

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL EN EL AFRONTAMIENTO DE LA CRISIS GENERADA POR EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL CANCER

Federico García Quiñonez,
Edgar Daniel Martínez Soler y
Eduin Eladio Cáceres Ortiz¹
Universidad Pontificia Bolivariana

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue implementar un programa de intervención cognoscitivo conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico en pacientes de la Unidad de Oncología de la E.S.E. HURGV² de Bucaramanga. El diseño fue cuasiexperimental y se contó con una muestra de 50 sujetos: 25 en el grupo experimental y 25 en el grupo control. La variable dependiente fue el afrontamiento, categorizado como crisis, ansiedad y depresión. Los instrumentos utilizados fueron: STAI Estado, IDB y CASIC. Los resultados finales indican que ambas muestras presentan cambios adaptativos. Sin embargo, el análisis post test - re test indica cambios más significativos en el afrontamiento de la enfermedad neoplásica en la muestra experimental frente a la muestra control con una $P < .01$.

Palabras Clave: Psicooncología, Terapia Cognitivo-Conductual, afrontamiento

ABSTRACT

This research has as objective the application of the behavioral cognitive intervention program in the coping of the crisis generated by the diagnosis and medical treatment in patients of oncology unit of the state social Enterprise Hospital Universitario Ramón Gonzalez Valencia of Bucaramanga. It was a quasiexperimental design and there were samples of 50 people; 25 experimental and 25 control. The dependent variable was the coping, classified as crisis, anxiety and depression. Instruments used in this research: STAI state, BDI and CASIC. The results indicate that both samples have adaption changes. However the post-test and retest analysis indicate more meaningful changes in the coping of the neoplastic disease in the experimental sample towards the control samples with a $p < .01$.

Key Words: Psychooncology, cognitive-behavioral therapy, coping



INTRODUCCIÓN

Las áreas interesadas en la enfermedad neoplásica han sido la Psicología de la Salud, la Medicina Comportamental y la Picooncología, que se han desarrollado como áreas de conocimiento disciplinar e interdisciplinar - respectivamente - en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y en la calidad de vida durante la enfermedad (Alfonso, 1995; Bakal, 1996; Bayes, 1991; Latorre y Beneit, 1994; Ridruejo, Medina y Rubio, 1998; Rodríguez, 1995; Roth, 1990; Simon, 1993).

En el caso de la enfermedad física, los profesionales de la salud reconocen que el bienestar físico, psicológico y social están íntimamente relacionados y

que desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos precipitantes que el individuo y la familia tienen que afrontar con habilidad para poder adaptarse a ellos, y como factor de resolución se ha encontrado que existe una adaptación en los individuos que padecen una crisis o una desadaptación en el afrontamiento del suceso (Crisis Counseling, 1999; Holland, 1998). Es decisivo para la evolución de la crisis la forma como el suceso - enfermedad física - se interpreta, haciendo referencia personal a la autoimagen, planes e intereses futuros y cómo se realizan las adaptaciones conductuales al suceso. Uno de los peligros al aumentar la crisis es la pérdida de la vida - suicidio u homicidio -. Otro de los peligros es que los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento pueden arraigarse profundamente en la vida del paciente llegando a ser difíciles de modificar (Crisis Counseling, 1999; Saranson y Saranson, 1996). En la Teoría de Crisis, además de tenerse en cuenta el

¹ cecacereso@starmedia.com

² Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramon Gonzales Valencia (E.S.E. H.U.R.G.V.)

componente cognoscitivo, se evalúan las áreas Conductual, Afectiva, Somática e Interpersonal; Todas ellas conforman el perfil CASIC (Slaikew, 1996).

Desde la perspectiva biológica, en el cáncer se presenta una reproducción y crecimiento de forma desordenada e incontrolable a nivel celular, debido alteraciones en el mecanismo que dirige dicha reproducción celular. Otra característica de las células cancerígenas es que son incapaces de organizarse y autoregularse adecuadamente por sí mismas, de tal modo que la masa de tejido que forman no se parece a un tejido normal. Este nuevo tejido recibe el nombre de *tumor* (Arraztoa, 1997; Campos y Triana, 1992; DeVita, Hellman, y Rosenberg, 1997; Onkos, 1998; Reyes, 1990).

Según DeVita y cols. (1997) los tumores se dividen básicamente en 2 clases: los *tumores benignos* y los *malignos*. Los orígenes de estos tumores no son del todo conocidos, sin embargo, se han identificado múltiples factores que pueden conducir a ellos. Los principales y más conocidos son los factores genéticos y los ambientales (Arraztoa, 1997; Bayes, 1996, 1991; Campos y Triana, 1992; DeVita y cols., 1997; Holland, 1998; Matías y Lorca, 1998).

