



**Universidad  
Zaragoza**

## **Trabajo Fin de Grado**

Propuesta de intervención para tratar la ansiedad en pacientes con  
cáncer de mama

Autor/es

Rocío Montón Llop

Tutor/a

Elena Espeitx Bernat

Grado de Psicología de Teruel

2012

## Índice

Índice.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	3
Justificación.....	3
Objetivos.....	4
Marco Teórico:	
- Cáncer de mama.....	4
-Ansiedad en pacientes con cáncer de mama.....	5
-Propuesta de intervención.....	6
Justificación teórica de la intervención.....	7
Método.....	9
Procedimiento.....	9
Viabilidad.....	15
Discusión.....	15
Conclusiones.....	16
Referencias bibliográficas.....	17
Anexos.....	21

## Resumen

El objetivo de este trabajo consiste en proponer un programa de intervención para tratar la ansiedad del paciente con cáncer de mama para conseguir una menor incapacidad y un mayor bienestar del paciente en su vida cotidiana. Para tratar la ansiedad se coge una muestra formada por pacientes con cáncer de mama de nacionalidad española, para medir los niveles de ansiedad se proponen los cuestionarios HADS y STAI. Una vez pasados estos cuestionarios se empieza el tratamiento con las pacientes, basado en técnicas cognitivo-conductuales. Las técnicas que se proponen para el tratamiento son: la relajación progresiva, terapia racional-emotiva de Ellis, el reforzamiento positivo y técnicas de distracción.

Palabras clave: cáncer de mama, relajación progresiva, terapia racional-emotiva de Ellis, reforzamiento positivo y técnicas de distracción.

## Abstract

This project aims to propose an intervention program to treat anxiety of patients with breast cancer to get less disability and greater patient comfort in their daily lives. To treat the anxiety there is taken a sample formed by patients with cancer of breast of Spanish nationality, which to measure his anxiety the questionnaires HADS and STAI were supplied. Once past these questionnaires the treatment is begun by the patients, this treatment is formed by cognitive - behavioral technologies, in I make concrete the technologies that compose the project they are: the progressive easing, Ellis's rational - emotive therapy, the positive reinforcement and techniques of distraction.

Keywords: breast cancer, progressive relaxation, Ellis's rational-emotive therapy, the positive reinforcement and techniques of distraction.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. En 2008 la OMS informó de 12.4 millones de nuevos casos y 7.9 millones de defunciones. En concreto el cáncer de mama es el tipo de cáncer que con más frecuencia es diagnosticado en la Unión Europea y el tumor más común entre las mujeres, en todo el mundo. La incidencia del cáncer de mama está aumentando, principalmente en los países desarrollados, donde se diagnostican más de la mitad de los casos cada año (Garduño, Riveros y Sánchez, 2010).

En lo que respecta a España en relación con la UE cabe destacar que cuenta con una tasa de mortalidad por esta enfermedad relativamente baja en comparación con la UE, de hecho en 2006 el riesgo de muerte era un 11% menos que la media en la UE. Pero aunque España presenta una de las tasas más bajas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama de la UE, cabe subrayar que dentro de la población femenina es el tumor maligno más frecuente con una tasa de incidencia de 40 a 75 casos por 100.000 mujeres (Díez, 2010).

Por último, como señalan Font y Rodríguez (2007), cabe decir que en España como en el conjunto de países de nuestra unión el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Además este tiene gran impacto a nivel psicosocial ya que, como demuestran diversos estudios sobre calidad de vida, uno de cada cinco pacientes con esta enfermedad sufre dificultades emocionales como la ansiedad.

### Justificación

Debido al gran impacto en España que el cáncer de mama tiene, tanto a nivel fisiológico como psicológico, es conveniente tratar a las mujeres a nivel psicológico para paliar la ansiedad generada por la enfermedad.

## Objetivos

El objetivo principal es reducir los niveles de ansiedad del paciente, y los objetivos específicos son:

- Incrementar el bienestar del paciente en su vida cotidiana.
- Conseguir reducir la inhabilitación del paciente en sus tareas cotidianas.

