la calidad de vida de las pacientes tratadas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para la realización de este estudio se contó con un grupo de 8 pacientes oncológicas que conocían el diagnóstico de su enfermedad, 6 tenían un diagnóstico de cáncer de mama y 2 de cáncer de cuello de útero. Seis estaban casadas y 2 separadas. La edad media del grupo era de 47.75 años, siendo la mayor de 58 años y la menor de 40. Según las puntuaciones obtenidas en el BDI, cuatro de ellas tenían depresión leve (con puntuaciones entre 10 y 18) y las otras cuatro presentaban depresión severa (con puntuaciones entre 21 y 36). Todas las participantes del estudio procedían del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Virgen de las Nieves.

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

Los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio para medir los trastornos emocionales, cognitivos y de calidad de vida son los mismos que los utilizados en los tres estudios anteriores. Los cuestionarios se pasaban antes de la terapia y una vez finalizada la misma para comprobar el efecto inmediato de la terapia.

El procedimiento consistió en convocar para llevar a cabo una terapia de grupo a aquellas participantes con cáncer que cumplían los siguientes requisitos:

- Tener una puntuación en el BDI igual o superior a 10 puntos (que indicaba un nivel de depresión susceptible de tratamiento). De hecho, la mitad de las pacientes tenían puntuaciones superiores a 21, lo que se considera un nivel de depresión clínicamente significativo y susceptible de atención psicológica.

- Dar su consentimiento a participar en una terapia psicológica grupal durante 6 semanas, a razón de una sesión de grupo por semana.

La terapia de grupo se realizó en un aula de la Escuela de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Las sesiones se realizaron durante 6 semanas consecutivas y estaban dirigidas por un terapeuta y una coterapeuta de apoyo.

El paquete de la terapia cognitivo conductual grupal breve para pacientes con cáncer consistía en el aprendizaje de una serie de técnicas cognitivo-conductuales que se abordaban en cada una de las seis sesiones de tratamiento. La duración de cada sesión era dos horas aproximadamente. En las sesiones 1-5, se dedicaban al final de cada sesión 20 minutos al entrenamiento en relajación. En la sesión 6 (última) estos minutos se utilizaron para completar los cuestionarios y así comprobar el efecto inmediato de la terapia.

Las normas básicas y compromisos para asistir a la terapia grupal fueron los siguientes:

- Asistir a todas las sesiones y ser puntual. Al tratarse de un estudio piloto donde se iba a poner a prueba una terapia grupal de tan sólo seis sesiones, se consideró necesario establecer esta norma no sólo en provecho de la investigación, sino también por respeto al grupo y por no romper su dinámica.
- Confidencialidad. Se dieron indicaciones claras sobre los principios básicos de libertad, confidencialidad y confianza en los que se basan las terapias de grupo.
- Realización de las tareas para casa. Para poder pasar al aprendizaje de otras habilidades era imprescindible realizar las tareas entre sesiones que se programaban cada semana. En cada sesión se facilitaban los documentos necesarios para su realización.

La terapia cognitivo-conductual breve se fundamenta en el entrenamiento de cuatro componentes o conjuntos de técnicas fundamentales:

a) Técnicas de reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos y expectativas. Se desarrollaron especialmente en la primera y segunda sesión y se perfeccionaron en las siguientes. Se usaron las técnicas de auto-observación de pensamientos automáticos (sesión primera) y la técnica de reestructuración basada en la doble columna (todas las demás sesiones).

b) Técnicas de aceptación y re-atribución de la enfermedad, que se desarrollaron, sobre todo, en la tercera sesión.

c) Técnicas de autocontrol emocional y conductual y auto-reforzamiento, (*"mastery y pleasure"*), que se introducían a lo largo de la sesión cuarta.

d) Entrenamiento básico en habilidades sociales, que se desarrollaron en las últimas sesiones, prestando especial atención en la última sesión al problema de las recaídas.

La agenda de cada una de las sesiones de la terapia consistía en cuatro fases: Introducción, técnica de ronda, técnica de contacto, y despedida/trabajo semanal (véase Yost, 1986, Manual de Terapia Cognitivo-Conductual Grupal, para una descripción más completa de cada uno de los elementos de la terapia), si bien en este estudio se incluyó una quinta fase (el entrenamiento en relajación).

1. INTRODUCCIÓN: Establecimiento de agenda

Durante esta fase, se proponían los problemas a analizar y se explicaban brevemente las técnicas y/o entrenamientos a realizar durante la sesión, al tiempo que se recapitulaba y relacionaba con lo aprendido en la sesión anterior.

2. TÉCNICA DE RONDA

En esta fase, la revisión de tareas semanales se realizaba en forma de RONDA, donde cada paciente exponía el trabajo realizado durante la semana. Dicho trabajo quedaba reflejado en una o dos situaciones recogidas en la “hoja de auto-observación” correspondiente (Véase Anexo II). De esa forma, una vez concluida la ronda, se seleccionaban las dos (máximo 3) situaciones problemáticas que se entrenaban durante la siguiente fase.

3. TÉCNICA DE CONTACTO

Utilizando la técnica de CONTACTO (donde el terapeuta trabaja solo con una paciente y una situación/problema concreta derivada de la ronda anterior, para poder explicar y aplicar las técnicas de entrenamiento de cada sesión) se iban desarrollando las diferentes técnicas aplicadas a cada tipo de situaciones/problemas propuestos en la semana anterior para ser auto-observados selectivamente por cada paciente.

4. DESPEDIDA Y TRABAJO SEMANAL (*HOME-WORK*)

Durante esta fase, se hacía una recapitulación de los nuevos contenidos aprendidos durante la sesión, junto a una explicación de las tareas para casa. Antes de la despedida se entregaba una hoja de auto-registro para el trabajo a realizar durante la semana en función el contenido de esa sesión.

5. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Por último, el grupo se quedaba a realizar un taller de técnicas de relajación de unos 20 minutos de duración.

En la siguiente tabla se puede ver un esquema con el contenido fundamental de cada una de las sesiones de la terapia.

Tabla 4.1.- Agenda con el contenido de cada sesión.

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS	TAREAS PARA CASA
PRIMERA	Introducción a la técnica cognitivo conductual. Explicar la relación pensamiento-emoción- conducta.	Auto-observación de pensamientos automáticos.	Auto-registro: Auto-observación de un situación positiva y otra negativa.
SEGUNDA	Entrenamiento en control de pensamientos automáticos.	Identificar pensamientos negativos y procesos de error típicos depresivos. Técnica de la doble columna: búsqueda de alternativas de pensamiento positivos y prueba de realidad.	Auto-registro mediante la técnica de doble columna de al menos una situación negativa relacionada con la propia enfermedad.
TERCERA	Normalizar pensamientos y emociones relacionados con la enfermedad.	Técnicas de Re-atribución y cambio de pensamientos.	Auto-registro mediante la técnica de doble columna de una situación positiva y otra negativa relacionada con la propia enfermedad y/o con una situación familiar. Buscar y anotar cosas que me gustan y que no me gustan sobre uno mismo.
CUARTA	Iniciar el entrenamiento en autocontrol emocional y conductual para recuperar el placer por vivir.	<i>Técnicas de Mastery y Pleasure.</i>	Auto-registro mediante la técnica de doble columna de una situación positiva y otra negativa familiar/social.
QUINTA	Iniciar el entrenamiento en habilidades sociales para recuperar la calidad de vida y el placer por las relaciones familiares y sociales.	Técnicas de Asertividad y de incremento de habilidades sociales.	Auto-registro mediante la técnica de doble columna de una situación positiva y otra negativa familiar/social.
SEXTA	Afianzamiento de técnicas, sobre todo de habilidades sociales y autocontrol cognitivo y emocional. Prevenir y controlar las recaídas.	Técnicas de Control y de prevención de recaída.	

RESULTADOS

De acuerdo con el diseño, se realizó un ANOVA intrasujeto con dos niveles (pre-tratamiento y post-tratamiento) con medidas repetidas. Aunque prácticamente en todas las medidas se produce una mejora, los resultados mostraron diferencias significativas a nivel emocional en la variable depresión (BDI), y diferencias marginalmente significativas

en la variable cognitiva “visión de sí mismo” y en la calidad de vida funcional del QLQ-C30-F. (Véase en la siguiente tabla 4.2).

Tabla 4.2.- Diferencias pre-post tratamiento en los factores emocionales, cognitivos y la calidad de vida.

	PRETRAT	POSTRAT	F	P
BDI	19,38	10,63	9,85	0,02**
STAI	32,38	27,38	1,77	0,22 ns
YO	3,13	13,00	4,57	0,07 ^(*)
MUNDO	12,63	18,13	2,83	0,14 ns
FUTURO	12,25	10,50	0,13	0,73 ns
C30-G	56,25	60,42	0,34	0,58 ns
C30-F	45,75	71,38	3,89	0,09 ^(*)
C30-S	33,72	22,69	2,38	0,17 ns

(Nota: **= $p < 0.05$, ^(*)= marginalmente significativo y ns = no significativo).

Dados estos resultados y continuando con la línea de análisis realizados en los capítulos anteriores, se trató de ver si el efecto de la terapia afectaba a las dimensiones específicas de funcionamiento del cuestionario QLQC30, tal y como se puede observar en la figura 4.1. En este caso, el simple hecho de participar en la terapia, producía claras mejoras en todas las dimensiones, excepto en funcionamiento emocional, y se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento físico ($p = 0.018$), en el funcionamiento cognitivo ($p = 0.04$) y en el funcionamiento social ($p < 0.01$).

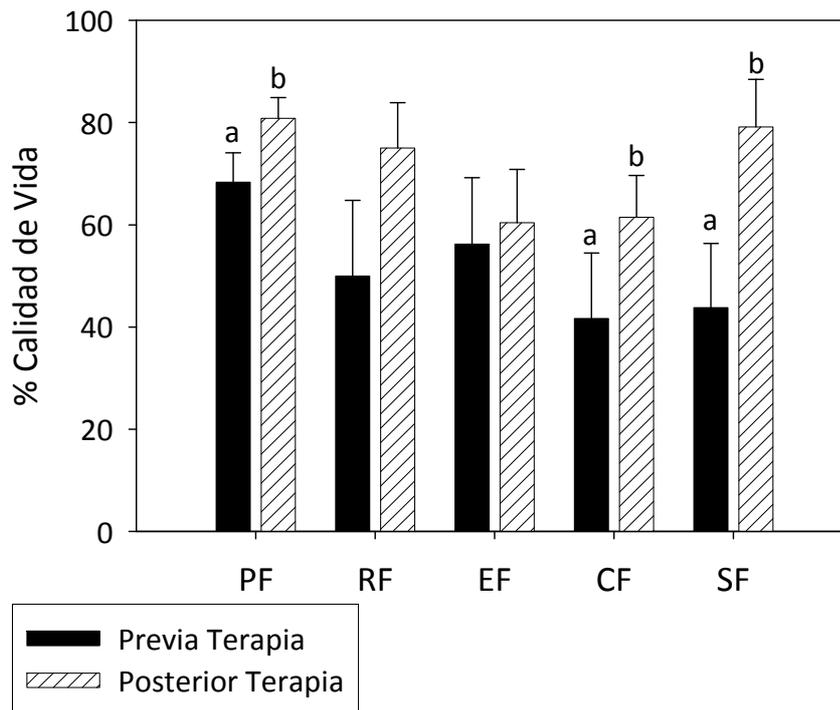


Fig. 4.1.- Comparación de estado funcional de las pacientes previa y posteriormente a la participación en la terapia. Letras diferentes muestran diferencias significativas entre niveles de depresión (LSD post-hoc; $p < 0.05$).

En un último análisis se pretendió ver si la participación en la terapia producía también algún efecto en los síntomas que mide el QLQC30. Como en casos anteriores, se produjo mejoría en casi todos los síntomas (menos en estreñimiento y diarrea), pero sólo se observaron diferencias significativas en insomnio y también se obtuvieron diferencias marginalmente significativas en las puntuaciones en dolor ($p < 0.07$), donde se observa una leve mejoría. (Véase tabla 4.3).

Tabla 4.3.- Relaciones entre cáncer y fibromialgia con la subescala de síntomas del EORTC QLQ-C30.

SÍNTOMAS QLQC30				
VARIABLES	Previo a terapia	Posterior a terapia	F _(1,7)	P
FATIGA	51,39	45,83	1,17	0,32 ns
NÁUSEAS	29,17	6,25	2,04	0,20 ns
DOLOR	64,58	47,92	4,00	0,09 ns
DISNEA	12,50	8,33	0,13	0,73 ns
INSOMNIO	29,17	4,17	9,00	0,02*
PER_APET	25,00	8,33	1,17	0,32 ns
ESTREÑIM	50,00	41,67	2,04	0,20 ns
DIARREA	8,33	8,33	1,17	0,32 ns

(Nota: *= p<0.05 y ns =no significativo).

Por tanto, una vez finalizada la terapia, se observó un claro decremento en el nivel de depresión, indicativo de una evidente mejoría. Realmente dicha mejoría se produjo en seis de las ocho pacientes, mientras que en las otras dos no se produjeron cambios significativos. Al mismo tiempo, se observa una clara mejoría en la visión de sí mismo (variable yo del cuestionario CTI). Por otra parte, y aunque en conjunto la mejoría observada a nivel de funcionamiento de la escala de calidad de vida fue solo marginalmente significativa, cuando se analizó cada componente de manera independiente, se observó una mejoría significativa en el funcionamiento físico, cognitivo y social de las pacientes. Por último y al analizar los diferentes síntomas que componen la escala de calidad de vida del QLQ-30, sólo se observó una mejoría significativa en insomnio.

DISCUSIÓN

Aunque este estudio es un pilotaje para probar el diseño de una terapia cognitivo-conductual breve de 6 sesiones, realizada en grupos reducidos (8-10 personas) y dirigida a pacientes con cáncer de mama, los resultados son esperanzadores. En primer lugar, parece claro que la terapia va dirigida a abordar sobre todo estados de depresión, ya que se evidencia una clara mejoría en esta variable emocional, no produciéndose mejoras específicas en la variable ansiedad. Esto coincide con la efectividad demostrada de este tipo de técnicas en trastornos depresivos e ilustra la potencia de las mismas para tratar la depresión en pacientes con cáncer (Simonton y Sherman, 2000; Osborn y col., 2006).

En segundo lugar, se observa que en las variables cognitivas se produce una mejora en la visión del “yo” (que hace referencia a la visión de sí mismo), muy relacionada con la propia autoestima y probablemente relacionada con una mejor autovaloración consecuente con la adquisición de nuevas habilidades y el enfrentamiento a situaciones problemáticas, como las tratadas durante las sesiones, con más o menos éxito. Este resultado, además, está muy relacionado con la mejora de la autoestima observada en estudios previos (Edelman, 1999). Asimismo, aunque no significativo, se observa una cierta mejoría en la visión del mundo, que se relaciona con las relaciones sociales y familiares entrenadas durante la terapia. Pero no se produce ningún cambio en las expectativas de futuro, lo que indicaría la necesidad de mejorar la visión de su propia enfermedad y el tratamiento de las expectativas de futuro ante la misma.

Finalmente, y en relación a la mejora en la calidad de vida, el efecto de la terapia parece ser menor. No se observa una mejora en la percepción global de calidad de vida y prácticamente tampoco en sintomatología. Sin embargo, se observan mejorías en casi

todas las sub-escalas de funcionamiento. Concretamente, se observan mejoras de manera significativa en (a) el nivel de funcionamiento físico, lo que indica que la persona que asiste a la terapia emprende más actividades cotidianas que las personas con cáncer que están deprimidas; (b) en el nivel de funcionamiento cognitivo, lo que se traduce en que la persona que asiste a terapia realiza una interpretación más realista de su enfermedad y aprende nuevos mecanismos para enfrentarse a la misma (a nivel cognitivo), resultado que coincide con la mejora de la autoestima (yo) que se produce en relación a la visión de si mismo vista anteriormente; y (c) en el nivel de funcionamiento social, que mejora de manera sustancial.

En resumen, la terapia parece hacer conscientes a las participantes de la importancia de realizar actividades positivas, sobre todo las relacionadas con el ambiente familiar y con los amigos. Parece claro que uno de los beneficios más importantes que aporta a las pacientes con cáncer asistir a un grupo de terapia es la mejora en su capacidad de socialización y, por tanto, el mayor apoyo social, que sin duda es uno de los factores más importantes en la mejoría de cualquier paciente (Montazeri y col., 2001).

Este trabajo responde a las diferentes propuestas que se han realizado sobre la intervención cognitivo-conductual en pacientes con cáncer para la mejora de su calidad de vida. Unos trabajos se han centrado en aspectos tales como las estrategias de afrontamiento, expectativas y de control (Font, 1994; Báez y col., 2007), otros muestran cómo la terapia psicológica, en combinación con la farmacológica, producen mejoría en las dimensiones funcionales de la calidad de vida general del paciente y en algunos síntomas específicos de la enfermedad (Rodríguez Vega y col., 2010). Este trabajo puede contribuir a desarrollar una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el

tratamiento y, sobre todo, la prevención de las alteraciones emocionales en pacientes oncológicos (Jacobsen, 2008; Jacobsen, 2009).

Dado el carácter de estudio piloto, es obvio que los resultados actuales de este trabajo, aunque esperanzadores y positivos, deben interpretarse con mucha precaución. En primer lugar, por el pequeño tamaño de la muestra; en segundo lugar, debido a la ausencia de grupos de control adecuados; y en tercer lugar, por la necesidad de evaluar la eficacia de la terapia no sólo a corto plazo, sino también a más largo plazo, para comprobar si los efectos no son sólo de carácter transitorio. Asimismo, investigaciones futuras deberán consolidar la arquitectura de las técnicas utilizadas, mejorando y depurando los componentes de las mismas en base a una evaluación de los resultados de cada uno de los componentes básicos y, al mismo tiempo, comprobando con medidas objetivas, cómo influyen y mejoran los diferentes aspectos que componen la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

En resumen, el efecto inmediato de asistir a este tipo de terapia cognitivo conductual ha demostrado que mejora sustancialmente la dimensión emocional y conductual de las pacientes con cáncer, lo que se traduce en un incremento en actividad física, cognitiva y social. Podemos deducir, por tanto, con las limitaciones apuntadas previamente, que las técnicas cognitivo-conductuales presentadas parecen ser eficaces en el tratamiento de los componentes depresivos y en la mejora de algunos aspectos de la calidad de vida de pacientes con cáncer con las características de nuestra muestra: mujeres con cáncer de mama, sin evidencia de metástasis, en estadios tempranos todavía con buen pronóstico de supervivencia y curación, y sin niveles de depresión excesivamente elevados, aunque en muchos casos clínicamente significativos.

Discusión Final

Psico-Oncología e Indefensión Aprendida: Un estudio clínico

DISCUSIÓN FINAL

Los pacientes oncológicos son muy diferentes entre sí, pero por lo general pasan por determinadas fases a lo largo de su enfermedad que generan estados y reacciones psicológicas muy intensas (Fawzy y col., 1996). Tanto en la fase inicial de detección del tumor, como durante el diagnóstico y el tratamiento, las personas experimentan situaciones más o menos traumáticas y amenazantes, que se traducen en estados psicológicos, casi siempre relacionados con ansiedad y depresión, en función de su nivel de aceptación y adaptación a la enfermedad. Su actitud personal puede determinar, en buena medida, no sólo sus reacciones y el propio curso de la enfermedad, sino también la eficacia de la terapia aplicada y, sobre todo, su calidad de vida.

El objetivo principal de este trabajo ha sido estudiar las relaciones y posible influencia de los factores emocionales y cognitivos en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en estadios con buen pronóstico de supervivencia y sin evidencia de metástasis. Todas las pacientes se encontraban en la fase de tratamiento activo de la enfermedad (quimioterapia y/o radioterapia) o en la fase de revisión, recién acabado dicho tratamiento. Los resultados más destacables en este trabajo pueden agruparse en cuatro grandes apartados.

En primer lugar, las pacientes con cáncer de mama, cuyo nivel de depresión era similar al que se encuentra en personas sanas o aquejados de una enfermedad común (Véase estudio 2), mostraban una calidad de vida bien preservada. De hecho, tanto su percepción de calidad de vida, como su nivel de funcionamiento eran similares a los de un grupo de pacientes aquejados de una enfermedad tan común como la gripe. Sólo se encontraron algunas alteraciones sintomatológicas en síntomas específicos relacionados

con el propio tratamiento de la enfermedad oncológica. Además, en este grupo, ni su estado de ansiedad, ni su estilo cognitivo parecía alterado y se encontraba también dentro de los límites que aparecen en personas sanas. Todo ello sugiere que la ausencia de depresión se asocia con una calidad de vida preservada y normal en pacientes con cáncer de mama.

En segundo lugar, cuando las pacientes tenían un cierto nivel de depresión, que aunque no se puede considerar significativo, sí indica la existencia de algún tipo de reacción depresiva leve, que se acompaña de un mayor nivel de ansiedad y una visión algo más negativa de sí mismo, del mundo que les rodea y de su propio futuro, comienzan a aparecer alteraciones específicas de la calidad de vida. El patrón que reflejan los datos obtenidos indica que aunque la percepción global de su propia calidad de vida no difiere ni de las pacientes oncológicas sin depresión, ni de las pacientes con una enfermedad común y, además, se encuentra relativamente bien preservada, comienzan a aparecer diferencias en su nivel de funcionamiento y en la sintomatología. Estas diferencias indican un empeoramiento selectivo de su calidad de vida a nivel funcional, que se traduce específicamente en: a) un decremento de sus actividades diarias (cotidianas), b) un deterioro en su actividad laboral y, c) una disminución del comportamiento social, lo que va a generar también una disminución del refuerzo que se obtiene en el propio ambiente (ya sea familiar, social o laboral). Al mismo tiempo, en estas pacientes se produce mayor incremento en sintomatología relacionada con la enfermedad, sobre todo en síntomas como mayor fatigabilidad y dolor, pérdida de apetito, y mayores niveles de disnea y diarrea. En suma, niveles bajos de depresión, comienzan a producir un patrón específico de empeoramiento de la calidad de vida, que no se traduce en una mayor percepción de

dicha pérdida, pero que induce alteraciones en su nivel de funcionamiento diario (laboral y social), e incluso una mayor sintomatología.

En tercer lugar, las pacientes con cáncer de mama y con niveles significativos de depresión y ansiedad (que podrían indicar la necesidad de una atención clínica) y que, obviamente, se traducen en una mayor alteración de su estilo cognitivo (una visión más negativa de sí mismas y de su futuro, y algo menor del mundo que las rodea), presentan un empeoramiento generalizado de su calidad de vida. Ahora sí encontramos un claro deterioro de la percepción de su propia calidad de vida (que alcanza valores superiores al 50%) debido a un empeoramiento significativo de todos los niveles de funcionamiento, incluyendo ya el funcionamiento cognitivo y emocional, que se traduce en un mayor aislamiento social y en una mayor pérdida de reforzamiento y apoyo social, laboral y familiar. Además, se produce también un mayor incremento en síntomas relacionados con la propia depresión (como mayor fatiga o insomnio), pero también con síntomas específicos más relacionados con la enfermedad o su tratamiento (como mayor dolor, estreñimiento y diarrea).

Es muy importante tener en cuenta que entre las pacientes con cáncer de mama, en cada uno de los grupos estudiados, no parecen existir diferencias significativas ni en las características personales o sociales (por ejemplo, la edad) ni en la propia enfermedad (estadio, tiempo desde el diagnóstico, etc.) (Northouse, 1994). Por tanto, la conclusión más importante a señalar sería que no es la enfermedad en sí o su tratamiento lo que produce la pérdida de calidad de vida en estas pacientes, al menos, en los estadios relativamente tempranos de la enfermedad, que actualmente tienen un buen pronóstico de eficacia del tratamiento y de supervivencia (Hopwood, 2007). La alteración de la

calidad de vida se debe más bien a la existencia de niveles significativos de depresión asociados al diagnóstico de la enfermedad o a los efectos negativos del tratamiento, lo que se traduce, en un primer momento, en una pérdida de su nivel de funcionamiento a nivel físico, laboral y social, y posteriormente en un empeoramiento de su estado emocional y cognitivo, así como en un incremento significativo de su sintomatología.

Por último, uno de los resultados más novedosos y significativos de este trabajo se encuentra al comparar pacientes con cáncer y pacientes con fibromialgia. Los resultados muestran que la mayoría de las pacientes con cáncer muestran un nivel de depresión bastante bajo (sólo un 20% presentan índices de depresión elevados), confirmando los resultados obtenidos en investigaciones previas sobre depresión en este tipo de pacientes (Véase Bottomley, 1996 y Osborn, 2006). Sin embargo, en el caso de las pacientes con fibromialgia, el nivel medio de depresión era indicativo de un estado alterado y casi todos las pacientes (84%) sufrían niveles de depresión que indicaban la necesidad de tratamiento clínico. Esto se asocia a una percepción de deterioro de su calidad de vida muy importante (mayor del 60 %), a un claro deterioro de su nivel de funcionamiento (mayor del 50 %) en todas las dimensiones, y a un incremento en sintomatología relacionada con el dolor y con los síntomas relacionados con la depresión (fatiga, insomnio y pérdida de apetito). Este conjunto de resultados parece mostrar, en primer lugar, que una enfermedad como la fibromialgia, que genera síntomas más duraderos y de carácter más psicológico, induce mayores niveles de depresión que una enfermedad como el cáncer, en la que la amenaza vital es mayor pero el componente físico de la enfermedad es también sensiblemente mayor. Por otra parte, sugiere de nuevo que una gran parte de la pérdida de la calidad de vida se debe a la inducción de

estados depresivos consecuentes a la aparición de la enfermedad, más que a la propia enfermedad o a sus consecuencias físicas.

En resumen, los resultados indican que la depresión es un factor determinante de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, y que ya desde niveles muy leves de depresión (sin que ésta llegue a ser clínicamente significativa) se pueden ver afectados determinados aspectos de la calidad de vida de las personas (Meseguer, 2003). De hecho, una de las aportaciones de este trabajo es mostrar cómo pacientes con diferentes niveles de depresión presentan patrones distintos de la alteración de su calidad de vida, que afecta de manera especial a su nivel de funcionamiento cotidiano. Todo esto concuerda con estudios previos que indican que niveles altos de depresión, angustia o malestar emocional correlacionan con una peor calidad de vida, afectando de manera considerable el funcionamiento normal de los pacientes oncológicos en general (Boini y col., 2004; Bardwell y col., 2006) y de las pacientes con cáncer de mama en particular (Golden-Kreutz y col., 2005; Montazeri, 2008).

Todo este conjunto de resultados podría ser interpretado desde el modelo de la Indefensión Aprendida, desarrollado por Seligman y su grupo (1974), para explicar las reacciones psicológicas consecuentes a situaciones aversivas (más o menos traumáticas), que se ha aplicado también a las reacciones psicológicas ante diferentes tipos de enfermedades (sobre todo coronarias y cancerígenas).

Según este modelo, una situación aversiva incontrolable se considera una experiencia traumática que puede desencadenar diferentes niveles de indefensión que se traducen en la alteración selectiva del sistema motivacional, emocional, cognitivo y fisiológico del individuo indefenso. Si consideramos el diagnóstico de cáncer de mama

como una experiencia traumática que puede ser vivida como una situación aversiva más o menos incontrolable, podemos entender que, el diagnóstico de cáncer de mama puede generar una serie de expectativas de controlabilidad o de incontrolabilidad que, según este modelo, van a determinar las consecuencias psicológicas de la indefensión¹.

A partir de este modelo, podemos explicar los resultados obtenidos asumiendo que el cáncer de mama se establece como una experiencia traumática que hace que las personas desarrollen diferentes tipos de expectativas. Cuando se desarrollan expectativas más negativas, reflejo de que se percibe dicha situación como incontrolable, se induciría un estado de indefensión que se traduce en la alteración selectiva, en primer lugar, de los sistemas motivacional (relacionado con la apatía y el aislamiento social), cognitivo (relacionado con un mayor pesimismo, desesperanza y auto-devaluación) y emocional (relacionado con sentimientos de depresión y ansiedad). En segundo lugar, cuando el nivel de indefensión se hace mayor o más duradero, comienza a alterarse el sistema fisiológico (que produce, entre otros síntomas, menores niveles corticales de serotonina y noradrenalina, lo que incrementa la depresión) e incluso el propio sistema inmunológico (lo que podría derivar en un empeoramiento de la propia enfermedad).

¹ Según el modelo de la Indefensión Aprendida, las expectativas de controlabilidad o de incontrolabilidad estarían moduladas por el estilo cognitivo previo de las personas, aprendido a lo largo de su vida y que se especifica como el estilo atribucional propio de cada individuo (que puede medirse con el *Attributional Style Questionnaire*, ASQ, Peterson y col., 1982). Pero un estudio previo con pacientes oncológicos con diferentes tipos de cáncer (Martínez y col., 2005, II Congreso Nacional: Psicología y Cáncer en el Siglo XXI) no encontró diferencias significativas en función de dicho estilo atribucional entre diferentes grupos de pacientes oncológicos (incluido el nivel de depresión). Estos resultados coinciden con estudios previos que indican que el estilo atribucional no parece un buen índice del nivel de depresión (Maldonado y col., 2007). Por esa razón, en este trabajo no hemos utilizado el cuestionario de estilo atribucional para medir las alteraciones o los factores cognitivos que puedan influir o estar alterados en pacientes con cáncer y hemos preferido usar el cuestionario de pensamientos automáticos que caracterizan la triada cognitiva negativa, propuesta por Beck para describir el pensamiento depresivo (Beck, 1967, 1987), como medida de la posible alteración o no de las expectativas del paciente oncológico al medir las expectativas relacionadas con la propia visión de sí mismo, del mundo que le rodea y de su futuro.

Todos estos componentes estarían relacionados con la alteración de la calidad de vida funcional en pacientes oncológicos con altos niveles de depresión. Además, podría deducirse que con niveles muy bajos de depresión, sólo se producirían alteraciones del sistema motivacional, que reducen el funcionamiento físico, social y laboral de dichos pacientes. Pero cuando la depresión/indefensión es más significativa, se inducirían alteraciones en los cuatro sistemas psicológicos, alterándose todas las dimensiones de la calidad de vida de dichos pacientes. Nuestros resultados, además, indican que la fibromialgia parece ser percibida por las pacientes con un mayor nivel de incontrolabilidad, lo que genera expectativas más negativas, que a su vez tienen como resultado una mayor alteración de los cuatro sistemas y una peor calidad de vida.

Ahora bien, otra situación traumática similar, como es el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, tiende a ser percibida por la mayor parte de las pacientes como controlable, en consecuencia, no induce un estado de indefensión/depresión (igual que sucede con el grupo de pacientes con enfermedad común). De acuerdo con el modelo, las pacientes con cáncer sin depresión son las que se encuentran inmunizadas frente a estas situaciones traumáticas incontrolables debido a su experiencia previa, a su propio estilo cognitivo positivo y a sus habilidades de afrontamiento aprendidas a lo largo de la vida. Estas habilidades parecen depender de un estilo cognitivo que les permite mantener una visión positiva de sí mismas, del mundo que les rodea y de su propio futuro. Además, los resultados sugieren que si somos capaces de desarrollar estas habilidades en pacientes con cáncer, estaremos inmunizándolas contra la depresión y podríamos lograr que recuperasen un alto nivel de calidad de vida, aunque la enfermedad siga su curso natural.

En resumen, por tanto, no es la enfermedad oncológica, sino la actitud y la capacidad de la persona para afrontar la situación traumática la que se debe valorar en estas pacientes (Massie, 2004; Barroilhet y col., 2005). En caso de no poseer suficientes habilidades de afrontamiento, deberían derivarse a un tratamiento psicológico especializado para que aprendieran técnicas que les permitan afrontar de una manera más adaptativa la situación.

En consecuencia, atender a los factores cognitivos (como la desesperanza o la percepción de control) puede ser muy útil para mejorar el ajuste emocional a la enfermedad (Brother y col., 2009; Bárez y col., 2009) y la calidad de vida funcional y sintomatológica de las pacientes con cáncer de mama a lo largo de su enfermedad. De ahí que un tratamiento psicológico pueda aliviar la sintomatología depresiva y mejorar el funcionamiento cotidiano de estas personas (Rodríguez de la Vega y col., 2010).

Todo lo anterior nos llevó a presentar como corolario de este trabajo un estudio piloto en el que desarrollamos un tratamiento cognitivo-conductual, en formato de terapia breve en grupo, y dirigido al tratamiento y a la prevención de la depresión en pacientes con cáncer de mama, siendo el objetivo final la mejora de su calidad de vida. Los resultados obtenidos muestran que un tratamiento cognitivo-conductual breve permite un alivio claro y significativo de la sintomatología depresiva. Al mismo tiempo, parece modificar determinados aspectos cognitivos, sobre todo relacionados con la visión de sí mismo, probablemente porque induce mayores niveles de confianza en uno mismo. Pero el dato más significativo es que también se consiguió una mejora de la calidad de vida, bastante importante en el caso del funcionamiento cognitivo, físico y social.

Es obvio que al tratarse de un estudio piloto, los resultados obtenidos hay que matizarlos y deberán replicarse con muestras más amplias, con un mayor grado de seguimiento para comprobar los efectos a largo plazo de las técnicas utilizadas y, sobre todo, con la utilización de grupos de control adecuados. Además, dada la menor influencia del programa de tratamiento en la calidad de vida de las pacientes, posiblemente debería ampliarse el número de sesiones dedicadas a la mejora de habilidades sociales y del autocontrol, sin que esto suponga un número mucho mayor de sesiones (hasta 8 como máximo), pero que permitiera una mejora más efectiva de la calidad de vida. Con todo, los resultados son bastante significativos y permiten mostrar, con todas las limitaciones señaladas, la capacidad de este tipo de técnicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, abriendo nuevas perspectivas de trabajo en el campo de la Psico-oncología. Además, el hecho de presentarse como técnica grupal permite también ampliar la efectividad del profesional de la Psicología en el tratamiento de dichos pacientes. En resumen, entre las perspectivas futuras de este trabajo se encuentra la de mejorar y ajustar el programa de intervención a diferentes tipos de pacientes y comprobar su mayor efectividad a corto y a largo plazo, tal como se ha comprobado recientemente en estudios que han usado técnicas similares y han señalado los beneficios a largo plazo de participar en una terapia psicológica breve en grupo (Naasman y col., 2009; McKiernan y col., 2010).

La relevancia aplicada de este trabajo podemos contemplarla a través de dos tipos de actuaciones. En primer lugar, dada la importancia de la depresión en la calidad de vida de las pacientes con cáncer, una prueba sencilla que permita medir el nivel de depresión inicial podría identificar a las personas que necesitan mayor atención psicológica para prevenir futuros trastornos emocionales y, sobre todo, para mejorar su calidad de vida,

incluso, aunque sus niveles actuales de depresión sean poco relevantes desde un punto de vista estrictamente clínico. En segundo lugar, podríamos preparar a las pacientes con cáncer de mama para enfrentarse con éxito a su enfermedad, si asumimos que la interpretación o percepción (controlable *versus* incontrolable) que realicen de la nueva situación que se configura tras el diagnóstico (González-Tablas y col., 2001), junto con los pensamientos, ideas y creencias erróneas que puedan generar, van a afectar no sólo a la visión de sí mismas, del mundo y de su futuro, sino también a su propia forma de enfrentarse a su vida diaria. De esta forma, podemos entender que los programas de intervención cognitivo-conductuales que se proponen para el tratamiento de la depresión puedan ser decisivos para mejorar, no sólo las posibles alteraciones psicológicas consecuentes a la adquisición y tratamiento del cáncer, sino también la calidad de vida de estas pacientes (Watson, 1991; Holland y col., 2010). Además, debe contemplarse como una variable que sirva de ayuda para mejorar el cuidado de las pacientes y que sea de utilidad a la hora de tomar decisiones clínicas (Montazeri, 2008).

En cualquier caso, la presente investigación sugiere formas de actuación específicas mediante las que la Psicooncología puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Jacobsen, 2009), proponiendo que no es la enfermedad en sí misma la que afecta negativamente a la calidad de vida, sino la actitud y la posible indefensión consecuente a la enfermedad, algo que puede modificarse mediante un tratamiento adecuado.

Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, N.K. (1998). Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology*, 2, 69-76.
- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., de Haes, J.C., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1988). The hopelessness theory of depression: Does the research test the theory?, en: Abramson, L.Y. (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis*. New York: Guilford.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Tashman, N.A., Steingber, D.L., Rose, D.T., Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behavior Research and Therapy*, 37, 503-531.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV* (4th ed). Washington DC: Autor.
- Andersen, B.L., Farrar W.B., Golden-Kreutz, D., Emery, C.F., Glaser, R., Crespina, T., Carson III, W.E. (2007). Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 953-961.
- Andritsch, E., Dietmaier, G., Hofmann, G., Zloklikovit, S., Samonigg, H. (2007). Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Support Care Cancer*, 15, 21-30.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A., Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Arrarás, J.I., Illarramendi, J.J., Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 13-30.
- Arrarás, J.I., Martínez, M., Manterota, A., Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1, 87-98.

- Arrarás, J.I., Prujá, E., Tejedor, M., Illarramendi, J.J., Domínguez, M.A., Valerdi J.J. (1999). *Revista de Oncología*, 1, 257-263.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 29, 2-32.
- Ballenger, J.C., Davidson, R.T., Lecrubier, T., Nutt, D.J., Jones, R.D., Berard, R.M., International Consensus Group on Depression and Anxiety. (2001). Consensus Statement on depression, anxiety, and oncology. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 64-67.
- Bárez, M., Blasco, T., Fernández-Castro, J., Viladrich, C. (2007). A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25, 21-43.
- Bárez, M., Blasco, T., Fernández Castro, J., Vilacrich, C. (2009). Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: a longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 187-196.
- Bardwell, W.A., Natarajan, L., Dimsdale, J.E., Rock, C.L., Mortimer, J.E., Hollenbach, K., Pierce, J.P. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2420-2427.
- Barroilhet Díez, S., Forjaz, M.J., Garrido Landívar, E. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Española de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Beck, A.T. (1976/1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Young, J. (1979). Handbook of studies on depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 719-719.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beckham, E.E., Leber, W.R., Watkins, J.T., Boyer, J.L., Cook, J.B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 566-567.

- Bennett, J.C. (2005). American rheumatology: markings. *Arthritis and Rheumatism*, 26, 548-552.
- Berard, R. (2001). Depression and anxiety in oncology: The psychiatrist's perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 58-61.
- Boini, S., Briançon, S., Guillemin, F., Galan, P., Hercberg, S. (2004). Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: A longitudinal pre-post assessment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 2-4.
- Bottomley, A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *European Journal of Cancer Care*, 7, 181-191.
- Bredart, A., Didier, F., Robertson, C., Scaffidi, E., Fonzo, D., Costa, A., Goldhirsch, A., Autier, P. (1999). Psychological distress in cancer patients attending the european institute of oncology in Milan. *Oncology*, 57, 297-302.
- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer*, 3, 45-60.
- Breitbart, W., Cull, A., Greenberg, D. (1997). Clinical update: Hopelessness and cancer risk. *Psycho-Oncology*, 6, 159-161.
- Breitbart, W., Holland, J.C. (1993). *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington DC: American Psychiatry Press.
- Brosschot, J.F., Godaert, G.L., Benschop, R.J., Olf, M., Ballieux, R.E., Heijnen, C.J. (1998). Experimental stress and immunological reactivity: a closer look at perceived uncontrollability. *Psychosomatic Medicine*, 60, 359-361.
- Brothers, B.M., Andersen B.L. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 18, 267-275.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E., Sierra, J.C. (1996). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Burns, D. (1980). *The new mood therapy*. New York: William Morrow and Company.
- Carlson, L.E., Bultz, B.D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., Laffon, A., on behalf of the EPISER Study Group. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of Rheumatic Disease*, 60, 1040-1045.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S. (1990). Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology*, 4, 29-38.

- Cella, D.F., Wiklund, I., Shumaker, S.A., Aaronson, N.K. (1993). Integrating health-related quality of life into cross-national clinical trials. *Quality of Life Research*, 2, 430-440.
- Chochinov, H.M. (2001). Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*, 2, 499-505.
- Ciaramella, A., Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology*, 10, 156-65.
- Consedine, N.S., Magai, C. Krivoshekova, Y.S., Ryzewicz, L., Neugut, A.I. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: A critical review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, Prevention*, 13, 501-510.
- Coyne, J.C., Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression -a critical-appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Daniels, J., Kissane, D.W. (2008). Psychosocial interventions for cancer patients. *Current Opinion in Oncology*, 20, 367-371.
- De Haes, J., Curran, D., Young T., Bottomley, A., Flechtner, H., Aaronson, N., Blazeby, J., Bjordal, K., Brandberg, Y., Greimel, E., Maher, J., Sprangers, M., Cull, A. (2000). Quality of life evaluation in oncological clinical trials: the EORTC model. *European Journal of Cancer*, 36, 821-825.
- Dentino, A.N., Pieper, C.F., Rao, K.M.K., Currie, M.S., Harris, T., Blazer, D.G., Cohen, H.J. (1999). Association of interleukin-6 and other biologic variables with depression in older people living in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 6-11.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M.Y., Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 398-406.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., Carnicke Jr., C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 249, 751-757.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES ediciones.
- Dow, K.H., Ferrell, B.R., Leigh, S., Ly, J., Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39, 261-273.
- Edelman, S. (1999). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 306-314.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.
- Fawzy, F.I., Greenberg, D.B. (1996). *Oncology. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18, 581-592.
- Fiske, S.T., Linville, P.W. (1980). What does the schema concept buy us. *Personality Social Psychology*, 6, 543-557.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de Vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.
- García-Conde, A., Ibáñez, E., Durá, E. (2008). Análisis del contenido de la revista *Psycho-oncology*. El desarrollo de la investigación en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 92, 81-113.
- Friedman, L.C., Lehane, D., Webb, J.A., Weinberg, A.D., Cooper, H.P. (1994). Anxiety in medical situations and chemotherapy-related problems among cancer patients. *Journal of Cancer Education*, 9, 37-41.
- Ganz, P.A., Hirji, K., Sims, M.S., Schag, C.A.C., Fred, C., Polinsky, M.L. (1993). Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. *Medical Care*, 31, 419-431.
- García-Camba, E. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Goldberg, J.A., Scott, R.N., Davidson, P.M., Murray, G.D., Stallard, S., George, W.D., Maguire, G.P. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European Journal of Surgery Oncology*, 18, 327-31.
- Golden-Kreutz, D.M., Thornton, L.M., Wells-Di Gregorio, S., Frierson, G.M., Jim, H.S., Carpenter, K.M., Shelby, R.A., Andersen, B.L. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24, 288-296.
- Greenberg, D.B. (2004). Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 127-135.
- González-Tablas, M., Palenzuela, D., Pulido, R., Sáez, L., López, E. (2001). El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7, 1-14.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. (1991). Evaluation of adjuvant psychological Therapy for clinically referred cancer patients. *Journal of Cancer*, 63, 257-260.
- Hack, T.F., Kwan, W.B., Thomas-Maclean, R.L., Towers, A., Miedema, B., Tilley, A., Chateau, D. (2010). Predictors of arm morbidity following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 19, 1205-1212.
- Herrera, A., Maldonado, A. (2002). Cognición y depresión: ¿causa o efecto? *Psicología Conductual*, 10, 269-285.
- Herrera, A., Maldonado, A. (2002). Depresión, cognición y fracaso académico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 25-50.

- Hodges, L.J., Humphris, G.M., Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science Medicine*, 60, 1-12.
- Holland, J.C. (1998). *Textbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Holland, J.C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, J.C. (2003). American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 1, 253-265.
- Holland, J.C. (2004). IPOS Sutherland Memorial Lecture: an international perspective on the development of psychosocial oncology: overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care. *Psycho-Oncology*, 13, 445-59.
- Holland, J.C., Alici, Y. (2010). Management of distress in cancer patients. *Journal Support Oncology*, 8, 4-12.
- Holland, J.C., Andersen, B., Breitbart, W.S., Compas, B., Dudley, M.M., Fleishman, S., Fulcher, C.D., Greenberg, D.B., Greiner, C.B., Handzo, G.F., Hoofring, L., Jacobsen, P.B., Knight, S.J., Learson, K., Levy, M.H., Loscalzo, M.J., Manne, S., McAllister-Black, R., Riba, M.B., Roper, K., Valentine, A.D., Wagner, L.I., Zevon, M.A., NCCN Distress Management Panel. (2010). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 448-85.
- Hollenstein, M.J., Maté, J., Novellas, A., Barbero, E., Gil, F. (2004). Modelo de atención psico-social en oncología (standards). *Psicooncología*, 1, 179-84.
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G., M Bliss J., START Trial Management Group. (2007). The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: an analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of breast radiotherapy trial). *Breast*, 16, 241-251.
- Jabłoński, M., Furgał, M., Dudek, D., Zieba, A. (2008). The position of psychooncology in contemporary psychiatry. *Psychiatria Polska*, 42, 749-745.
- Jacobsen, P.B., Jim, H.S. (2008). Psychosocial Intervention for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *CA: a Cancer Journal for Clinical*, 58, 214-30.
- Jacobsen, P.B. (2009). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of cancer survivors: current status and future prospects. *Cancer*, 115, 4419-4429.
- Lauver, D., Ho, C.H. (1993). Explaining delay in care seeking for breast cancer symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1806-1825.
- Lewis, F.M., Bloom, J.R. (1978). Psychosocial adjustment to breast cancer: a review of selected literature. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 9, 1-17.

- McDaniel, J.S., Musselman, D.L., Porter, M.R., Reed, D.A., Nemeroff, C.B. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52, 89-99.
- McKiernan, A., Steggle, S., Guerin, S., Carr, A. (2010). A controlled trial of group cognitive behavior therapy for Irish breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 143-156.
- Maier, S.F., Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 105, 3-46.
- Maguire, P. (1998). Breaking bad news. *European Journal Surgical Oncology*, 24, 188-191.
- Maldonado, A., Luque, G., Herrera, A. (1999). Cognición, estilo atribucional y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 5, 161-174.
- Maldonado, A. (1998). *Aprendizaje, cognición y comportamiento humano*. Madrid: Biblioteca Nueva, Psicología Universidad.
- Maldonado, A., Pérez-Ocón, R., Herrera, A. (2007). Depression and cognition: New insights from the Lorenz curve and the Gini index. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 21-39.
- Mandelblatt, J., Figueiredo, M., Cullen, J. (2003). Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: When, why, how much, and what do women want? *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 45.
- Massie, M.J., Shakin, E.J. (1993). Management of depression and anxiety in cancer patients, en: Breitbart, W., Holland, J.C. (Eds), *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*. Washington DC: American Psychiatric Press. pp. 470-491.
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Meseguer, C. (2003). El adulto con cáncer, en: Die Trill, M. (Eds.), *Psico-Oncología*. Madrid: Ades ediciones. pp. 103-114.
- Moffic, H.S., Paykel, E.S. (1975). Depression in medical in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 126, 346-353.
- Montgomery, M., McCrone, S.H. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2372-2390.
- Montazeri, A., Jaravandi, S., Haghghat, S., Vahdani, M., Sajadian, A., Ebrahimi, M., Haji-Mahmoodi, M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Education and Counseling*, 45, 195-198.

- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental, Clinical Cancer Research*, 27, 32.
- Naaman, S., Radwan, K., Fergusson, D., Johnson, S. (2009). Status of psychological trials in breast cancer patients: A report of three meta-analyses. *Psychiatry*, 72, 50-69.
- Newport, J.D., Nemeroff, C.B. (2004). Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 215-237.
- Nicassio, P.M., Schuman, C. (2005). The prediction of fatigue in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13, 15-25.
- Nordin, K., Berglund, B., Glimelius, B. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384.
- Northouse, L.L. (1994). Breast cancer in younger women, effects on interpersonal and family relations. *Journal National Cancer Institute Monographs*, 16, 183-190.
- Osborn, R., Demoncada, A., Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 13-34.
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Hoppeier, J.L. (2003). Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European Journal of Cancer*, 39, 755-762.
- Overmier, J.B., Seligman, M.E.P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33.
- Padilla, G.V., Grant, M.M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8, 45-60.
- Palomino, R.A., Nicassio, P.M., Greenberg, M.A., Medina Jr., E.P. (2007). Helplessness and loss as mediators between pain and depressive symptoms in fibromyalgia. *Pain*, 129, 185-194.
- Phillips, K.A., Osborne, R.H., Giles, G.G., Dite, G.S., Capicella, C., Hoppper, J.L., Mine, R.L. (2008). Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer: a population-based prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 4666-4671.
- Pirl, W.F., Roth A.J. (1999). Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology*, 13, 1293-301.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyerr, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Seligman, M.E.P. (1982). The Atributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.

- Peterson, C., Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347–374.
- Peterson, C., Maier, S.F., Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Pirl, W.F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patient. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, 32, 32-39.
- Rabinowitz, B. (2002). Psychosocial issues in breast cancer. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 29, 233-247.
- Raison, C.L., Andrew, H.M. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biology Psychiatry*, 54, 283-294.
- Ramírez, E., Maldonado, A., Martos, R. (1992). Attributions modulate immunization against learned helplessness in humans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 139-146.
- Raps, C.S., Peterson, C., Rinehard, K.E., Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. (1982). Attributional style among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 102-108.
- Ray, M.F., Berard, M.D. (2001). Depression and anxiety in oncology. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 58-61.
- Reich, M., Lesur, A., Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9-17.
- Ritterband, L.M., Spiegel, D. (2001). Depression in cancer patient population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 85-93.
- Romsaas, E.P., Malec, J.F., Javenkoski, B.R., Trump, D.L., Wolberg, W.H. (1986). Psychological distress among women with breast problems. *Cancer*, 57, 890-895.
- Roth, A.J., Massie, M.J. (2007). Anxiety and its management in advanced cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1, 50-56.
- Rodríguez Vega, B., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., Benito, G., Pérez, E., Dieguez, M., Dieguez, M., Castelo, B., Bayon, C. (2010). Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, en prensa.
- Ruo, B., Wooley, M. (2003). Depression and health-related quality of life. *JAMA*, 290, 240-244.
- Saiz, J., Zabala, D.D. (1999). Ansiedad y Cáncer, en: García-Camba, E. (Eds.), *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica. pp. 191-207.

- Sanz, J., Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, *10*, 303-318.
- Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness, en: Friedman, R.J., Katz, M.M. (Eds.), *The Psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington DC: Winston-Wiley. pp. 3-20.
- Sellick, S.M., Crooks, D. (1999). Depression and cancer: An appraisal of the research literature for prevalence, detection, interventions and practice guideline development for psychotherapeutic interventions. *Psycho-Oncology*, *8*, 315-333.
- Shapiro, S.L., Lopez, A.M., Schwartz, G.E., Bootzin, R., Figueredo, A.J., Bramen, C.J., Kurker, S.F. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 501-519.
- Sheppard, L.A., Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *Breast Journal*, *14*, 176-181.
- Simonton, S., Sherman, A. (2000). An integrated model of group treatment for cancer patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, *50*, 487-506.
- Spiegel, D., Giese-Davis, J. (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, *54*, 269-282.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1968). *State-trait anxiety inventory, form X*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Manual* (2ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Stark, D.P.H., House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *Journal of Cancer*, *83*, 1261-1267.
- Stefanek, M.E. (1993). Psychosocial aspects of breast cancer. *Current Opinion in Oncology*, *5*, 996-1000.
- Stommel, M., Given, B.A., Given, C.W. (2002). Depression and functional status as predictors of death among cancer patients. *Cancer*, *94*, 2719-2727.
- Stone, A.A., Bovbjerg, D.H. (1994). Stress and humoral immunity: a review of the human studies. *Advances in Neuroimmunology*, *4*, 49-56.
- Van't Spijker, A., Trijsburg R.W., Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 280-293.
- Visintainer, M.A., Volpicelli, J.R., Seligman, M.E.P. (1982). Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock. *Science*, *216*, 437-439.

- Watson, M., Greer, S., Reowden, I., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J.M., Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 1, 51-57.
- Watson, M., Javiland, J.S., Greer, S., Davison, J., Bliss, J.S. (1999). Influence of psychological response on survival breast cancer: population based cohort study. *Lancet*, 354, 1331-1336.
- Watson, M., Davidson-Homewood, J., Haviland, J., Bliss, J. (2003). Psychological coping and cancer. Study results should not have been dismissed. *British Medical Journal*, 326, 598.
- Welch-McCaffrey, D. (1985). Cancer, anxiety, and quality of life. *Cancer Nursing*, 8, 151-158.
- White, K.P., Speechley, M., Harth, M., Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis and Rheumatism*, 42, 76-83.
- White, K.P., Harth, M., Teasell, R.W. (1999). Work disability evaluation and the fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 24, 371-381.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J., Herbert, L. (1993). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 38, 19-28.
- Wong-Kim, E., Bloom, J. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 564-573.
- Yang, H., Brothers, B.M., Andersen, B.L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: Moderation or mediation of coping? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 188-197.
- Yankaskas, B.C. (2005). Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Disease*, 23, 3-8.

Anexo I

I. INFORMACIÓN AL PACIENTE.

INDEFENSIÓN Y PSICOONCOLOGÍA: ESTUDIO CLÍNICO Y EXPERIMENTAL.

Queremos invitarle a participar en este estudio donde pretendemos atender determinados aspectos psicológicos que presenta el paciente oncológico, así como conocer si la terapia en grupo cognitivo-conductual ayuda al paciente a mejorar su estado psicológico con el fin de aumentar su calidad de vida; incrementando su bienestar físico, psíquico y social. Su médico le habrá informado que usted puede ser un candidato para este estudio. Éste le remitirá a los psicólogos encargados del estudio donde le pedirán que rellene una serie de cuestionarios que valorarán su estado anímico, el estilo cognitivo que tiene para interpretar los acontecimientos que le rodean y su calidad de vida tras haber sido informado de su enfermedad.

Necesitamos que usted **colabore libre y voluntariamente**, para ello le pedimos que firme la hoja que se adjunta de “consentimiento informado”, si usted no desea participar en el estudio o decidiera retirarse una vez comenzado su atención médica no se verá afectada.

Si ha consentido participar le voy a explicar que para el estudio se necesitan tres grupos de pacientes. Tras evaluar los cuestionarios, el psicólogo, atendiendo a determinados criterios psicológicos, formará dos grupos; el grupo A y el Grupo B. El grupo B se subdivide en dos. Los pacientes del grupo B serán asignados aleatoriamente (como lanzar una moneda al aire) al grupo B-1 y al grupo B-2. Los grupos A y B-1 serán los grupos control, y tendrán que rellenar los cuestionarios en tres momentos diferentes con el fin de seguir su evolución. En caso de haber sido seleccionado en el grupo B-2 será avisado, formará parte de la terapia en grupo cognitivo-conductual, que requiere la asistencia a 6 sesiones de terapia, una por semana, con una duración de aproximadamente 2 horas, en este centro.

Queremos hacerle saber que sus datos personales se van a mantener en la más **estricta confidencialidad**. Su nombre no va a aparecer asociado a los datos que se obtengan en este estudio. Para ello se le asignará un código numérico. Si hay alguna pregunta que desee hacer para asegurarse de que ha entendido toda la información acerca de este estudio, puede hacerla a los psicólogos que colaboran en este estudio, el Dr. Antonio Maldonado López y a Carmen Martínez Valero y al Dr. Joaquín Belón Carrión del Servicio de Oncología Médica del Hospital de día del H.U “Virgen de las Nieves” de Granada.

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Si usted acepta participar en este estudio le ruego firme el “consentimiento del paciente por escrito” que se adjunta.

Título del estudio:

“INDEFENSIÓN APRENDIDA Y PSICOONCOLOGÍA: ESTUDIO CLÍNICO Y EXPERIMENTAL”.

Yo:....., declaro bajo mi responsabilidad que:

*He leído la hoja de información que se me ha entregado.

*He podido hacer preguntas sobre el estudio.

*He recibido suficiente información sobre el estudio.

*He sido informado por:.....(nombre psicólogo).

*Comprendo que mi participación es voluntaria.

*Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

*Comprendo que mis datos se van a tratar con estricta confidencialidad.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:.....

Firma del paciente:

Firma del psicólogo:

Anexo II

REGISTRO INICIAL: HOJA DE AUTOOBSERVACIÓN.

SITUACIÓN Describe	EMOCIÓN (1-10) Específica	PENSAMIENTO Observa y Anota	CONDUCTA/CONSECUENCIAS Reacciones y Resultados

TÉCNICA DE LA DOBLE COLUMNA: HOJA DE AUTOOBSERVACIÓN.

SITUACIÓN Describe	EMOCIÓN (1-10) Específica	PENSAMIENTO Observa y Anota	CAMBIO DE PENSAMIENTO Reevalúa	CONDUCTA/ CONSECUENCIAS Reacciones y Resultados