Las principales alternativas de tratamiento médico para el cáncer son: Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía. Algunas de las principales repercusiones físicas a nivel somático que provoca estas intervenciones en el paciente son: dolor localizado o general, incapacidad parcial o general del individuo, pérdida parcial o general de uno o varios miembros, náuseas, vómito, dolores de cabeza y/o estómago, pérdida temporal del cabello, etc. (Bayes, 1991; De Angel, 1995; Holland, 1998; Matías y Lorca, 1998). También, los tratamientos producen efectos a nivel psicológico asociados a la ansiedad y depresión; junto a fobias, euforia, disminución de la capacidad intelectual y alteraciones sexuales (Arraztoa, 1997; De Angel, 1995; Matías y Lorca, 1998). También ocasiona cambios en el esquema corporal y en la autoimagen (Salgado y De Castro, 2.000).

Durante el diagnóstico y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas, los pacientes suelen afrontar un gran impacto emocional, especialmente en la enfermedad neoplásica (Bakal, 1996; Bayes, 1996, 1991; Revuelta, 2.000; Ridruejo y cols., 1998; Rodríguez y Martínez, 1998). Por tanto, los pacientes presentan niveles de ansiedad y depresión al recibir el

diagnóstico del cáncer e iniciar un tratamiento médico para su enfermedad (Arraztoa, 1997; Bayes, 1996; Blake-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Spiegel, y Turner-Cobb, 1999; Campos y Triana, 1992; Castellanos, 1997; Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppedisano, Gerhardt, Primo, y Krag, 1999; Gabaldon, 1996; Guerrero y Ospina, 1994; Holland, 1998; Maciá, Méndez, y Olivarez, 1993; Martínez, 1999; Matías y Lorca, 1998; Revuelta, 2.000; Ruiz, 2.000; Suinn, 1993; Valderrama, Carbellido y Domínguez, 1995).

En investigaciones realizadas, las evaluaciones registran que ante el diagnóstico del cáncer la primera respuesta psicológica es la ansiedad, ya que la mayoría de los pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que van a experimentar en su vida y por la posibilidad de la muerte, es decir, el individuo experimenta una intensa situación de amenaza, que es muy compleja porque está la mayor parte de las veces asociada al dolor, a la inmovilización y a la pérdida de control sobre los acontecimientos relacionados con la enfermedad. También, esta ansiedad suele caracterizarse por miedos generalizados o específicos, malestar intenso, palpitaciones, sudoración, temblores, mareos, fatiga e irritabilidad. Además, dicha ansiedad tiende a manifestarse de manera intermitente durante el curso de la enfermedad y de su tratamiento (Bakal, 1996; Epping-Jordan y cols., 1999; Holland, 1998; Latorre y Beneit, 1994; Rodríguez y Martínez, 1998). Suministrar información clara y concisa sobre la enfermedad, expresar pensamientos y sentimientos del estado actual, confrontar la situación con la realidad y obtener apoyo familiar, podrían ser elementos importantes para el afrontamiento del estado ansioso y depresivo (Molina, 1999).

Otra respuesta psicológica que suelen experimentar de manera muy típica los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas es la depresión (Latorre y Beneit, 1994; Rodríguez, 1995; Rodríguez y Martínez, 1998). Esta reacción aparece habitualmente de forma retardada debido a que debe pasar cierto tiempo hasta que los individuos comprendan las implicaciones de su condición de enfermos crónicos. Esta depresión puede ser grave y prolongada con intensos sentimientos de indefensión y desesperanza, asociada con sentimientos de pérdida, lo que puede impedir que el paciente adopte el papel activo que sería deseable para el manejo de su enfermedad (Spiegel, 1994). En el paciente con cáncer, la posibilidad de presentar un

cuadro depresivo guarda estrecha relación con el grado de severidad de la enfermedad y la intensidad de los síntomas afectivos aumentan en la medida que hay una mayor amenaza vital. (Arraztoa, 1997; Holland, 1998).

Tanto la ansiedad como la depresión deben ser consideradas para su evaluación bajo los criterios diagnósticos del D.S.M. IV. Sin embargo, en los pacientes oncológicos dichos criterios deben ser cuidadosamente aplicados ya que los pacientes padecen una enfermedad orgánica y no una enfermedad mental, presentan alteraciones temporales y generalmente, se adaptan ya sea bajo intervenciones psicosociales o como parte normal del proceso de adaptación que se da cuando el paciente aprende a vivir en las nuevas condiciones, aunque teniendo en cuenta que las intervenciones psicosociales conducen a una adaptación más adecuada a la situación (Baum, 1999; Holland, 1998; Rabasca, 1999; Saranson y Saranson, 1996).

Por lo que se ha expuesto hasta el momento se puede concluir que vivir con una enfermedad crónica exige control en muchas áreas. Ese control o manejo del acontecimiento se realiza mediante la emisión de respuestas de afrontamiento muy variadas. Obviamente, no se pueden ejecutar respuestas de afrontamiento que no estén en el repertorio comportamental del individuo, pero estas respuestas pueden ser adquiridas por el paciente a través de intervenciones psicológicas (Ridruejo y cols., 1998).

En una revisión reciente de estudios se encontró que el paciente necesita intervención individual en el impacto de la enfermedad - niveles de ansiedad, depresión, fatiga, autoconcepto, control sobre su salud, etc. -, que son necesidades por atender en intervenciones de consejería e intervenciones comportamentales dirigidas a síntomas específicos. Típicamente, las intervenciones psicológicas incluyen un componente educativo, información específica acerca de cáncer, información acerca de las reacciones emocionales normales y entrenamiento en técnicas de relajación. Otras intervenciones incluyen elementos de consejería, provisión de apoyo social, oportunidad de expresar y clarificar emociones - apoyo emocional - y oportunidad de reestructurar cogniciones y resolver problemas (Fawzy, Fawzy, Arndt, y Pasnau, 1995; Holland, 1998). Estas revisiones indican que la mayor contribución de los psicólogos de la salud a la oncología ha sido la elaboración de programas con énfasis en las terapias cognoscitivo - conductuales, junto a técnicas

psicoeducativas, familiares y de apoyo grupal (Bas y Verania, 1994; García, Bados y Saldaña, 1998; Holland, 1998; Maguire, 1995; Spiegel, 1996).

Una de las terapias cognoscitivo conductuales más reconocidas es la terapia cognitiva de Beck, algunos autores la han aplicado en pacientes oncológicos (Barreto y Pedrozo, 1999; Campos y Triana, 1992; Ocampo, 1999). La terapia cognitiva de Beck se sirve de técnicas cognoscitivo conductuales, siempre con el propósito de lograr la reestructuración cognoscitiva (Araya, 1999; Bas y Verania, 1994; Caballo, 1995). Una de esas técnicas es la denominada *tareas para casa* (Olivares y Méndez, 1998).

La terapia cognitiva de Beck también se ha valido de la *entrega de información* para garantizar un mayor éxito en la misma. Esta técnica generalmente es usada en pacientes con enfermedades crónicas (Ridruejo y cols., 1998; Rodríguez, 1995; Simon, 1993) y en pacientes oncológicos (Arraztoa, 1997; De Angel, 1995) en los cuales se ha demostrado como una técnica eficaz para la reducción de la ansiedad y la depresión (Bell, Goldman, Hammerstein, Hoffman, Klein y Wellisch, 1999; Maciá y cols., 1993).

Otro método utilizado junto a la terapia cognitiva de Beck especialmente para el tratamiento de la ansiedad es la relajación (Araya, 1999; Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979; Suinn, 1993; Vallejo y Ruiz, 1993). Una característica muy importante en las técnicas de relajación es su gran flexibilidad en cuanto a los mecanismos utilizados para lograr sus fines (Caballo, 1995; Phans, 1996; Suinn, 1993; Vallejo y Ruiz, 1993). La relajación Autógena de Schultz no ha sido ajena a esta premisa. Por ejemplo, se ha encontrado en el campo de la psicooncología que introducir sensaciones de calor en las extremidades puede producir aversión al tratamiento médico en aquellos pacientes que están siendo tratados con radioterapia - o que en el futuro lo estarán - (Maciá y cols., 1993). Por esta razón se ha recomendado en estos pacientes reemplazar estas inducciones a sensaciones de calor por elementos de imaginería similares a los utilizados en la desensibilización sistemática y que pueden llevar fácilmente al paciente a sensaciones de bienestar profundo.

La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis hace parte de las terapias cognoscitivo conductuales. Según autores como Araya (1999), la Terapia Racional Emotiva (TRE) y otras terapias cognoscitivo conductuales como la terapia cognitiva de Beck, se

complementan unas con otras gracias a que sus enfoques son totalmente estructurados y que están orientadas a la modificación de cogniciones específicas implicadas en trastornos emocionales y afectivos como la ansiedad y la depresión (Baumann y Perrez, 1994; Ellis y Abrahms, 1980).

Las distorsiones cognoscitivas y creencias irracionales producto del diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad crónica no son exclusivas del. Este es un trastorno que también se presenta en los familiares del enfermo. Por ello, es sumamente indispensable realizar algún tipo de intervención que propicie un sano afrontamiento en dichos pacientes y familiares. Este aspecto ha sido tenido en cuenta en múltiples estudios e intervenciones realizadas en el campo de la psicooncología llegando a obtenerse interesantes resultados en este aspecto (Barreto y Pedrozo, 1999; Holland, 1998; Ocampo, 1999; Spiegel, 1994). Algunos estudios en psicooncología han mostrado la valía de la interacción grupal en pacientes con cáncer (Berlanga, Barreto, y Toledo, 1995; Blake-Mortimer y cols., 1999; McGuire, 1999; Rabasca, 1999). En estos grupos se ha buscado que los pacientes aporten desde su experiencia elementos a tener en cuenta para un buen afrontamiento psicológico, físico e interpersonal de su enfermedad. (Gutiérrez, 1994; Matías y Lorca, 1998; Ocampo, 1999).

Las terapias cognoscitivo conductuales han demostrado su efectividad en muchos análisis y metaanálisis hechos sobre estas terapias, no sólo en el campo de la psicología de la salud (García y cols., 1998; Latorre y Beneit, 1994; Rodríguez y Martínez, 1998; Ridruejo y cols. 1998), sino también en el campo de la psicooncología (Andersen, 1992; Barreto y Pedrozo, 1999; Bell y cols., 1999; Campos y Triana, 1992; De Angel, 1995; Fawzy y cols., 1995; Holland, 1998; Maguire y Sheard, 1999; Matías y Lorca, 1998). De tal modo que la integración de las psicoterapias es un paso que se debe dar, siempre y cuando existan elementos empíricos, metodológicos y epistemológicos que sustenten dicha integración, elementos que sólo serán aportados mediante la investigación y los análisis y/o metaanálisis de los mismos - compromiso que ha sido seriamente acogido por los teóricos que se han enfocado en las terapias cognoscitivas conductuales-.

MÉTODO

Diseño

Cuasi experimental con medida pre - post - re test (ABAA)

Sujetos

Muestra con sujetos voluntarios. Participaron 50 pacientes diagnosticados con cáncer que actualmente se hallan en tratamiento médico en la Unidad de Oncología de la E.S.E. HURGV de Bucaramanga, los cuales fueron distribuidos así: 25 pacientes en muestra experimental y 25 pacientes en muestra control (Ver Apéndice 1).

Instrumentos

1. *CASIC* (Sistema de valoración Cognoscitivo Afectivo, Somático, Interpersonal y Conductual). Prueba tomada del modelo evaluativo de la crisis propuesto por Slaikeu (1996) y adaptado a los pacientes oncológicos por los autores. La prueba fue validada en su contenido y constructo por jueces. La escala consta de 48 ítems que exploran los sistemas afectados por el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

2. *IDB* (Inventario de Depresión de Beck).

3. *STAI* (Inventario de ansiedad estado).

Procedimiento

Inicialmente, se recolectó la muestra a través de la asistencia de los investigadores a la junta médica y a la consulta individual con el jefe de la Unidad de Oncología de la E.S.E. H.U.R.G.V., además, se recepcionaron pacientes gracias a la remisión hecha por médicos de la Unidad. Paso seguido, se asignaron los pacientes a la muestra experimental o control según decisión y motivación personal por participar en la investigación. La decisión de participar por parte del paciente en la investigación fue tomada por éste, una vez se le explicaron los objetivos, el procedimiento, las implicaciones, etc., de la investigación. Por este motivo no se le implementó el programa de intervención a la muestra control. Posteriormente, se aplicó el programa de intervención a la muestra experimental.

El programa se desarrolló en un lapso de 6 semanas aproximadamente, tiempo durante el que se realizaron 12 sesiones - 2 sesiones por semana en promedio -, que tenían una duración de entre 1 y 2 horas, de acuerdo con los objetivos de la sesión y las necesidades

del paciente. El programa fue diseñado de modo que cada sesión presentó sus objetivos, metodología, procedimiento y tiempo específico – ver Apéndice 2 –. Sin embargo, para la implementación del programa es necesario revisar las características específicas de cada sesión y adaptarla a las necesidades del paciente. Pese a lo anterior, la estructura interna de cada sesión se debió mantener igual como esta en el procedimiento para garantizar la efectividad en el programa. Al finalizar la implementación del programa se aplicó la medida pos - test a los pacientes de la muestra experimental y un mes después se les aplicaba la medida re - test. En el caso de los sujetos de la muestra control - luego de tomar la decisión de participar en dicha muestra -, se les aplicaba la medida pre - test. Seis semanas después se les aplicaba la medida post - test y un mes después la medida re - test.

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se analizaron por medio de estadística inferencial. En la tabla No. 1, se consignan los resultados de la aplicación de la T de Student a los resultados de la prueba STAI-E. Se destaca que en la medida pre test entre la muestra experimental y la muestra control se observa una T=

.400 con 48 grados de libertad (gl) y una significancia o $P=.691$, lo cual significa que no se halla una diferencia estadísticamente significativa al iniciar el estudio. Sin embargo, en la medida post test se registran entre la muestras experimental y control una $T=-4.704$ con $gl=48$ y $P<.01$, lo que denota una diferencia estadística significativa en la medida post test en ansiedad entre ambas muestras. Esta diferencia significativa entre ambas muestras se presenta igualmente en la medida re test con una $T=-3,891$ con $gl=48$ y $P<.01$

Al aplicar la prueba de T de Student a la muestra experimental entre las medias pre y post test y las medidas post y re test de la prueba STAI-E, se obtuvo una $T=10,94$ con $gl=24$ y $P<.01$; y una $T=1,772$ con $gl=24$ y $P<.089$ respectivamente, lo que demostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda medida, y entre la segunda y la tercera medida en esta muestra. En la muestra control, al hacer este mismo procedimiento se obtuvo una $T=6,62$ con $gl=24$ y $P<.01$, que demuestra una diferencia estadísticamente significativa entre las medidas pre y post test en esta muestra; mientras que entre las medidas post y re test, no se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico ya que se obtuvo una $T=.917$ con $gl=24$ y $P=.362$.

TABLA NO. 1: Aplicación de la T de Student a los resultados del STAI-E.			
	T	GL	P
PRE TEST STAI			
Muestras experimental y control	0.4	48	0.691
POST TEST STAI			
Muestras experimental y control	-4.704	48	<.01
RE TEST STAI			
Muestras experimental y control	-3.891	48	<.01
PRE Y POST TEST STAI			
Muestra experimental	10.94	24	<.01
PRE Y POST TEST STAI			
Muestra control	6.62	24	<.01
POST Y RE TEST STAI			
Muestra experimental	1.772	24	.089 o <.1
POST Y RE TEST STAI			
Muestra control	0.917	24	0.362

En la tabla No. 2 se consignan los resultados de la aplicación de la T de Student a los datos obtenidos de la prueba IDB. De acuerdo a esta tabla, en las medidas pre test de la prueba IDB, entre las muestras experimental y control, se obtuvo una $T=.49$ con 48 grados de libertad y una $P=.961$, lo que significa que no existió una diferencia estadística significativa al iniciar el estudio entre ambas muestras. Sin embargo, entre las medidas post test de ambas muestras se registran una $T= -3.769$ con 48 grados de libertad y con una $P<.01$, y entre las medidas re test una $T=-5.528$ con 48 gl y $P<.01$, lo cual supone una diferencia significativa en el ámbito estadístico en las medidas post y re test entre ambas muestras. Al aplicar la prueba T de Student a la muestra experimental en la medidas

pre y post test de la prueba IDB se obtuvo una $T=8.22$ con 24 gl y una $P<.01$, esto refleja una diferencia estadísticamente significativa entre estas medidas. Esta misma afirmación se da para los resultados de la aplicación de la T de Student entre las medidas post y re test de esta muestra, ya que se encontró una $T=3.757$ con 24 gl y $P<.01$. En la muestra control al aplicar este mismo procedimiento entre las medidas pre y post test se obtuvo una $T= 4.04$ con $gl =24$ y $P<.01$, siendo esta una diferencia estadística significativa entre las medidas de esta muestra. Sin embargo, dicha diferencia no se mantuvo entre las medidas post y re test en esta muestra, ya que entre ambas medidas se dio una $T=.632$ con 24 gl y $P=.533$.

TABLA No.2: Aplicación de la T de Student a los resultados del IDB.

	T	GL	P
PRE TEST IDB			
Muestras experimental y control	0.49	48	0.961
POST TEST IDB			
Muestras experimental y control	-3.769	48	<.01
RE TEST IDB			
Muestras experimental y control	-5.528	48	<.01
PRE Y POST TEST IDB			
Muestra experimental	8.22	24	<.01
PRE Y POST TEST IDB			
Muestra control	4.04	24	<.01
POST Y RE TEST			
muestra experimental	3.757	24	<.01
POST Y RE TEST			
Muestra control	0.632	24	0.533

A continuación se presentan los resultados de la muestra experimental y control en la medida pre, post y re test en la escala general del CASIC. En la tabla No. 3, se pueden observar los resultados obtenidos de la aplicación de la T de Student a los datos del CASIC general en ambas muestras. Teniendo en cuenta estos resultados, se destaca que entre las muestras experimental y control en la medida pre test se observó una $T= .117$ con 48 gl y $P=.907$, lo cual significa que no se halla una diferencia estadísticamente significativa al iniciar el estudio respecto a esta prueba entre las muestras. Sin embargo, en la medida post test, se registra entre las muestras una $T=-3.774$ con $gl=48$ y $P<.01$, que se define como una diferencia significativa en ambas muestras al finalizar el estudio.

Esta diferencia se presenta entre las medidas re test de ambas muestras, donde se halló una $T=-3.927$ con 48gl y $P<.01$. Al aplicar la T de Student a la muestra experimental entre las medidas pre y post test se obtiene una $T=12.42$ con $gl = 24$ y $P<.01$, y en las medidas post y re test una $T= 4.235$ con 24gl y $P<.01$, siendo de esta forma significativa la diferencia entre las medidas pre, post y re test en esta muestra. En el caso de la muestra control, se obtuvo entre las medidas pre y post test una $T=7.58$ con $gl=24$ y $P<.01$, hallándose de esta forma una diferencia significativa. Al aplicar la T de Student entre las medidas post y re test de la prueba CASIC en esta muestra, se obtuvieron una $T=3.213$ con 24 gl y $P<.01$, lo cual representa una diferencia significativa entre ambas medidas.

TABLA No. 3: Aplicación de la T de Student a los resultados del CASIC GENERAL.

	T	GL	P
PRE TEST CASIC GENERAL			
Muestras experimental y control	0.117	48	0.907
POST TEST CASIC GENERAL			
Muestras experimental y control	-3.774	48	<.01
RE TEST CASIC GENERAL			
Muestras experimental y control	-3.927	48	<.01
PRE Y POST TEST CASIC GENERAL			
Muestra experimental	12.42	24	<.01
PRE Y POST TEST CASIC GENERAL			
Muestra control	7.58	24	<.01
POST Y RE TEST CASIC GENERAL			
Muestra experimental	4.235	24	<.01
POST Y RE TEST CASIC GENERAL			
Muestra control	3.213	24	<.01

Es importante tener en cuenta que existieron sujetos que respondieron de manera atípica en relación con los demás sujetos. Los sujetos No. 4, 10, 16 y 18 fueron quienes presentaron comportamiento atípico. Los sujetos No. 4 y 10 presentaron este comportamiento en las tres pruebas. En el caso del sujeto No. 16 este comportamiento se dio en las pruebas STAI-E y CASIC, en tanto que el sujeto No. 18 se presentó en el STAI-E y el IDB. En la mayoría de estos casos, el comportamiento atípico mostró mayores niveles a los observados en la media de la muestra, especialmente en las medidas post y re test, esto quiere decir que la respuesta al programa en estos sujetos fue de menor influencia que la respuesta de los demás sujetos de la muestra.

DISCUSIÓN

De acuerdo al análisis de los resultados, se puede afirmar que la implementación del programa de intervención cognoscitivo conductual influyó significativamente en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer, tanto a nivel estadístico como a nivel cualitativo, lo cual confirma la hipótesis de investigación donde se planteaba que un programa de intervención influye en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer disminuyendo los niveles de crisis, ansiedad y depresión.

Dicho programa de intervención mantuvo los cambios de afrontamiento adecuado de la crisis, ansiedad y depresión al cabo de un mes posterior a la

finalización del programa, indicando que los pacientes oncológicos de la muestra experimental aprendieron a afrontar su enfermedad. Estos cambios que se pueden atribuir a las técnicas utilizadas en este programa como la Reestructuración Cognitiva de Beck, la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la Relajación Autógena de Schultz, la Psicoeducación y el Apoyo familia y grupal, entre otras. Incluso, la implementación del programa podría incrementar la supervivencia del paciente como ha sido propuesto por investigadores en el área de la psicooncología.

Pese a la ausencia de implementación de dicho programa se presentaron cambios en la muestra control, cambios que fueron significativos a nivel estadístico. Esto podría explicarse en la teoría de crisis, en la que se afirma que el individuo se adapta a sus crisis debido a factores afectivos y cognoscitivos que buscan un equilibrio emocional en el menor tiempo. Otra explicación a ésta adaptación se halla en el afrontamiento de las pruebas diagnósticas, las cuales producen crisis anticipadas sobre el diagnóstico de su enfermedad. Además, la adaptación de la muestra control fue temporal y variable porque con el paso del tiempo y al afrontar nuevas crisis, estados depresivos y ansiosos de su enfermedad, los sujetos de la muestra presentan alteraciones en su funcionamiento habitual que dificultan la adaptación a su nueva situación, caso contrario de la muestra experimental que mantiene su afrontamiento. Debido a este comportamiento de la muestra control se sugiere para posteriores investigaciones explorar que factores influyen en la adaptación de los sujetos sin intervenciones psicológicas con el ánimo de dar soporte empírico a

los conceptos expuestos. También, se sugiere incrementar el tiempo en la toma de la medida re test.

Al comparar las medidas post y re test de ambas muestras se encontró que existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos por la implementación de dicho programa frente a la ausencia de implementación, debido a que es mayor la disminución de los niveles de crisis, ansiedad y depresión en la muestra experimental.

Entre las ventajas de la implementación del programa se hallan el fortalecimiento del apoyo familiar y apoyo grupal, reforzamiento de procesos psicoeducativos a través de la *Guía para el Paciente con Cáncer y su Familia: Pautas para un Buen Afrontamiento*, que contiene conceptos básicos para un buen afrontamiento de la enfermedad. Otra contribución del programa de intervención es la orientación teórico - práctica y la definición detallada de los conceptos y los procedimientos.

Una dificultad encontrada fue la recolección de la muestra debido a que esta población no constituye un grupo intacto y requiere de un plazo de tiempo extenso para su recolección. Adicionalmente, la muestra fue balanceada pero no es homogénea en algunas variables de tipificación razón por la cual no se hallaron correlaciones significativas entre éstas variables y la variable dependiente. Las dificultades en relación con la implementación del programa fueron la unificación del horario para la realización de la sesión grupal; el cruce de consultas psicológicas con los efectos del tratamiento médico y el uso irregular de los autoregistros por parte de algunos pacientes.

Se sugiere para posteriores investigaciones, la implementación del programa en otros contextos con el ánimo de ayudar al paciente oncológico en el afrontamiento adecuado del diagnóstico y del tratamiento médico del cáncer para incrementar la validez externa o generalización de los resultados, así como para obtener nuevos aportes que fortalezcan aún más la eficacia de estos programas en la población oncológica colombiana. También, se sugiere que la muestra sea homogénea en cuanto a variables de tipificación como tipo de diagnóstico, edad y sexo, logrando adquirir una mayor validez en los resultados de la investigación. Se recomienda ampliar en número las sesiones grupales o realizar un programa de apoyo social al paciente oncológico debido a los resultados observados en la sesión de apoyo grupal y trasladar la

sesión de apoyo familiar después de la sesión de apoyo emocional.

REFERENCIAS

- Alfonso, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.
- Andersen, B. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552 - 568.
- Araya, S. (1999). *Terapias de orientación cognitivo conductual*. Recuperado de: www.psicoterapias.com
- Arraztoa, J. (1997). *Cáncer. diagnóstico y tratamiento*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Bakal, D. (1996). *Psicología y salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Barreto, D. y Pedrozo, V. (1999). Programa de intervención cognitivo conductual a familiares de pacientes que padecen cáncer en fase terminal. *Tesis de Grado Profesional no publicada*, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Bas, F. & Verania, A. (1994). *Terapia cognitivo - conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universitaria Empresa.
- Baum, A. (1999). Opportunities, problems for cancer research and practice. *A.P.A. Monitor*, 30, 6.
- Baumann, U. & Perrez, M. (1994). *Manual de psicología clínica*. Barcelona: Herder.
- Bayes, R. (1991). *Psicología oncológica*. Madrid: Martínez Roca.
- Bayes, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer: El impacto psicológico del cáncer. En M. González (Ed.), *Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana.
- Beck, A. (1976). *La Terapia cognitiva y los desordenes emocionales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bell, M.; Goldman, S.; Hammerstein, J.; Hoffman, A.; Klein, K. Y Wellisch, D. (1999). Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast

- cancer: Pilot study of a group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1644-1645.
- Berlanga, J.; Barreto, M. & Toledo, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 87-102.
- Blake-Mortimer, J.; Gore-Felton, C.; Kimerling, R.; Spiegel, D. & Turner-Cobb, J. (1999). Improving the quality and quantify of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1581-6.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Campos, C. & Triana, M. (1992). Efectos de un taller cognoscitivo comportamental en pacientes con cáncer ginecológico en el grado de afrontamiento al diagnóstico. *Investigación Institucional*. Universidad Católica, Bogotá.
- Castellanos, C. (1997). Elaboración de una cartilla guía para el cuidado del paciente en fase terminal en casa. *Tesis de Grado Profesional no Publicada*, Universidad Católica, Bogotá.
- Crisis Counseling (1999). *Crisis theory and crisis intervention*. Recuperado de www.Crisiscounseling.com
- De Angel, C. (1995). *La Psicología de la salud y la importancia para la práctica de la psicología clínica*. Bogotá: F.U.K.L.
- DeVita, V.; Hellman, S. & Rosenberg, S. (1997). *Cancer: Principles in the Practice of Oncology*. New York: Lipponcott-Raven Publishers.
- Ellis, A. & Abrahms, E. (1980). *Terapia racional emotiva*. México: Pax.
- Epping-Jordan, J.; Compas, B.; Osowiecki, D.; Oppedisano, G.; Gerhardt, C.; Primo, K. & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Journal of Health Psychology*, 18,(4), 315-326.
- Fawzy, F.; Fawzy, N.; Arndt, L. & Pasnau, R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives General Psychiatry*, 53, 100-113.
- Gabaldon, O. (1996). Reacciones emocionales en el cáncer. Un protocolo de intervención en psicooncología. *European School of Oncology*, 4, 16.
- García, E.; Bados, A. & Saldaña, C. (1998). La eficacia de la intervención psicológica: una reflexión crítica. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 23 - 48.
- Guerrero, A. & Ospina, B. (1994). Identificación de los factores psicológicos presentes en el impacto ante el diagnóstico de cáncer de cervix invasor. *Tesis de Grado no Publicada*, Pontificia Universidad Javeriana, Cali.
- Gutiérrez, G. (1994). *El Taller Reflexivo*. Medellín: Cooperativa de profesores de la Universidad de Antioquía.
- Holland, J. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Latorre, J. & Beneit, P. (1994). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Maciá, D.; Méndez, F. & Olivares, J. (1993). *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Martínez, M. (1999). Programa interdisciplinario de prevención y tratamiento del cáncer de seno en mujeres de 20 a 60 años. *Tesis de Grado Profesional no Publicada*, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Matías, J. & Lorca, G. (1998). *Psicooncología*. Facultad de medicina y departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, Universidad de Salamanca.
- McGuire, P. (1999). Psychology and medicine connecting in war on cancer. *A.P.A. Monitor*, 30, 6.
- Molina, M. (1999). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con tumores de cabeza y cuello. *Revista Colombiana de Cancerología*, 3(1), 31-32.
- Ocampo, M. (1999). *Apoyo emocional al paciente oncológico y su familia*. Buenos Aires: Hospital de Oncología Angel Roffo.
- Olivares, J. & Méndez, F. (1998). *Técnicas de la modificación de la conducta*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Onkos (1998). *Sección de preguntas más comunes sobre el cáncer*. Recuperado de www.onkos.com

- Phans, E. (1996). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Rabasca, L. (1999). Cancer patients find anxiety not covered under managed care. *A.P.A. Monitor*, 30, 6.
- Revuelta, F. (2000). Respuesta emocional en la enfermedad crónica. Ponencia presentada en el V Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena.
- Reyes, M. (1990). Conocimientos sobre el cáncer y actitudes frente a la enfermedad de pacientes que asisten al Instituto Nacional de Cancerología. *Tesis de Grado Profesional no Publicada*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Ridruejo, P., Medina, A. & Rubio, J. (1998). *Psicología médica*. Madrid: McGraw Hill.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, P., & Martínez, F. (1998). *Reacciones psicológicas en pacientes somáticos: Conducta de enfermedad*. Facultad de medicina y departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, Universidad de Salamanca.
- Ruiz, J. (2000). Distorsiones cognitivas en pacientes que presentan depresión a partir del diagnóstico de cáncer de mama en mujeres y en cáncer de próstata de hombres. Ponencia presentada en el V Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena.
- Salgado, F., & De Castro, C. (2000). Sistema de creencias de mujeres con cáncer de mama en la ciudad de Barranquilla. Ponencia presentada en el V Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena.
- Saranson, I. & Saranson, B. (1996). *Psicología anormal*. México: Prentice Hall.
- Simon, M. (1993). *Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Slaikew, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*, 30(suppl), 109-116.
- Spiegel, D. (1994). Healing caring. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer*, 74(suppl), 1453-1457.
- Suinn, R. (1999). Cancer: a special look. *A.P.A. Monitor*, 30, 6.
- Suinn, R. (1993). *Entrenamiento en manejo de ansiedad. Una terapia de conducta*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Valderrama, P.; Carbellido, S. & Domínguez, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 73-86.
- Vallejo, M. & Ruiz, M. (1993). *Manual práctico de modificación de la conducta*. Madrid: Fundación Universitaria Empresa.



APENDICE 1

CUADRO DE TIPIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS			
VARIABLE	TIPIFICACIÓN	PORCENTAJE	
		Experimental	Control
EDAD	18-28	12	12
	29-28	12	24
	39-48	28	20
	49-58	28	28
	59-68	20	16
SEXO	FEMENINO	76	80
	MASCULINO	24	20
ESTADO CIVIL	SOLTERO	24	16
	CASADO	48	40
	UNION LIBRE	4	16
	VIUDO	20	24
	SEPARADO	4	4
ESCOLARIDAD	PRIMARIA INCOMP.	40	44
	PRIMARIA COMP.	8	16
	SECUNDARIA INCOMP.	36	20
	SECUNDARIA COMP.	8	12
	TECNICO	4	4
PROCEDENCIA	UNIVERSITARIO	4	4
	AREA MATROPOLIT.	80	84
	FUERA DEL AREA METROP	20	16
OCUPACIÓN	HOGAR	48	48
	VENDEDOR	8	28
	MODISTA		4
	ADMINISTRADOR	12	4
	OFICIOS VARIOS	8	4
TIPO DE DIAGNOSTICO	OTROS	24	12
	MAMA	44	44
	CERVIX	4	8
	SISTEMA DIGESTIVO	16	20
	CABEZA Y CUELLO	12	4
ETAPA	LINFOMA	8	
	SARCOMA	12	12
	OTROS	4	12
	I O LEVE	8	4
	II O MODERADO	32	24
TIPO DE TRATAMIENTO	III O AVANZADO	60	72
	QUIMIOTERAPIA	56	64
	CIRUGIA	36	28
	RADIOTERAPIA	8	8

APENDICE 2

CUADRO No.1:

SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

SEMANA	SESIÓN No.	TIEMPO	NOMBRE DE LA SESIÓN	METODOLOGÍA
1	1	1 1/2 H	APOYO EMOCIONAL Y EVALUACIÓN	* ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA
	2	1 1/2 H	PSICOEDUCACIÓN SOBRE CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON EL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.	PSICOEDUCACIÓN
2	3	1 H	IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS COGNOSCITIVAS CONDUCTUALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN.	* Reestructuración cognoscitiva (Beck - TRE). * Técnica de relajación autógena. * Tareas para casa.
	4	1 H	IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS COGNOSCITIVAS CONDUCTUALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN.	* Autorregistros. * Reestructuración cognoscitiva (Beck - TRE). * Técnica de relajación autógena. * Tareas para casa.
3	5	1 H	IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS COGNOSCITIVAS CONDUCTUALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN.	* Autorregistros. * Reestructuración cognoscitiva (Beck - TRE). * Técnica de relajación autógena. * Tareas para casa.
	6	1 H	IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS COGNOSCITIVAS CONDUCTUALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN.	* Autorregistros. * Reestructuración cognoscitiva (Beck - TRE). * Técnica de relajación autógena. * Tareas para casa.
4	7	1 H	IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS COGNOSCITIVAS CONDUCTUALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN.	* Autorregistros. * Reestructuración cognoscitiva (Beck - TRE). * Técnica de relajación autógena. * Tareas para casa.
	8	1 H	IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS COGNOSCITIVAS CONDUCTUALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN.	* Autorregistros. * Reestructuración cognoscitiva (Beck - TRE). * Técnica de relajación autógena. * Tareas para casa.
5	9	1 1/2 H	APOYO FAMILIAR.	* PSICOEDUCACIÓN. * Entrevista semiestructurada.
	10	2 H	APOYO GRUPAL	* TALLER REFLEXIVO.
6	11	1 1/2 H	* INTEGRACIÓN DE LAS SESIONES.	* Entrevista semiestructurada. * Reestructuración cognoscitiva (Beck - TRE). * Técnica de relajación autógena.
	12	1 1/2 H	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA	* ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA.