

# ***Aplicación de un programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos***

***Isaac SELIGSON NISENBAUM***  
***Leonardo REYNOSO ERAZO***  
*Universidad Nacional Autónoma de México*

## ***Resumen***

Los pacientes oncológicos generan una gran variedad de cambios conductuales debido a lo abrupto e inesperado de su nueva condición; entre ellos podríamos mencionar que se vuelven incapaces de resolver la mayoría de las situaciones generadas a raíz de su enfermedad. Desde el punto de vista de la psicología de la salud a este tipo de situaciones las denominamos cambios de estilo de vida, por lo cual la presente investigación aplicó programas de afrontamiento para mejorar o mantener la calidad de vida del paciente oncológico.

Existe evidencia empírica para afirmar que los déficits en habilidades de afrontamiento y en la solución de problemas son factibles de ser tratados bajo un programa de intervención desarrollado para tal propósito. El programa consiste en una aproximación estructurada a corto plazo, basada en la solución de problemas y habilidades de afrontamiento con el fin de ayudar a los pacientes cancerosos. El afrontamiento enfatiza el confrontar o clarificar el problema, para posteriormente presentar conductas alternativas; a los sujetos se les enseña a pensar el cómo reconocer, confrontar y resolver los problemas que irá encontrando en relación con su enfermedad.

Se trabajó con seis sujetos con cáncer gástrico, sin metástasis, no hospitalizados, durante 12 sesiones (una vez a la semana, de una hora de duración).

***Palabras clave:*** afrontamiento, calidad de vida, cáncer.

---

Proyecto apoyado por el CONACYT con el registro 10989-PH.

***Dirección de los autores:*** Isaac Seligson Nisenbaum. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Av. Universidad, 3004. Coyoacán, D.F. México. ***Correo electrónico:*** isaacs@servidor.unam.mx  
Leonardo Reynoso Erazo. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Av. de los Barrios s/n. Fracc. Jardines de los Reyes. Tlalnepantla, México CP 54090. Apartado Postal 314. ***Correo electrónico:*** erazo@servidor.unam.mx

### Abstract

Cancer patients display a wide variety of behaviours due to the sudden and unexpected nature of their condition. Among them, the inability to handle most situations generated by their disease is a relevant example. Within Health Psychology, these situations are named lifestyle changes. This study applied coping programmes in order to improve or maintain cancer patients quality of life.

There is empirical evidence that points to the possibility of treating coping and/or problem solving deficits with specific programmes. The programme employs a structured approach based on problem solving strategies and coping skills in order to help cancer patients. Coping emphasizes initially the confrontation or clarifying of the problem, followed by the presentation of alternative behaviours. Patients learn to recognize, confront and solve the disease related problems that he/she will find. We worked with six non metastatic, non hospitalized stomach cancer patients over 12 sessions (once a week, one hour each).

*Key words:* coping, life quality, cancer.

Existen algunas pruebas de que las características de la personalidad y el estrés de los sujetos son importantes determinantes para el desarrollo de diferentes enfermedades, como el cáncer y algunos problemas cardiovasculares (Howard, Rechnitzer, Cunningham, Wong y Brown, 1990; Grossarth-Maticek, Eysenck, Uhlenbruck, Rieder, Vetter, Freesemann, Rakic, Gallasch, Kanazir y Liesen, 1990; Grossarth-Maticek y Eysenck, 1991). También existen pruebas de que este tipo de problemas pueden ser sujetos de modificación por medio de una intervención psicológica (Grossarth-Maticek, Eysenck, Gallasch, Vetter y Frentzel-Beyme, 1991).

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar uno de los diez primeros lugares como causa de muerte (Secretaría de Salud, México, 1999). El cáncer, en tanto grupo de enfermedades es altamente deteriorante, no solo a nivel interno sino externo; lo anterior, aunado a que todos los tratamientos para éste son altamente agresivos, hacen que se conciba como sumamente dramático.

Estudios epidemiológicos recientes en los Estados Unidos de Norteamérica indican que de cada cuatro personas una recibirá diagnóstico de cáncer alguna vez en su vida (*American Cancer Society*, 1998). Esta predicción, sumada a los datos que nos muestran que cada vez mayor número de pacientes cancerosos son controlados (¿curados?) o se les da un mejor pronóstico de vida nos lleva a percibir el cáncer como una enfermedad con la cual se puede vivir y no como una innegable confrontación con la muerte a corto plazo.

Aprender a vivir con el cáncer y resolver muchas situaciones alrededor de éste nos conduce a la generación de programas de afrontamiento (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke, 1992). Vivir y afrontar el cáncer es algo más que tratar un tumor o recuperarse de alguna cirugía o terminar algún esquema terapéutico médico. La realidad biomédica de ser un paciente canceroso genera situaciones estresantes que frecuentemente implican una gama amplia de problemas psicológicos, por lo que tratar de comprender el cáncer como

un evento estrictamente biológico es un error (Cohen, Cullen y Martin, 1982).

Para la mayoría de los pacientes y sus familias, un diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio en su vida, por lo cual se requiere de la implementación de un programa multidisciplinario, dentro del cual adquiere un nivel importante la dimensión psicológica del problema a través de la aplicación de estrategias de afrontamiento (Dobkyn, 1988).

Si tomamos en cuenta lo descrito y lo mencionamos con la importancia del desarrollo de la Psicología de la Salud, resulta esencial que percibamos o tomemos a la problemática del cáncer desde una perspectiva integral. ¿Qué implicaciones conlleva esta perspectiva desde el punto de vista de la investigación, así como de la terapia misma? Una actitud y un punto de vista que:

- a) Reconozca la importancia de las dimensiones biológicas o biomédicas en la etiología de la enfermedad, la rehabilitación y la adaptación psicológica.
- b) Acepte la contribución de variables psicológicas y sociales para afrontar el problema.
- c) Acepte que existe una interacción importante entre factores biológicos y psicológicos en relación al afrontamiento, rehabilitación y tiempo posible de vida.

Con el fin de complementar lo anteriormente expuesto, podemos señalar que en el campo de la investigación de las relaciones entre la psicología y el cáncer se toman en cuenta diversos puntos de interés como serían: el conocer qué sustancias son cancerígenas o pueden ser promotoras

del cáncer y dónde se encuentran situadas en nuestro medio ambiente, con el fin de poder elaborar programas de prevención que dependan de factores psicológicos y por lo tanto de la elaboración de programas de cambio de conducta. Nos interesa averiguar hasta qué punto los factores psicológicos como por ejemplo el estrés o estados depresivos severos, entre otros, pueden ser promotores o moduladores de la evolución de las neoplasias, lo que nos permitiría evitar la exposición a las situaciones que lo originan o cambiarlas (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986). Con relativa independencia de la importancia directa o indirecta de los factores psicológicos en la iniciación y evolución de las neoplasias, es importante conocer las consecuencias psicológicas que conlleva la enfermedad tanto en el paciente como en sus familiares y la mejor forma de hacer frente a las mismas. También debe resaltarse el estudio de técnicas de rehabilitación y readaptación eficaces en los casos de pérdida o disminución de alguna función u órgano (*American Cancer Society*, op.cit.).

Desde un punto de vista estrictamente metodológico, podemos hablar básicamente de dos líneas de investigación que apoyan la conexión entre parámetros psicológicos y el desarrollo del cáncer, a saber: estudios de laboratorio con animales, que han establecido una relación potencial entre el estrés y cambios que puedan afectar la patología del cáncer son diversos, numerosos efectos han sido establecidos entre cáncer y estrés (Holleb, 1986). La relación de los factores psicológicos con la enfermedad neoplásica puede analizarse desde diferentes puntos de vista. Partiendo de una óptica metodológica podemos considerar dos tipos de relación:

- a) Los factores psicológicos como variable determinante y el proceso canceroso como variable de interés, tal sería el caso de estudiar los efectos del estrés en la aparición del cáncer, haciendo énfasis que en la actualidad podemos considerar el cáncer no como una respuesta lineal del organismo ante una agresión sino como el producto de una compleja acción multicausal (Bayés, 1985).
- b) El proceso canceroso como variable determinante y los procesos psicológicos como variable de interés, tal sería el caso de preocuparnos por los efectos del cáncer sobre los estados de depresión u otros (Seligson, 1992).

Para un porcentaje importante de pacientes cancerosos y sus respectivas familias, las tareas y responsabilidades de vivir con el cáncer generan mayor estrés que el morir de la enfermedad. Vivir con cáncer requiere entre otras cosas aprender a vivir no con la muerte.

De acuerdo al marco teórico del análisis conductual aplicado, el papel que juega el medio ambiente es de suma importancia pues considera que todo comportamiento está en función de la estimulación medio-ambiental, ya que él es susceptible de modificar el medio; estas interacciones constituyen un proceso de aprendizaje. A partir de esta concepción, el comportamiento de un paciente canceroso, después de haber recibido el diagnóstico, estará en función de las condiciones familiares, sociales y terapéuticas en las que se encuentre, pero a su vez la forma en la que él se comporte ante éstas va a provocar cambios en dichas condiciones. De aquí la importancia que existe para conocer cuáles son los aspectos relevantes que de alguna manera pueden determinar que el paciente adopta actitu-

des adecuadas para afrontar su enfermedad (Manne, Pape, Taylor y Dougherty, 1999).

Un modelo que permite efectuar un análisis de este tipo y por lo tanto la proposición de alternativas es el de *habilidades de afrontamiento*. Las habilidades de afrontamiento implican el aprender a vivir, manejar y adaptarse a la enfermedad. (Lazarus y Folkman, 1986; Feifel, Strack y Nagy, 1987; Golden, Gerch y Robbins, 1992).

Este proyecto se encuentra en la línea *Trastornos de salud y enfermedades crónico-degenerativas* (P.E.S., 1983) que hemos trabajado en los últimos años. El proyecto queda enmarcado dentro de los rubros de investigaciones aplicadas y tecnológicas. Su vinculación va relacionada a un programa de relevancia nacional con lazos obvios para la comunidad. Además, se aboca al estudio aplicado de las habilidades de afrontamiento; utilizaremos estrategias de solución de problemas y técnicas cognitivo-conductuales. Debido a las características de los pacientes oncológicos, a saber entre otras:

- a) Utilizan muy poco las estrategias de afrontamiento.
- b) Algunas veces utilizan estrategias menos sistemáticas y menos efectivas.
- c) Generan muchos problemas y preocupaciones.
- d) Se vuelven incapaces de resolver la mayoría de los problemas generados a raíz de su enfermedad.

Existen datos que permiten afirmar que los déficits en las habilidades de afrontamiento y en la solución de problemas son factibles de ser tratados bajo un programa de intervención desarrollado para ese propósito. (Cohen *et al.*, op.cit; Dunkel-Schetter *et al.*, op.cit; Golden *et al.*, op.cit.).

El programa de entrenamiento consiste en una aproximación estructurada a corto plazo, basada en la solución de problemas (D'Zurrilla y Goldfried, 1971) y habilidades de afrontamiento con el fin de ayudar a los pacientes cancerosos. Nuestro concepto de afrontamiento ( *coping* ), a diferencia del de Lazarus y Folkman (op.cit.) enfatiza en una primera instancia el confrontar o clarificar el problema, para posteriormente generar conductas alternativas. Asimismo, podemos afirmar que el programa de intervención entra en un paradigma educacional ya que a los sujetos se les enseña a pensar el cómo reconocer, confrontar y resolver los problemas que irá encontrando en relación a su enfermedad. A cada sujeto se le da la oportunidad de aprender las técnicas de solución de problemas, después practicarlas con el terapeuta y finalmente aplicar los procedimientos a problemas personales relacionados con la enfermedad.

El objetivo de este trabajo consistió en generar un programa conductual de habilidades de afrontamiento con el fin de que coadyuve a los pacientes cancerosos a mantener y/o mejorar su calidad de vida. Las metas del mismo fueron:

- a) Disminuir los niveles de estrés de los sujetos.
- b) Entrenar a los sujetos en técnicas conductuales con el fin de afrontar el problema, mantener o mejorar su calidad de vida y cambiar su estilo de vida.

## Método

### Sujetos

Seis sujetos, cuatro masculinos y dos femeninos, de edades entre 37 y 52 años, con el diagnóstico de cáncer estomacal.

### Procedimiento

El diseño del programa consistió en una evaluación inicial de los sujetos, la cual incluyó en una primera entrevista, el llenado de una historia clínica completa (Cautela, 1981). En la segunda sesión se aplicaron tres inventarios, mismos que fueron reaplicados en las sesiones siete, en la 12 y seis meses después; los inventarios utilizados fueron: *Listado de síntomas de estrés en pacientes cancerosos (SSC)* (Golden, Gerch y Robbins, 1992) (ver anexo I), *Escala de ansiedad-tensión (ATS)* (Reynoso y Seligson, 1989) (ver anexo II) y *Cuestionario de Desarrollo del Problema (PDQ)* (Seligson y Reynoso, 1988) (ver anexo III).

Asimismo, en cada sesión se utilizó un registro cotidiano tanto de eventos reforzantes como del avance del aprendizaje de los ejercicios de relajación.

El programa consistió en 12 sesiones (una semanal) y se aplicaron las siguientes estrategias de intervención:

1. Relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkoveck, 1973).
2. Manejo de contingencias
  - a) Detención del pensamiento
  - b) Entrenamiento en actividades alternativas reforzantes
  - c) Programación de actividades placenteras
3. Solución de problemas (D'Zurrilla y Godfried, 1971).

### Descripción del programa por sesiones

*Primera sesión.* Entrevista inicial, aplicación de la historia clínica e inventario sobre desarrollo del problema, explicación general del programa, reglas genera-

les y primeras instrucciones sobre respiración profunda.

*Segunda sesión.* Aplicación de los inventarios sobre percepción del problema, escala de ansiedad y síntomas de estrés e inicio de entrenamiento en relajación.

*Tercera sesión.* Segunda sesión de relajación.

*Cuarta sesión.* Tercera sesión de relajación; entrenamiento en detener el pensamiento y actividades alternativas.

*Quinta sesión.* Última sesión de relajación y continúa el programa sobre detención del pensamiento y actividades alternativas.

*Sexta sesión.* Repaso de programa sobre detención del pensamiento e inicio de planeación de actividades placenteras.

*Séptima sesión.* Aplicación de los tres inventarios.

*Octava sesión.* Repaso de planificación de actividades y de relajación.

*Novena sesión.* Inicio de entrenamiento en solución de problemas.

*Décima sesión.* Continúa el entrenamiento en solución de problemas.

*Undécima sesión.* Repaso general de todo el programa.

*Duodécima sesión.* Aplicación de los tres inventarios

## Resultados

A continuación se presentan los datos estadísticos por sujeto de cada uno de los tres inventarios. En cada uno de ellos el sujeto marcó con un sí o no la presencia o ausencia de las conductas señaladas. Se reportan las diferencias entre aplicaciones, mencionándose el número de cambios. Debido al diseño y variables se determinó que cada sujeto sería su propio control, por lo que el análisis se efectuó con las pruebas

de Mc Nemar y de los signos, considerándose significativas cuando fueron menores o iguales que  $p = 0.05$ .

### Sujeto 1

Muestra ocho diferencias entre primera y segunda evaluación en el SSC ( $p = 0.0078$ ) y 12 diferencias entre primera y tercera evaluación ( $p = 0.0005$ ). Entre la segunda y tercera evaluaciones hay cuatro diferencias, estadísticamente no significativas. Entre primera y cuarta, 15 diferencias ( $p = 0.0001$ ). Muestra ocho diferencias en la ATS entre primera y segunda evaluación ( $p = 0.0078$ ) y nueve diferencias entre primera y tercera evaluación ( $p = 0.0039$ ). Entre segunda y tercera hay una diferencia, estadísticamente no significativa. Entre primera y cuarta se mantienen las nueve diferencias ( $p = 0.0039$ ). Respecto del PDQ, muestra 11 diferencias ( $p = 0.006$ ) entre la primera y la cuarta evaluaciones. La tabla 1 muestra los resultados del sujeto 1.

Tabla 1. Resultados del sujeto 1 en el transcurso de su tratamiento. A cada paciente se le administraron los siguientes cuestionarios: Cuestionario sobre desarrollo del problema (PDQ), Cuestionario sobre síntomas de estrés (SSC) y Escala de ansiedad - tensión (ATS). Los cuestionarios fueron aplicados en la sesión inicial, en la séptima sesión, en la duodécima y seis meses después de terminado el tratamiento. En cada una de las celdas se contrasta el nivel de significatividad de los cambios.

Cambio entre aplicaciones	P.D.Q.	S.S.C.	A.T.S.
PRIMERA vs SEGUNDA	0.0313	0.0078	0.0078
PRIMERA vs TERCERA	0.0010	0.0005	0.0039
PRIMERA vs CUARTA	0.0063	0.0001	0.0039
SEGUNDA vs TERCERA	0.0625	0.2188	-
SEGUNDA vs CUARTA	0.6875	0.0156	-
TERCERA vs CUARTA	-	0.2500	-

**Sujeto 2**

Aunque muestra cambios entre la evaluación inicial y la segunda evaluación, éstos no son significativos ni para el SSC ni para el ATS. Muestra 5 diferencias entre la segunda y tercera evaluaciones en el SSC ( $p = 0.0625$ ) y 6 diferencias entre segunda y cuarta evaluaciones ( $p = 0.0313$ ). En la ATS hay 6 diferencias entre la primera y tercera evaluaciones ( $p = 0.0313$ ), manteniéndose igual entre primera y cuarta. Respecto del PDQ, hay nueve diferencias entre la primera y la cuarta ( $p = 0.004$ ). La tabla 2 muestra los resultados del sujeto 2.

Tabla 2. Resultados obtenidos por el sujeto 2 en el transcurso de su tratamiento.

Cambio entre aplicaciones	P.D.Q.	S.S.C.	A.S.
PRIMERA vs SEGUNDA	0.2188	0.7266	0.1250
PRIMERA vs TERCERA	0.0654	0.4531	0.0313
PRIMERA vs CUARTA	0.0039	0.2891	0.0313
SEGUNDA vs TERCERA	0.3750	0.0625	0.5000
SEGUNDA vs CUARTA	0.0625	0.0313	0.5000
TERCERA vs CUARTA	0.5000	-	-

**Sujeto 3**

Aunque muestra cambios entre la evaluación inicial y la segunda evaluación, éstos no son significativos para el SSC. Muestra 10 diferencias entre primera y tercera evaluaciones (dos de distinto signo) a una  $p = 0.1094$  y 8 diferencias (una de distinto signo) entre primera y cuarta evaluaciones ( $p = 0.0703$ ). En la ATS existieron 8 diferencias entre primera y segunda evaluaciones ( $p = 0.0078$ ) y 10 diferencias entre primera y tercera ( $p = 0.0020$ ), que se mantuvieron igual entre primera y cuarta evaluaciones. Respecto del PDQ, hay seis

diferencias entre primera y tercera evaluación ( $p = 0.03$ ), que se sostienen entre la primera y cuarta. La tabla 3 muestra los resultados del sujeto 3.

Tabla 3. Resultados obtenidos por el sujeto 3 en el transcurso de su tratamiento.

Cambio entre aplicaciones	P.D.Q.	S.S.C.	A.S.
PRIMERA vs SEGUNDA	0.1250	0.5078	0.0078
PRIMERA vs TERCERA	0.0313	0.1094	0.0020
PRIMERA vs CUARTA	0.0313	0.0703	0.0020
SEGUNDA vs TERCERA	0.5000	0.2500	0.5000
SEGUNDA vs CUARTA	0.5000	0.2500	0.5000
TERCERA vs CUARTA	-	1.0000	-

**Sujeto 4**

Entre primera y segunda evaluaciones del SSC mostró 9 diferencias (3 de ellas hacia signo contrario), estadísticamente no significativo. Posteriormente muestra 6 cambios ( $p = 0.0313$ ), reduciéndose a 4 entre segunda y cuarta evaluaciones ( $p = 0.125$ ). En la ATS mostró 11 cambios entre primera y segunda evaluaciones ( $p = 0.0010$ ), que se incrementaron a 12 entre primera y tercera ( $p = 0.0005$ ) y 13 entre primera y cuarta ( $p = 0.0002$ ). Respecto del PDQ, hay cinco diferencias entre la segunda y tercera evaluaciones ( $p = 0.06$ ). La tabla 4 muestra los resultados del sujeto 4.

Tabla 4. Resultados obtenidos por el sujeto 4 en el transcurso de su tratamiento.

Cambio entre aplicaciones	P.D.Q.	S.S.C.	A.S.
PRIMERA vs SEGUNDA	-	0.5078	0.0078
PRIMERA vs TERCERA	0.0313	0.1094	0.0020
PRIMERA vs CUARTA	0.0313	0.0703	0.0020
SEGUNDA vs TERCERA	0.5000	0.2500	0.5000
SEGUNDA vs CUARTA	0.5000	0.2500	0.5000
TERCERA vs CUARTA	-	1.0000	-

### Sujeto 5

Entre primera y segunda evaluaciones muestra 9 cambios en el SSC (3 hacia signo contrario) estadísticamente no significativo. Entre segunda y tercera hay 6 cambios (uno hacia signo contrario) estadísticamente no significativo. Entre segunda y cuarta hay 9 cambios (2 hacia signo contrario) a una  $p = 0.1797$  En la ATS existieron 4 diferencias entre primera y segunda evaluaciones ( $p = 0.125$ ) y 2 entre segunda y tercera, seis entre primera y tercera ( $p = 0.00313$ ) que se mantuvo igual entre primera y cuarta. Respecto del PDQ, hubo tres diferencias entre la primera y cuarta evaluaciones, estadísticamente no significativas ( $P = 0.25$ ) La tabla 5 muestra los resultados del sujeto 5.

Tabla 5. Resultados obtenidos por el sujeto 5 en el transcurso de su tratamiento.

Cambio entre aplicaciones	P.D.Q.	S.S.C.	A.S.
PRIMERA vs SEGUNDA	-	0.5078	0.1250
PRIMERA vs TERCERA	-	1.0000	0.0313
PRIMERA vs CUARTA	0.2500	0.6875	0.0313
SEGUNDA vs TERCERA	-	0.2188	0.5000
SEGUNDA vs CUARTA	0.5000	0.1797	0.5000
TERCERA vs CUARTA	0.5000	1.0000	-

### Sujeto 6

Presentó 14 diferencias en el SSC (6 de signo contrario) estadísticamente no significativo. Entre segunda y tercera presentó 8 cambios ( $p = 0.0078$ ); entre segunda y cuarta 13 (uno de signo contrario) ( $p = 0.0018$ ) y entre primera y cuarta 10 cambios ( $p = 0.0020$ ). En el ATS mostró 6 diferencias entre primera y segunda ( $p = 0.0313$ ), dos entre segunda y

tercera y ocho entre primera y tercera ( $p = 0.0078$ ) y en la comparación entre primera y cuarta mostró 10 cambios (dos de signo contrario) ( $p = 0.1094$ ). Respecto del PDQ, hubo siete diferencias entre primera y tercera evaluación ( $p = 0.07$ ), al igual que entre segunda y tercera, mientras que entre primera y cuarta existieron 10 diferencias ( $p = 0.002$ ). La tabla 6 muestra los resultados del sujeto 6.

Tabla 6. Resultados obtenidos por el sujeto 6 en el transcurso de su tratamiento.

Cambio entre aplicaciones	P.D.Q.	S.S.C.	A.S.
PRIMERA vs SEGUNDA	-	0.7905	0.0313
PRIMERA vs TERCERA	0.0703	0.1796	0.0078
PRIMERA vs CUARTA	0.0020	0.0020	0.1094
SEGUNDA vs TERCERA	0.0703	0.0078	0.5000
SEGUNDA vs CUARTA	0.0020	0.0018	1.0000
TERCERA vs CUARTA	0.1250	0.3438	0.6875

### Discusión

Una vez mostrados los resultados estadísticos por el tipo de programa que se aplicó, procederemos en este apartado al análisis de los cambios conductuales encontrados en los sujetos, tomando en consideración las evaluaciones realizadas tanto en la primera sesión como en la última. Para ello, los datos de los sujetos se presentan en tres tablas diferentes, que permiten visualizar la presencia de cambios.

Si procedemos a analizar las tablas encontraremos en las tres una constancia positiva en el cambio conductual; podemos observar en la tabla 7 que las estrategias de solución de problemas y manejo de contingencias ayudaron a mejorar y/o mantener las conductas problemáticas



Tabla 7. Desarrollo del problema. Muestra los resultados de la aplicación del Cuestionario sobre desarrollo del problema (PDQ) tanto en su aplicación inicial como en la final. En la columna de la izquierda se presenta el ítem y el área que evalúa, en la segunda columna se encuentra cada una de las respuestas de los seis sujetos que participaron en el estudio. Las siguientes dos columnas refieren la cantidad de respuestas afirmativas o negativas por ítem en la evaluación inicial (total grupal). La siguiente columna presenta las respuestas de los sujetos en la evaluación final (a seis meses de concluido el tratamiento). Las dos últimas muestran la cantidad de respuestas afirmativas o negativas ante cada ítem en la evaluación final (total grupal).

## EVALUACIÓN INICIAL vs EVALUACIÓN FINAL POR SUJETO/GRUPO

ÍTEMS Y ÁREAS	INICIAL SUJETOS						SÍ	NO	FINAL SUJETOS						SÍ	NO
	1	2	3	4	5	6			1	2	3	4	5	6		
INTERAC. SOCIAL	S	S	S	S	S	S	6	0	N	N	N	N	N	S	1	5
INTERAC. SOCIAL	N	N	N	N	N	N	0	6	S	S	S	N	N	S	4	2
ACTIVIDAD LABORAL	S	S	S	S	S	S	6	0	N	N	N	N	S	S	2	4
ACTITUD DEPRESIVA	S	S	S	S	S	S	6	0	N	N	N	S	S	S	3	3
ACTIVIDAD FÍSICA	S	S	S	S	S	S	6	0	S	S	S	S	-	S	5	0
ACTIVIDAD FÍSICA	N	N	N	N	N	N	6	0	S	S	S	N	-	S	4	1
ACTITUD DEPRESIVA	N	S	N	S	S	S	4	2	N	N	N	N	-	N	0	5
INTERAC. SOCIAL	S	N	N	-	-	S	2	2	N	S	N	S	N	N	2	4
INTERAC. SOCIAL	S	S	S	S	S	S	6	0	N	N	N	N	S	N	1	5
ACTITUD DEPRESIVA	S	N	N	-	S	S	3	2	N	N	N	S	S	N	2	4
ACTIVIDAD LABORAL	N	N	S	N	N	N	1	5	S	S	S	N	N	N	3	3
INTERAC. SOCIAL	N	N	S	N	-	N	1	4	N	S	S	N	N	S	3	3
ACTIVIDAD FÍSICA	N	S	S	N	-	N	2	3	S	S	S	-	-	S	4	0
INTERAC. SOCIAL	S	S	N	-	S	S	4	1	N	N	N	N	-	S	1	4

que se les presentaron a los sujetos a raíz del diagnóstico médico de su enfermedad y la iniciación de la intervención conductual. Asimismo, se puede observar en las tablas 8 y 9 que el procedimiento de relajación e imaginación guiada logró reducir sensiblemente los niveles de estrés de los sujetos.

Este programa es parte de un proyecto de investigación sobre habilidades de afrontamiento en pacientes cancerosos. Es

importante aclarar que el objetivo que se persiguió en el mismo fue conocer el funcionamiento de los instrumentos *versus* las estrategias implementadas, siempre enfocados a generar un cambio positivo en la calidad y estilo de vida de los sujetos. Los resultados nos demuestran que cada sujeto en este tipo de programas muestra su propia manera de percibir su problema y afrontarlo. A lo largo del programa, pudimos observar que cada sujeto se desarrolló

Tabla 8. Síntomas de estrés. Número de síntomas de estrés que manifestaba cada sujeto al inicio y al final del tratamiento. En todos los casos existe reducción de síntomas.

EVALUACIÓN INICIAL vs EVALUACIÓN FINAL

SUJETO	INICIAL	FINAL
S1	18	6
S2	7	4
S3	10	4
S4	10	7
S5	7	6
S6	14	8

Tabla 9. Escala de ansiedad-tensión. Al igual que los otros instrumentos de evaluación, se presenta una comparación entre la evaluación inicial de cada sujeto y la evaluación final, pudiéndose establecer en todos los casos reducción significativa de indicadores.

EVALUACIÓN INICIAL vs EVALUACIÓN FINAL

SUJETO	INICIAL	FINAL
S1	10	1
S2	6	1
S3	10	0
S4	16	3
S5	10	4
S6	10	2

de manera relativamente diferente, pero la realidad es que existió un cambio conductual beneficioso. Estos cambios los llevaron a mejorar su actividad en las áreas de interacción social, laboral, de actividad física y de conductas depresivas, lo que implica que los sujetos aprendieron habilidades de afrontamiento para mantener o mejorar su calidad de vida. Estos cambios son significativos para los sujetos, aunque no necesariamente lo fueron para el análisis estadístico, lo que puede dar pie a revivir viejas discusiones entre la efectividad clínica y la significación estadística de un tratamiento.

## Referencias

- American Cancer Society (1988). *Cancer facts and figures*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Bayés, R. (1985) *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bernstein, D.A., y Borkovec, T.D.(1973). *Progressive relaxation training. A manual for the helping professions*. Nueva York: Research Press.
- Cautela, J. (1981). *Behavior Analysis Forms for Clinical Intervention*. Illinois: Research Press.
- Cohen, J., Cullen, J. y Martin, L.(1982). *Psychological aspects of cancer*. Nueva York: Raven Press.
- Dobkyn, P. (1988). Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: prevalence, etiology and behavioral Interventions. *Clinical Psychology Review*, 8, 517-156.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S. y Falke, R.(1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- D'Zurrilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78,107-126.
- Feifel, H, Strack, S. y Nagy, V.T. (1987). Degree of life-threat and differential use of coping modes. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 91-99.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R.(1986). Dynamics of a stressful encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992- 1003.
- Golden, W. L., Gerch, W. D., y Robbins, D. M. (1992). *Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-*

- behavioral approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., Uhlenbruck, G., Rieder, H., Vetter, H., Freeseemann, C., Rakic, L., Gallasch, G., Kanazir, D. T., y Liesen, H. (1990). Sport activity and personality as elements in preventing cancer and coronary heart disease. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 199-209.
- Grossarth-Maticek, R., y Eysenck, H. J. (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part I—Description of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 1-16.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H., Gallasch, G., Vetter, H., y Frenzel-Beyme, R. (1991). Changes in degree of sclerosis as a function of prophylactic treatment in cancer-prone and CHD-prone probands. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 343-351.
- Holleb, A. (Ed.) (1986). *The American Cancer Society, Cancer Book*. Nueva York: Doubleday.
- Howard, J. H., Rechnittzer, P. A., Cunningham, D. A., Wong, D., y Brown, H. A. (1990). Type A behavior, personality and sympathetic response. *Behavioral Medicine*, 16, 149-160.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Manne, S.L., Pape, S.J., Taylor, K.L., y Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 111-121.
- P.E.S. (1983). *Proyecto Educación para la Salud*. México: ENEP Iztacala. Fotocopiado.
- Reynoso-Eraza, L., y Seligson, I. (1989). *Desarrollo de una Escala de Ansiedad-Tensión*. México: U.N.A.M. Fotocopiado.
- Seligson, I. y Reynoso-Eraza, L. (1988). *Construcción de la escala conductual sobre Desarrollo del Problema y su uso en poblaciones clínicas*. México: U.N.A.M. Fotocopiado.
- Seligson, I. (1992). *Medicina conductual: Una aproximación multidisciplinaria*. En: V. Colotla (Ed.) *Investigación del comportamiento en México*. México: U.N.A.M.
- S.S.A. (1999). *Estadísticas en salud en México*. (Página de Internet) <http://www.ssa.gob.mx>
- Telch, C. F., y Telch, M. J. (1985). Psychological Approaches for enhancing coping among cancer patients. *Clinical Psychology Review*, 5, 325-345.

## Anexo I

## CUESTIONARIO SOBRE SÍNTOMAS DE ESTRÉS

**INSTRUCCIONES:** A continuación, encontrará una lista de síntomas.  
Marque con una **X** si actualmente presenta o no el síntoma.

Dolores musculares.	SI	NO
Cambios de apetito.	SI	NO
Insomnio y pesadillas.	SI	NO
Sudoración profusa.	SI	NO
Náusea, dolor de estómago e indigestión.	SI	NO
Dolores de cabeza, mareos.	SI	NO
Constipación o diarrea.	SI	NO
Pérdida del deseo sexual.	SI	NO
Presión alta.	SI	NO
Garganta y boca seca.	SI	NO
Irritabilidad.	SI	NO
Letargo para trabajar.	SI	NO
Manos frías.	SI	NO
Depresión.	SI	NO
Miedo, pánico o ansiedad.	SI	NO
Fatiga, dormir en exceso.	SI	NO
Hiperventilación o disnea.	SI	NO
Incremento en el número de accidentes menores.	SI	NO
Falta de concentración.	SI	NO
Incremento en la frecuencia de los errores.	SI	NO
Cambio en las conductas cotidianas.	SI	NO
Falta de ganas de jugar o trabajar.	SI	NO
Sentimiento de desesperación o de inutilidad.	SI	NO
Pensar constantemente en cosas que no puede cambiar.	SI	NO
Taquicardia.	SI	NO
Tensión muscular y tics.	SI	NO

## Anexo II

## ESCALA DE ANSIEDAD - TENSIÓN

**INSTRUCCIONES:** A continuación, encontrará una lista de síntomas.  
Marque con una **X** si actualmente presenta o no el síntoma.

USTED SIETE LA TENSIÓN, LOS NERVIOS O LA ANSIEDAD EN:		
La frente.	SI	NO
La nuca.	SI	NO
El pecho.	SI	NO
El estómago.	SI	NO
La cara.	SI	NO
Los brazos.	SI	NO
Las piernas.	SI	NO
CUANDO ESTA USTED TENSO, NERVIOSO O ANSIOSO:		
Suda.	SI	NO
Su corazón late más aprisa.	SI	NO
Puede sentir los latidos de su corazón.	SI	NO
Puede escuchar los latidos de su corazón.	SI	NO
Se le calienta la cara o se sonroja.	SI	NO
Siente frío en la piel y se le humedece.	SI	NO
Le tiemblan las manos.	SI	NO
Le tiemblan las piernas.	SI	NO
Su estómago se le hunde o siente que se le contrae.	SI	NO
Siente náusea.	SI	NO
Se agarra fuerte o aprieta lo que tiene en las manos.	SI	NO
Se rasca una parte del cuerpo.	SI	NO
Cuando tiene las piernas cruzadas, mueve el pie de encima.	SI	NO
Se come las uñas.	SI	NO
Rechina o aprieta los dientes.	SI	NO
Tiene problemas para hablar.	SI	NO

**Anexo III****DESARROLLO DEL PROBLEMA**

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrará una serie de afirmaciones.  
 Marque con una **X** si está de acuerdo o no con ellas.

Mi enfermedad ha destruido mi vida social.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
A pesar de mi enfermedad, cuando puedo asisto a espectáculos.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desde que supe de mi enfermedad, soy menos eficiente en el trabajo.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona triste.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desde que supe de mi enfermedad, he dejado de hacer todos los deportes que acostumbraba.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
A pesar de mi enfermedad, continúo realizando algunos ejercicios.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desde que supe de mi enfermedad, ya no tengo deseos de hacer nada.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desde que estoy enfermo, la gente me trata como a un ser raro.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
A causa de mi enfermedad, he dejado de asistir a espectáculos.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Cuando supe de mi enfermedad, sentí que no valía la pena luchar ni seguir tratamiento.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
En la actualidad, me sigo esforzando por realizar mi trabajo como antes.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Mi enfermedad no me hace distinto a las demás personas.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Después de saber de mi enfermedad, sigo teniendo deseos de llevar una vida activa.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona aislada y retraída.	<b>SI</b>	<b>NO</b>