## MARCO TEÓRICO

### Cáncer de mama:

La mama es un conjunto de glándulas que tienen como función principal la producción de leche durante el periodo de lactancia. A estas glándulas se les denomina lóbulos y lobulillos que están unidos por una serie de tubos denominados ductos o conductos que conducen la leche al pezón.

Además la mama está compuesta de vasos sanguíneos con el objetivo de proporcionar sangre a la glándula y por los vasos linfáticos que contienen la linfa, la cual, es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos, las cuales detectan cualquier sustancia extraña en el organismo y una vez detectada libera otras sustancias que destruyen al agente agresor (Jaramillo y Valencia, 2011).

Los órganos que componen la mama (aecc, 2001) tienen células que, generalmente, se dividen de forma ordenada para reemplazar a las envejecidas, para ello cada célula posee una serie de mecanismos de control que regulan este proceso, pero cuando en una célula se alteran esos mecanismos se inicia una división incontrolada que da lugar a un tumor o nódulo. Este tumor puede tener células que se dividen en exceso pero no dañan ni invaden otras partes, este tipo de tumor sería benigno, pero cuando estas células se dividen y destruyen tejidos y proliferan a otras partes del organismo estamos hablando de tumor maligno. Este tipo de tumor maligno es lo que se denomina cáncer de mama.

El cáncer de mama es un tumor o bulto maligno (canceroso) que se origina a partir de las células del seno que se alteran en el control de su división de manera que se dividen

en exceso siendo capaces de destruir tejidos, órganos de alrededor y de trasladarse y proliferar a otras partes del cuerpo. También cabe señalar que hay diferentes tipos de cáncer de mama los cuales son los siguientes:

- Carcinoma lobulillar: es el que se forma en las células de los lobulillos.
- Carcinoma ductal: se origina en las células que revisten los conductos de drenaje de la leche.
- Otros tipos de cáncer de mama menos frecuentes son el medular, el coloide y el tubular.

#### Ansiedad en pacientes con cáncer de mama

La ansiedad es una respuesta autónoma del organismo ante un estímulo amenazante o nocivo. Este estímulo provoca en el organismo un aumento de la activación fisiológica del sistema nervioso autónomo produciendo como consecuencia cambios fisiológicos transitorios como: aceleración del corazón, respiración acelerada, sudoración estado de alerta y deseo de protección (Olivares y Méndez, 2010).

La ansiedad en dosis moderadas puede ser beneficiosa para la persona porque suele sentirse enérgica, activa y motivada para realizar diversas tareas. Pero sin embargo si los niveles de ansiedad son altos y prolongados entonces el gran nivel de ansiedad puede llegar a debilitar al individuo provocando dolor y malestar físico y emocional pudiendo llegar a incapacitarla en gran medida en su vida cotidiana ( Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

El diagnóstico de cáncer de mama es siempre una mala noticia con un gran impacto emocional en los pacientes oncológicos que puede generar ansiedad. Esta puede manifestarse en todas las etapas de la enfermedad: en el momento del diagnóstico, en espera del tratamiento, durante éste y en los estadios avanzados y terminales (Cano, 2005).

En un estudio realizado con enfermos de cáncer, Stark y colaboradores (2002) encontraron que el 48% de los pacientes padecían altos niveles de ansiedad.

Es importante detectar y tratar la ansiedad debido a su potencial para interferir en la calidad de vida del paciente y porque puede disminuir su capacidad para luchar en el tratamiento y para soportar los efectos secundarios del mismo.

En el paciente oncológico es importante valorar las causas que le generan ansiedad, una atención especial merece el patrón cognitivo asociado al proceso de la enfermedad. Entre las causas psicológicas más frecuentes que producen el conjunto de síntomas ansiógenos se encuentran la percepción de cercanía de la muerte, preocupación por la imagen corporal, falsas creencias sobre la enfermedad, miedo a la evolución de la enfermedad, anticipación del sufrimiento propio y de los familiares y la sensación de pérdida de control (Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

A estas causas deben añadirse las sociales de tipo económico (pérdida de empleo y baja por larga enfermedad), las familiares (relación interpersonal y crisis de creencias entre otras) y las relacionadas con el contexto (privación o exceso de estimulación o aburrimiento) (Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

Otra causa de ansiedad es el tratamiento oncológico en sí mismo en particular la quimioterapia. El tipo de tratamiento y la respuesta del tumor al mismo influyen en los niveles de ansiedad. Muchos estudios en pacientes con cáncer de mama muestran que la ansiedad se acrecienta con el diagnóstico, alcanza la cima antes de la mastectomía, se mantiene después de la cirugía y empieza su descenso al pasar el primer año de la intervención quirúrgica (Hollenstein y Gil, 2004).

### Propuesta de intervención

La intervención va dirigida a mujeres que padecen cáncer de mama en el momento en que les confirman en el diagnóstico el cáncer de mama y se les va a iniciar el tratamiento. En esta intervención las técnicas utilizadas se encuadran en el marco

cognitivo-conductual. Los instrumentos que se van a utilizar son: los cuestionarios HADS y STAI, y las técnicas propuestas para la intervención son: la técnica de relajación, la terapia racional-emotiva de Ellis y las técnicas de distracción y refuerzo.

#### Justificación teórica de la intervención

Para detectar los niveles de ansiedad se proponen los siguientes cuestionarios:

- ← - HADS: es un autoinforme compuesto por 14 ítems, de los cuales 7 miden depresión y siete ansiedad. El formato de respuesta es una escala Likert de 4 grados de frecuencia. (Zigmond y Snaith, 1983).
- ←
- ← - STAI: Se trata de un inventario de ansiedad estado-rasgo, el cual consta de dos subescalas con 20 ítems cada una: ansiedad estado (circunstancial) y ansiedad rasgo (atributo estable de la personalidad). (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

Se han seleccionado estos ya que diversos autores afirman que son efectivos. Entre estos se encuentran los siguientes:

- ←
- ← - Molina, Restrepo y Rico (2005), llevaron a cabo un estudio para validar el HADS en una muestra de 89 pacientes con cáncer, saliendo la escala HADS con un coeficiente alfa de Cronbach total de 0,86, en la subescala de ansiedad de 0,77 y en la subescala de depresión 0,78. Se concluye que se trata de una escala confiable, válida y de fácil aplicación.
- ←
- ← - Chivite, Martínez, Pérez y Peralta (2008) en su estudio de validez del HADS que realizaron con una muestra de 99 sujetos del hospital de Navarra concluyen que la versión del castellano de la HADS es un instrumento útil, ya que salió una consistencia interna a través del alfa de Cronbach de 0,87 en total, 0,84 en la subescala depresiva y 0,82 para la subescala de ansiedad.



- Bermudez (1978) hizo un estudio de validación del STAI en unas muestras tanto normales como clínicas. Y obtuvo en estas dos muestras valores de alfa de 0,82 y 0,92.
- Wong y Bramwell (1992) realizaron un estudio con mujeres a las que se les iba a hacer una mastectomía. Les pasaron el cuestionario STAI para medir la ansiedad y obtuvieron una consistencia interna de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,91.

Con el fin de tratar la ansiedad en pacientes con cáncer de mama se propone la intervención cognitivo-conductual, ya que diversos estudios muestran su eficacia. Entre éstos, los siguientes:

- Un estudio desarrollado por Fazy et al. (1990) proporciono evidencias de que las intervenciones cognitivo-conductuales eran efectivas para reducir la ansiedad en el paciente oncológico. Este estudio estuvo formado por pacientes en estado inicial de cáncer a los cuales se les dividía en grupo control y en grupo experimental, de tal manera que los del grupo experimental se les administraba un programa cognitivo-conductual. A los seis meses se observó que en el grupo experimental se había reducido la ansiedad y mejorado el afrontamiento.
- Un estudio desarrollado por Bellver (2007) consistía en entrenar en técnicas cognitivo-conductuales a una muestra de 46 mujeres con cáncer de mama. Los resultados muestran un efecto estadísticamente significativo en la intervención de pacientes con cáncer de mama que tienen ansiedad aplicándoles técnicas cognitivo-conductuales ( $p < 0,01$ ).
- En un estudio llevado a cabo por Páez, Luciano y Gutiérrez (2007) se trató a seis mujeres con cáncer de mama con terapia cognitivo-conductual durante ocho semanas. Al finalizar el tratamiento se evaluaron los cambios en ellas observando que en un 50% de estas mujeres habían descendido sus niveles de ansiedad.

## Método

Población a la que va dirigida: pacientes de cáncer de mama españolas.

Instrumentos: registro individual y cuestionario HADS y STAI.

## Procedimiento

Se propone el procedimiento siguiente de intervención en pacientes con cáncer de mama en un estado inicial del diagnóstico:

En primer lugar debe hacerse un registro inicial donde consten sus datos personales y la manera de contactar con él. Tras el registro deben pasarse los cuestionarios HADS y STAI y una vez corregidos si se detectan niveles elevados de ansiedad, se le impartiría el tratamiento para paliar la ansiedad.

La duración prevista para este tratamiento es de diez semanas

El tratamiento sería de diez semanas y se basa en las técnicas cognitivo-conductuales siguientes:

**Técnicas de relajación progresiva:** técnica encaminada a conseguir niveles profundos de relajación muscular y así proporcionar un descenso en los niveles de ansiedad (Correché y Labiano, 2003). Esta técnica es útil para contrarrestar los efectos nocivos que origina el estrés en los pacientes oncológicos como muchos autores afirman (Maté, Hollenstein y Gil, 2004; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2004; Bellver, 2007). La intervención consta de las fases siguientes:

Tabla 1

### Protocolo de intervención de la relajación progresiva

Sesión1. Semana 1. 50 minutos de duración.	- Información al paciente sobre la técnica, los ejercicios a realizar, el objetivo a conseguir e indicaciones para comenzar el tratamiento.  - Empezar a trabajar las extremidades superiores (mano y antebrazo dominante, brazo dominante, mano y antebrazo
-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

	<p>no dominante, brazo no dominante). En estos músculos se trabajaría con cada uno de ellos dos veces mediante un procedimiento que consta de cuatro instrucciones las cuales serían:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera instrucción: consiste en indicar que tense el grupo muscular correspondiente cuando el terapeuta le indique una señal.</li> <li>- Segunda instrucción: centrar la atención en el grupo muscular en tensión, durante 5 segundos.</li> <li>- Tercera instrucción: relajar el grupo muscular correspondiente.</li> <li>- Cuarta instrucción: focalizar la atención en el grupo muscular relajado en un tiempo de 30 ó 45 segundos.</li> <li>- Una vez realizado con todos los músculos se termina la sesión y se le pide al paciente que lo realice en casa dos veces al día durante 15 o 20 minutos.</li> </ul>
Sesión 2 Semana 2 40 minutos de duración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trabaja la zona de la cabeza y el cuello, trabajando de esta forma la frente, ojos, nariz, boca y cuello.</li> <li>- se realiza con el mismo procedimiento de la semana anterior, es decir, mediante las cuatro instrucciones dadas por el terapeuta de tensar y destensar.</li> <li>- Una vez realizado se le pide que practique en casa 15 ó 20 minutos dos veces al día.</li> </ul>
Sesión 3 Semana 3 40 minutos de duración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza la técnica con los músculos del tronco, es decir, con los hombros, pechos y espalda por una parte y con el estómago por otra.</li> <li>- se realiza el procedimiento de relajación progresiva para cada grupo de músculos.</li> <li>- Se le pide que lo practique durante 15 ó 20 minutos dos veces al día.</li> </ul>
Sesión 4 Semana 4 50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lleva a cabo la técnica con las extremidades inferiores (muslo dominante, pierna dominante, pie dominante, muslo no dominante, pierna no dominante y pie no</li> </ul>

---

---

de duración.	dominante.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza la técnica de acuerdo al procedimiento de relajación progresiva expuesto con cada uno de los músculos.</li> <li>- Luego se hace el cierre completando la totalidad de los músculos del cuerpo y profundizando un estado de relajación total.</li> </ul>

---

**Terapia racional-emotiva de Ellis:** es una terapia cognitiva que se basa en el supuesto que la mayoría de problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos ya que las personas controlan en gran medida su destino al actuar según sus valores y creencias. El modelo de Ellis el modelo A-B-C, A es un acontecimiento externo que se le presenta al sujeto, B es la cadena de pensamientos que la persona utiliza como respuesta a A y C serían la consecuencia emocional y conductual del sujeto. Esta secuencia A-B-C se con el tratamiento (D) y sus resultados cambian la interpretación a una interpretación más adaptativa (E) dando lugar a nuevas emociones y conductas (F) (Olivares y Méndez, 2010).

La terapia racional-emotiva de Ellis ha sido utilizada con eficacia por diversos autores para trabajar con el enfermo de cáncer (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2004; Bellver, 2007; Prieto, 2004; Riaño, 2010). Esta terapia dispone de unas fases de aplicación.

Tabla 2

Fases de aplicación de la terapia racional-emotiva

---

Sesión 1	-	Presentación al cliente de los supuestos que explican el origen y el mantenimiento de su problema, remarcando el papel de los pensamientos y creencias irracionales en el malestar subjetivo y
Semana 5		
40 minutos de		

---

duración.	comportamiento desadaptativo (modelo A-B-C). - Una vez que el cliente lo entiende y acepta que son sus creencias irracionales lo que más contribuye a su malestar se cierra la primera sesión.
Sesión 2 Semana 6 50 minutos de duración.	- Se identifican los pensamientos irracionales. El terapeuta contribuye a la identificación mediante su observación sistemática y evaluación lógico-empírica de las autodeclaraciones del cliente, pero es el cliente el que tiene que buscar sus creencias irracionales o imperativos internos que experimenta ante un acontecimiento externo activador que causa su perturbación al convertir esas creencias irracionales o imperativos en realidades y exigencias.
Sesión 3 Semana 7 40 minutos de duración	- Discusión de las creencias. El terapeuta persuade de forma didáctica al cliente sobre la irracionalidad de sus creencias, modelando sistemas de creencia adecuados, llevando a cabo una reconceptualización que ayude a valorar los acontecimientos de forma más realista y menos catastrófica. - Pedir al paciente que en casa se autoobserve en situaciones reales para poder general material de discusión.
Sesión 4 Semana 8 40 minutos de duración	- Discutir las creencias irracionales que se haya observado el paciente en su vida cotidiana.

**Técnicas conductuales:** las técnicas conductuales son importantes para que el paciente adquiera y desarrolle nuevas conductas alternativas más beneficiosas para afrontar determinados problemas generados por su enfermedad. Las técnicas que se proponen para esta intervención son la de distracción y la de reforzamiento positivo.

El reforzamiento positivo que consiste en que al presentar un determinado reforzador inmediatamente después de una conducta aumente la frecuencia de dicha conducta el reforzado. (Olivares y Méndez, 2010). Esta técnica ha sido defendida para tratar a pacientes oncológicos por diversos autores (Riaño, 2010; Valencia, Flores y Sánchez, 2006).

Tabla 3

## Protocolo de aplicación del reforzamiento positivo

<p>Sesión 1</p> <p>Semana 9</p> <p>30 minutos de duración.</p>	<p>-Especificar que conducta se tiene que modificar por ejemplo no fumar durante el tratamiento de radioterapia.</p> <p>- Identificar y seleccionar reforzadores eficaces mediante una entrevista al propio sujeto sobre los objetos, actividades y aficiones que le gustan para así identificar los reforzadores más eficaces para la persona. Por ejemplo realizará actividades que le gusten mucho como irse al cine o de compras por la ciudad.</p> <p>- Se le indicará como administrarse los reforzadores, por ejemplo realizar una actividad placentera como ir al cine o de compras una vez a la semana si no ha fumado durante toda la semana.</p> <p>- Se le pedirá que se ajuste a las normas del reforzamiento.</p>
----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Las técnicas de distracción, según Benedito, Carrió, Del Valle y Domingo (2004), son técnicas que consisten en desviar la atención que se centra en las sensaciones corporales y en sus pensamientos desadaptativos que presentan en situaciones de ansiedad. Los tipos de técnicas de distracción son:

- Centrar la atención en los estímulos externos del ambiente: consiste en describir cualquier objeto que esté cerca de la persona teniendo en cuenta su color, su forma, tamaño etc.
- Realizar actividades mentales incompatibles: realizar alguna actividad mental que permita que concentren los pacientes la atención en esa actividad solamente sin pensar entonces en sus propias sensaciones y pensamientos (por ejemplo, ejercicios de cálculo, planear que hacer el fin de semana...).

- Cambiar de situación o actividad: se les propone cambiar de situación o de actividad para que se dejen de centrarse en su ansiedad como llamar por teléfono, ir a un lugar desconocido etc.

Estas técnicas de distracción han sido defendidas por diversos autores para tratar a enfermos oncológicos (Benedito, Carrió, Del Valle y Domingo, 2004; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2004; Prieto, 2004; Bellver, 2007).

Tabla 4

Protocolo de aplicación de las técnicas de distracción

Sesión 1 Semana 10. 30 minutos de duración	-Se le indica al paciente qué son las técnicas de distracción, los tipos de técnicas y los objetivos de estas. A continuación se le explica que estrategias de distracción pueden valerle para que las lleve a cabo ante situaciones de ansiedad.
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Una vez se han trabajado todas las técnicas propuestas con el paciente, y este las ha llevado a cabo en su vida cotidiana, para saber en qué medida ha funcionado la intervención se le volverían a pasar al paciente los cuestionarios que se le pasaron anteriormente a la realización de las técnicas de intervención, los cuales son el HADS y el STAI, comprobando de esta manera si han disminuido de manera significativa en el paciente los niveles de ansiedad tras la intervención.

Viabilidad:

Para hacer este proyecto hace falta recursos económicos para afrontar los gastos, por eso en este proyecto voy a detallar cuales serían los gastos para poder hacerlo viable.

Gastos del proyecto	
Material	Euros (€)
Local para tres meses	1.200
Darse de alta en autónomos al tener menos de treinta años durante tres meses	540
Cuestionarios, folios, bolígrafos.	55

Mobiliario	190
Sueldo del profesional durante tres meses	3.900
total	5.885

---

### Discusión

Este proyecto dirigido a tratar la ansiedad mediante técnicas cognitivo-conductuales se podría aplicar a cualquier colectivo de enfermos de cualquier tipo de cáncer y de incluso otras enfermedades que no fueran cáncer. Pero se ha decidido aplicarlo al cáncer de mama dada su elevada prevalencia en España y el gran impacto psicosocial que tiene. Sus efectos sobre la ansiedad son conocidos, lo que hace particularmente recomendable la intervención en este ámbito.

La ansiedad es particularmente perjudicial en pacientes con cáncer de mama, al interferir en su vida tanto a nivel psicológico como fisiológico.

Es necesario por tanto tratar la ansiedad, para que la persona afectada pueda hacer frente al tratamiento y soportar mejor sus efectos secundarios.

También es preciso señalar que hay diversas corrientes psicológicas y dentro de cada corriente diversas técnicas para tratar la ansiedad pero se ha elegido entre ellas la corriente cognitivo-conductual y dentro de esta unas determinadas técnicas para tratar la ansiedad por diversos motivos que se exponen a continuación:

- La corriente cognitivo-conductual apuesta por la utilización de cuestionarios como un buen sistema de diagnóstico y valoración de diversos problemas psicológicos. Por esta razón he propuesto utilizar los cuestionarios HADS y STAI para evaluar los niveles de ansiedad en el paciente.
- La persona funciona mediante unas creencias y pensamientos que le impulsan a actuar de una manera u otra. Debido a que la persona funciona por pensamiento y creencias hay que actuar sobre estas modificando las que sean desadaptativas y



modificando también de esta manera estilos inadecuados de conducta mediante técnicas que proporcionan estrategias cognitivo-conductuales como la terapia racional emotiva de Ellis.

- La técnicas cognitivo-conductuales han resultado ser las más efectivas según diversos estudios( Fazzy et al, 1990; Bellver, 2007; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007)

### Conclusiones

Esta propuesta se basa en los distintos estudios que ponen en evidencia la eficacia tanto de las técnicas cognitivo-conductuales como de los cuestionarios propuestos (HADS y STAI) que han mostrado elevados niveles de fiabilidad en la detección de niveles elevados de ansiedad.

Se podría mejorar el proyecto realizando un estudio longitudinal, para evaluar los resultados a lo largo del tiempo y realizar un mejor seguimiento de éstos. También se podría introducir una autoevaluación que permitiera evaluar la percepción de eficacia, por parte del paciente, de las diferentes técnicas empleadas.

Para un futuro proyecto sería conveniente evaluar por separado la eficacia de cada una de las técnicas, para evaluar su eficacia. Si sólo se evalúa el resultado de todo el programa, no se sabe si todas las técnicas han funcionado, si solo han funcionado algunas, o incluso si alguna ha funcionado mal. También sería conveniente comparar los resultados de los pacientes que han seguido todo el programa con un grupo control que no lo haya seguido, así como que estos pacientes evaluarán en qué medida les ha sido efectiva cada una de las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas al tratamiento.

Referencias bibliográficas:

Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 133-142. Descargado el 13 de marzo del 2012 de

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303930>

Benedito, M. C; Carrió, M. C; Del Valle, G; y Domingo, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología de ansiedad. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 9, 221-229. Descargado el 20 de abril del 2012 de

[http://www.aepcp.net/arc/03.2004\(3\).Benedito-Carrío-Valle-Domingo.pdf](http://www.aepcp.net/arc/03.2004(3).Benedito-Carrío-Valle-Domingo.pdf)

Bermúdez, J. Análisis funcional de la ansiedad. *Rev Psicol Gen Apl*, 153:617-634, 1978.

Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2,71-80. Descargado el 11 de marzo del 2012 de

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957673>

Chivite, S; Martínez, M; Pérez, E; y Peralta, V. (2008). *HADS*: Estudio de criterios de validez interna y externa en una muestra española de pacientes hospitalizados. Navarra: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Descargado el 20 de abril del 2012 de

[http://www.editorialmedica.info/archivos/cuadernos/Cuad%2084\\_85-Trabajo1.pdf](http://www.editorialmedica.info/archivos/cuadernos/Cuad%2084_85-Trabajo1.pdf)

Correché, M. S; y Labiano, L. M. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Fundamentos en humanidades*, 4, 129-147. Descargado el 20 de abril del 2012 de

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/184/18400807.pdf>

Díez, J. L. (2010). Evaluación y análisis del programa de detección precoz de cáncer de mama y de los carcinomas de intervalo en el distrito de Almería entre los años 1995 y 2006. Tesis doctoral publicada, facultad de medicina, Universidad de Granada. Descargado el 7 de marzo del 2012 de

<http://hera.ugr.es/tesisugr/18895657.pdf>

Eguino, A; García, G; y Yélamos, C. (2001). *Cáncer de mama: una guía práctica*. Madrid: Asociación española contra el cáncer.

Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-5.

Font, A; y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 423-466. Descargado el 7 de marzo del 2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2511263>

Garduño, C; Riveros, A; y Sánchez, J. J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista latinoamericana de medicina conductual*, 1, 69-80. Descargado el 10 de marzo del 2012 de <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18472>

Jaramillo, N; y Valencia, G. I. (2011). Presencia de sintomatología ansiosa, depresiva o mixta (trastornos adaptativos) en un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y en tratamiento oncológico. Tesis doctoral publicada, facultad de ciencias humanas, sociales y de educación, Universidad Católica de Pereira. Descargado el 6 de marzo del 2012 de <http://hdl.handle.net/10803/4740>

Maté, J; Hollenstein, M. F; y Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1, 211-230. Descargado el 7 de marzo del 2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1958474>

Olivares, J; Mendéz, F.x. (1999). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: biblioteca nueva.

Páez, M. B; Luciano, C; y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95. Descargado el 11 de marzo del 2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303915>

Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista profesional española de terapia cognitivo –conductual*, 2, 107-120.

Descargado el 20 de abril del 2012 de

<http://www.aseteecs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncolologica.pdf>

Riaño, M. (2010). Modificación de la intensidad de las respuestas emocionales en pacientes con diagnóstico de cáncer a través del TCC y de técnicas conductuales dirigidas al cambio en la relación terapéutica. Tesis doctoral publicada, facultad de psicología, Universidad Pontificia Javeriana.

Descargado el 20 de abril del 2012 de

<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/1285/1/psic11.pdf>

Rico, J. L; Restrepo, M; y Molina, M. (2005). Adapatación y valoración de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en medición*, 3, 73-86.

Descargado el 20 de abril del 2012 de

<http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-0023/2/4.pdf>

Spielberger C. D, Gorsuch R. L, Lushene R. E. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1970.

Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, association and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20 (14): 3137-48.

Valencia, I. A; Flores, A; y Sánchez, J. J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 2, 179-198. Descargado el 20 de abril del 2012 de

<http://ojs.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23273/0>

Wong C. A; y Bramwell, L. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing* 1992;15(5):2339-63.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.

## ANEXO

## HADS

Nombre:

Fecha:

A continuación leerá unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque con una cruz la respuesta que coincida mejor con cómo se ha sentido usted en la última semana. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a.

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Si y muy intenso
- Si pero no muy intenso
- Si pero no me preocupa
- No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

6. Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

8. Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo en el estómago:

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

12. Tengo ilusión por las cosas:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:

- A menudo  
 Algunas veces  
 Pocas veces  
 Casi nunca

## ANEXO II

## S T A I

## AUTOEVALUACION A ( E / R )

A/E	P D = 30 + - =
A/R	P D = 21 + - =

Apellidos y nombre .....

Edad ..... Sexo .....

Centro ..... Curso / Puesto

..... Estado civil.....

Otros datos

..... Fecha

.....

A -E

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0= nada, 1=algo, 2=bastante, 3= mucho.



1 . Me siento calmado.....	0	1	2	3
2 . Me siento seguro .....	0	1	2	3
3 . Estoy tenso .....	0	1	2	3
4 . Estoy contrariado .....	0	1	2	3
5 . Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6 . Me siento alterado .....	0	1	2	3
7 . Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras ...	0	1	2	3
8 . Me siento descansado .....	0	1	2	3
9 . Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10 . Me siento confortable.....	0	1	2	3
11 . Tengo confianza en mí mismo .....	0	1	2	3
12 . Me siento nervioso .....	0	1	2	3
13 . Estoy desasosegado .....	0	1	2	3
14 . Me siento muy "atado" (como oprimido) .....	0	1	2	3
15 . Estoy relajado.....	0	1	2	3
16 . Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17 . Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18 . Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19 . Me siento alegre.....	0	1	2	3
20 . En este momento me siento bien .....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES  
CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases

## A-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

0=Casi nunca, 1=A veces, 2=A menudo, 3=Casi siempre.

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas..	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro .....	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales ,me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA