



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA
MODIFICACIÓN DE PATÓGENOS CONDUCTUALES RELACIONADOS
CON EL CÁNCER DE MAMA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

Erika Janette Domínguez Arreola

Evelia Ivonne Álvarez Téllez

ASESORES:

Directora: Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña

Dictaminadores: Mtra. María Araceli Álvarez Gasca

Mtra. Laura Ruth Lozano Treviño



Tlalnepantla, Edo. de México, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios: por guiar mis pasos con Tu presencia y cobijo en mi vida

A mi Raquelito y Richard: que con su ejemplo, amor, esfuerzo, dedicación, consejo, confianza y comprensión, se han convertido en un gran pilar del ser que soy. Los amo profundamente, para ustedes toda mi gratitud

A Wananu y Kikayo: por cada momento de escucha, atención, comprensión, alegría que me brindan día a día; cuentan conmigo...

A mis Mamis y Papis: por otorgarme el hermoso regalo que son mis padres, su amor y sabios consejos a lo largo de la vida

A los Domínguez y Arreolos: por hacer de cada momento, un momento digno de recordar y hasta celebrar, por su estrecho apoyo, conducción, risas, diversión, amor, por ser unas grandes familias, por esos primos que se han convertido en hermanos que siempre tendré en mi vida.

A mi Gus: porque se ha convertido en el maravilloso compañero de vida, por todo su apoyo, comprensión, confianza, por todo lo que eres y en lo que te convertirás; te amo enormemente.

A Ivon... I... Von, Vianis, Vivian, Manuel(ito), Ruth: por ser grandes amig@s, por todo su apoyo, confianza, comprensión, cariño, risas, simpleces, por compartir y hacer esta etapa una de las mejores de mi vida, siempre contarán conmigo y espero tenerl@s como amig@s toda la vida.

A mis profesores: por su guía y apoyo que me brindaron, por enseñarme a lo largo de mi formación una forma distinta de ver la vida; por su paciencia, profesionalismo y calidad humana.

A la UNAM-FESI: por teñir mi corazón de azul y mi piel dorada...

Erika Janette

A mis padres: por su cariño, cuidados, respeto y comprensión, por guiar mi camino y estar junto a mí, los amo.

Mamá gracias por tu confianza, por enseñarme a dirigir en la vida con valores, con humildad y fe. Por apoyarme y darme confianza cuando yo ya no la tengo, por tus cuidados y desvelos, por darme la vida, pero por ser ante todo mi amiga.

Papá gracias por enseñarme a ser una persona responsable, con coraje y ganas de luchar, por confiar en mí y demostrármelo, por respetar mis decisiones, por tus desvelos, sacrificios y esfuerzos; pero sobretodo por estar conmigo.

A mis abuelas, por ser unas luchadoras y triunfadoras, ejemplo de superación y vida. Por su apoyo moral, consejos y pláticas, que día con día tendré presente; mis respetos, cariño y admiración.

A mis abuelos, que aunque ya no están conmigo son una gran luz que ilumina mi camino, gracias por su cariño, por su apoyo y por compartir su sabiduría de vida. Personas con gran coraje, valor, respeto enfrentaron con alegría la vida. Siempre estarán en mi corazón.

A los amig@s que a lo largo de este viaje fui encontrando, los cuales me permitieron compartir grandes momentos. A aquellas que con su confianza me han enseñado a seguir adelante, que han sido solidarias, que en momentos difíciles han secado mis lágrimas y en que en aquellos agradables han participado con sus risas que iluminan mi vida. Gracias por ser mi segunda familia.

A mi familia, que aunque no cercana, ha confiado en mí, me apoya y me han alentado a seguir adelante, para superarme y lograr mis metas. Ha cada uno de ustedes los admiro y respeto.

A dios por darme la vida, unos padres maravillosos, uno abuelos cariñosos y una familia admirable. Por que me has dirigido en esta vida por sendas maravillosas, con grandes experiencias, éxitos y fracasos, pero por que siempre estas conmigo.

¡GRACIAS!

Ivonne

A Cuca, Araceli y Laura Ruth por el tiempo brindado a la asesoría, de este trabajo. Por la dedicación, profesionalismo, paciencia y confianza que desde un inicio encontramos en ustedes.

A Eri por aventurarse en esta gran travesía, llena de aprendizaje a nivel profesional como individual. Por hacer que lo difícil se volviera fácil con su compañía, carcajadas, chistes, música o alguna otra distracción. Considero que este es solo el comienzo de una gran amistad que durara por siempre.

A Von... I... Von esta gran y enriquecedor camino desde el inicio de este proceso; por todo su apoyo, comprensión, dedicación, escucha, por convertirse más que en una amiga, una hermana por elección, cuentas conmigo para todo y se que será para el restos de nuestras existencias.... Por cada momento de risas, nerviosismo, alegrías, estrés, y mas estrés y alegrías.

A la Familia Domínguez Arreola y Álvarez Téllez quienes nos cobijaron en sus casas en momentos de trabajo, aventura, presiones y risas. Por hacernos sentir como un miembro más de ellas. Gracias por su cariño, respeto, comprensión y amistad.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO UNO. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	5
.1 ANTECEDENTES	5
.1.1 MODELO BIOMÉDICO	6
.1.2 MODELO BIOPSIOSOCIAL	6
.2 SURGIMIENTO Y DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	7
.3 TEORÍAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD	10
.3.1 TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO	10
.3.2 TEORÍA PSICOSOMÁTICA	10
.3.3 TEORÍA HUMANISTA	11
.3.4 TEORÍA DE LA SALUD CONDUCTUAL	11
.3.5 TEORÍA DEL DESARROLLO	11
.4 FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD	12
.5 ÁREAS AFINES	14
.5.1 PSICOLOGÍA MÉDICA	14
.5.2 SALUD CONDUCTUAL	14
.5.3 MEDICINA PSICOSOMÁTICA	15
.5.4 MEDICINA CONDUCTUAL	16
.6 DIFERENCIAS ENTRE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	16
.7 PANORAMA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	18
CAPÍTULO DOS. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	22
.1 SALUD – ENFERMEDAD	22

.2 FACTORES QUE PROPICIAN LA SALUD	29
.3 HISTORIA NATURAL	31
.4 PREVENCIÓN	35
.5 TIPOS DE PREVENCIÓN	36
.5.1 PREVENCIÓN PRIMARIA	37
.5.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA	38
.5.3 PREVENCIÓN TERCARIA	39
.5.4 PREVENCIÓN CUATERNARIA	39
6 MODELOS DE COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN A LA SALUD	40
.1 MODELOS DE RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y SALUD.	41
.1.1 PERSONALIDAD COMO INDUCTORA DE HIPERACTIVIDAD.	41
.1.2 MODELO DE LA PREDISPOSICIÓN CONSTITUCIONAL	41
.2 MODELOS COGNITIVOS-CONDUCTUALES	42
.2.1 CREENCIAS SOBRE LA SALUD (HBM)	42
.2.2 TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN DE LA PROTECCIÓN	43
.2.3 TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA	44
.2.4 MODELO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (MPS)	45
CAPÍTULO TRES. ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA: CÁNCER DE MAMA	47
.1 ETIOLOGÍA	48
.2 FASES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA	49
.3 PROBLEMAS ORIGINADOS POR LA ENFERMEDAD CRÓNICA	50
.3.1. PROBLEMAS FÍSICOS	50

.3.2 PROBLEMAS LABORALES Y SOCIALES	51
.3.3 PROBLEMAS EMOCIONALES	52
.4. CÁNCER	53
.4.1 DEFINICIÓN	54
.4.2 HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER	56
.4.2 TIPOS DE CÁNCER	57
.5 CÁNCER DE MAMA	59
.5.1 DEFINICIÓN	59
.6 FACTORES DE RIESGO	62
.6.1 FACTORES NO MODIFICABLES	63
.6.2 FACTORES MODIFICABLES	64
.7 SINTOMATOLOGÍA	66
.8 DIAGNÓSTICO	68
.8.1 AUTOEXAMEN MAMARIO	68
.8.2 MAMOGRAFÍA	69
.8.3 TOMOGRAFÍA	69
.8.4 ECOGRAFÍA	70
.8.5 BIOPSIA Y EXAMEN CITOLÓGICO	70
.9 TRATAMIENTO MÉDICO	71
.9.1 CIRUGÍA	71
.9.2 RADIOTERAPIA	73
.9.3 QUIMIOTERAPIA	74
.9.4 HORMONOTERAPIA	75
.10 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	75
.10.1 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	76

.10.2 ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN	77
.10.3 BIOFEEDBACK	78
.10.4 ESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	79
.10.5 MODELADO	80
.10.6 ASERTIVIDAD	81
.10.7 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	82

CAPÍTULO CUATRO. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE PATÓGENOS CONDUCTUALES RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE MAMA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS

.1 PRESENTACIÓN	84
.1.1 CÁNCER DE MAMA	87
.1.2 CÁNCER DE MAMA Y FACTORES DE RIESGO	89
1.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y CÁNCER	93
1.4 TEORÍA COGNITIVO- CONDUCTUAL	96
.2 CONSIDERACIONES CONCEPTUALES	100
.2.1 USO DE ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	103
.2.1.1 ESTRATEGIAS CONDUCTUALES	104
.2.1.2 ESTRATEGIAS COGNITIVAS	105
.3 METODOLOGÍA	106
.3.1 OBJETIVO DEL PROGRAMA	106
.3.2 DESTINATARIOS DEL PROGRAMA	107
.3.3 DURACIÓN DEL PROGRAMA	107
.3.4 EVALUACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	107
.4 PROGRAMA	112
.4.1 INTERVENCIÓN	112
.4.2 POST- INTERVENCIÓN	147
.4.3 SEGUIMIENTO	148

CONCLUSIÓN	149
BIBLIOGRAFÍA	157
ANEXO	I
GLOSARIO	II

RESUMEN

La Enfermedad Crónica es un trastorno orgánico de etiología multifactorial, evolución lenta y larga duración. Para su prevención y tratamiento se requiere de un trabajo multidisciplinario, tarea necesaria debido a la incidencia reportada en las últimas décadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI, 2007) pues de las cinco principales causas de defunción entre 1990 y 2007, cuatro de ellas son de tipo crónico degenerativo.

El cáncer, enfermedad crónica degenerativa se caracteriza por el crecimiento y propagación sin control de células anormales en cualquier parte del cuerpo. Los tipos de cáncer que principalmente se presentan en mujeres son los localizados en útero y mama; a este se dirige la presente propuesta, considerando los factores de riesgo que intervienen en la aparición de esta enfermedad; debido a que incrementan la posibilidad de que se desarrolle un cáncer de mama en el individuo; estos se dividen en: factores endógenos y los factores exógenos.

El objetivo del presente es la elaboración y presentación de un programa de intervención cognitivo-conductual encaminado a modificar, eliminar y/o disminuir las conductas de riesgo que permitan prevenir, qué comportamientos nocivos, actúen sobre el organismo y causen en él alteraciones que puedan generar cáncer de mama, ello mediante técnicas cognitivo-conductuales con un diseño pre-experimental (pretest- posttest), para ser aplicado en un estudio longitudinal, contiene 16 sesiones de 90 minutos; este programa se elaboró a partir del análisis de los datos obtenidos en el Examen Médico Automatizado (EMA¹), reportados por las alumnas de nuevo ingreso de los años 2004 y 2006 donde se muestran altas frecuencias de estudiantes que reportaron la presencia de factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama; por lo que se considera importante intervenir a nivel preventivo; y con ello disminuir la incidencia del cáncer de mama.

¹ (EMA)Examen Médico Automatizado elaborado por la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM

INTRODUCCIÓN

La psicología es la ciencia del comportamiento, cognición, emoción y motivación humana; se puede subdividir en especializaciones, algunas de ellas tienen que ver con la aportación de conocimientos teóricos y/o metodológicos y otras con la aplicación de sus principios científicos en distintos ámbitos, uno de ellos es el de la salud (denominando Psicología de la salud) debido a que actualmente hay evidencia de que la salud está afectada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales; así las conductas se pueden dividir en dos tipos: las conductas protectoras (el buscar cuidados, seguir recomendaciones, el realizar ejercicio, entre otras) y las conductas de riesgo (el tabaquismo, alcoholismo, el sedentarismo, mala alimentación, entre otras).

Por lo tanto para que el psicólogo lleve a cabo de manera eficaz sus funciones en el sector salud es importante tener el conocimiento de lo acontecido dentro de éste ámbito, pues en las últimas décadas se ha observado un cambio en los patrones de enfermedad, pasando de las enfermedades de tipo agudo a las crónicas-degenerativas, las cuales presentan un incremento en su incidencia en la población mundial; siendo la prevención una de las formas de evitar el alto índice de atención y muerte a causa de enfermedades crónicas, debido a que estas son resultado de conductas y estilos de vida inadecuados que al modificarlos se podrían reducir considerablemente los enormes costos sanitarios que originan, de aquí la importancia del presente trabajo siendo el objetivo la modificación, extinción y/o disminución de las conductas de riesgo a través de la implementación del programa el cual permitirá prevenir que los comportamientos nocivos (consumo de alcohol, obesidad, estilo alimenticio y estrés), actúen sobre el organismo y causen en él alteraciones que puedan generar cáncer de mama, mediante técnicas cognitivo-conductuales tales como: estrategias de afrontamiento, solución de problemas, entrenamiento en inoculación de estrés, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, modelamiento, reestructuración cognitiva y autocontrol .

En el capítulo uno **Psicología de la Salud** se aborda la aportación de la psicología al campo de la salud, iniciando con su surgimiento y evolución,

áreas y disciplinas que son afines, para posteriormente revisar las funciones que desempeña el psicólogo como: el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad. De la misma forma se revisan las diferencias entre la Psicología de la Salud y la Psicología clínica que generalmente son confundidas y es preciso diferenciarlas; concluyendo el apartado con la situación de la Psicología de la Salud en México.

En el capítulo dos **Proceso Salud-enfermedad** se aborda la conceptualización de tal proceso hasta la propuesta del modelo bio-psico-social del cual se derivan una serie de definiciones de salud. Después se retoman tres factores relacionados con la variante salud-enfermedad y la revisión de la Historia Natural de la enfermedad dentro del cual el psicólogo de la salud tiene un campo de acción amplio como el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad desde sus cuatro niveles para finalizar con los modelos y teorías del comportamiento relacionados con la salud, las cuales son utilizados con el objetivo de adoptar o modificar conductas para la prevención de la enfermedad.

En el capítulo **Enfermedades Crónico-Degenerativas: Cáncer de mama** se revisa la definición de las enfermedades crónico- degenerativas, los factores involucrados en su etiología, las fases de la enfermedad, los problemas originados (físicos, laborales, sociales y emocionales). Pasando por la Historia natural de una de las enfermedades crónicas de mayor incidencia en el mundo denominada Cáncer, su definición y algunos tipos de Cáncer que principalmente se presentan en los seres humanos. Finalmente en el Cáncer de mama considerándolo desde en un nivel fisiológico, con su definición y los factores de riesgo que posibilitan el desarrollo de la enfermedad (endógenos y exógenos). Los síntomas de esta enfermedad son abordados debido a la gran importancia que tienen para una detección precoz, la existencia de diferentes métodos desde los más simples hasta los más complejos y completos; los cuales permiten que se identifique el cáncer desde los primeros signos y síntomas para su tratamiento que es realizado por los médicos y psicólogos mediante diferentes métodos.

Finalmente en el capítulo cinco **Programa de intervención para la modificación de patógenos conductuales relacionados con el cáncer de mama en estudiantes universitarias** se realiza la propuesta de intervención a nivel preventivo dirigido a las mujeres universitarias de la FES-Iztacala que reporten dos o más factores de riesgo que aumentan su predisposición a desarrollar cáncer de mama; siendo la aportación central de dicho proyecto; el cual es dividido en tres fases, la primera de ellas de pre-evaluación en la cual se utilizará una batería para evaluar aquellos comportamientos que son considerados como de riesgo; posteriormente se hace el desglose de las sesiones que conforman la fase de intervención y finalmente la post-evaluación realizada con la misma batería para observar los cambios de comportamiento y el mantenimiento de ellos derivados del programa de intervención.

Al ir revisando cada uno de los anteriores apartados se podrá observar que dentro del sector salud el psicólogo cuenta con un gran campo de acción, principalmente en la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas, debido a que su etiología es multifactorial y se encuentran en los primeros lugares de las causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial; específicamente en el cáncer de mama que es una de las enfermedades que principalmente aqueja al sexo femenino.

CAPÍTULO UNO

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A lo largo de la historia humana un aspecto importante para su desarrollo y conservación individual y social ha sido la salud, la cual ineludiblemente está ligada a la enfermedad. El proceso de salud-enfermedad se ha abordado desde diversas disciplinas y puntos de vista tales como: biológico, médico, social, económico, sociológico y psicológico. La Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología orientado a la problemática de la salud y que actualmente posee un importante auge; así mismo ha ido definiendo y diferenciando su objeto de estudio en todo un proceso de aplicación de los principios que le subyacen. A continuación se presenta un panorama general sobre dicho proceso de conformación- consolidación del campo, las diferentes formas de explicar el proceso salud-enfermedad en diversas épocas y que permitieron sentar las bases de la psicología de la salud.

.1 ANTECEDENTES

Al abordar los antecedentes que dieron origen a la Psicología de la Salud se debe mencionar la evolución del concepto de enfermedad. En ese sentido, en las primeras sociedades se presentaba como consecuencia de demonios y fuerzas espirituales presentes en cada individuo enfermo, es ahí cuando la recuperación se generaba a partir del exorcismo. Posteriormente en la edad media se basó en términos espirituales, por lo que era consecuencia de la violación de leyes divinas y la curación se daba por medio de la fe y el arrepentimiento. Los griegos fueron los primeros en definirla como un fenómeno natural (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995a).

Respecto a ello Amigo, Fernández y Pérez (1998) y Labiano (2004) han señalado que el mejor representante de la Grecia es Hipócrates, el cual consideraba que la salud era producto de un estado de armonía y equilibrio del individuo consigo mismo y con su ambiente, mientras que la enfermedad deviene de la ruptura de dicho equilibrio resultado de causas naturales.

Posteriormente, en el renacimiento se retoman las explicaciones de índole natural, conjuntamente la invención del microscopio, los trabajos de Morgagni en autopsia, los de Pasteur en bacteriología y el planteamiento de René Descartes, el cual proponía mente y cuerpo eran dos realidades separadas, el cuerpo pertenece a la realidad física mientras que la mente es una realidad espiritual; todo lo anterior propició el surgimiento del modelo biomédico.

.1.1 MODELO BIOMÉDICO

Se basa en dos supuestos *básicos*: el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo, que sostiene que la enfermedad es producto de un conjunto de reacciones físicas y químicas, es decir, la enfermedad se expresa en términos de variables biológicas mensurables (Amigo, Fernández y Pérez ;1998 y Labiano, 2004). Sin embargo, señalan algunas carencias en ésta perspectiva médica al momento de dar explicaciones del proceso salud-enfermedad:

- Ψ El criterio esencial para el diagnóstico de la enfermedad, es la presencia de anormalidades bioquímicas.
- Ψ Se obtiene el diagnóstico a partir de los síntomas que el paciente reportaba.
- Ψ Ignoran los factores psicológicos y sociales para establecer cuando una persona está enferma.
- Ψ Pasa por alto la importancia de la relación médico-paciente.

Por lo que, el modelo tuvo éxito en el campo de la medicina, pero es escaso y limitado, ya que no da respuesta a diversas problemáticas dentro del proceso salud-enfermedad, pues los aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y los eventos vitales, son considerados ajenos a la salud y a la enfermedad.

.1.2 MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Ante las deficiencias del modelo biomédico surge la necesidad de elaborar uno que brinde la posibilidad de comprender e intervenir de mejor manera en la salud y en la enfermedad, con ello surge el modelo alternativo propuesto por

Engel (1977), el cual es denominado como: modelo biopsicosocial, ya que en él se resalta la importancia de tomar en cuenta factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como concluyentes de la enfermedad y su tratamiento (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995a).

Trull y Phares (2003), señalan en el modelo biopsicosocial se acepta que la salud y la enfermedad son multicausales, es decir, las causas que interactúan tanto en los procesos de salud como en los de enfermedad son de naturaleza y de origen diverso.

Así Amigo, Fernández y Pérez (1998) y Labiano (2004) mencionan que la salud es un proceso-estado que se consigue cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y con el entorno socioambiental, al tomar en cuenta dichas variables para la explicación de la salud-enfermedad nace la rama denominada psicología de la salud.

.2 SURGIMIENTO Y DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la salud nace debido a la creación del modelo biopsicosocial; que como ya se dijo toma en consideración las tres variables (biológicas, psicológicas y el entorno socioambiental) dentro del proceso salud-enfermedad. Amigo, Fernández y Pérez (1998) sugieren que el surgimiento de la psicología de la salud se debió básicamente a tres razones:

1. A la preocupación sanitaria, desde las enfermedades infecciosas hasta las enfermedades crónicas (de etiología multifactorial), y que están ligadas al estilo de vida de las sociedades industrializadas.
2. A las enfermedades crónicas, que propician un conjunto de modificaciones relevantes en la calidad y estilo de vida de las personas.
3. A la necesidad de desarrollar un modelo que permitiera entender el proceso salud-enfermedad, ya que el biomédico era insuficiente para explicar y tratar los problemas que trae consigo una enfermedad crónica.

Mientras que para Matarazzo (1980, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995a), son cuatro los factores de orden científico los que contribuyeron al origen de la psicología de la salud, estos son:

1. La transformación en la concepción del concepto de salud que conlleva a una visión holística, la cual involucra los aspectos psicológicos.
2. El cuestionamiento del modelo biomédico dominante en medicina, reduccionista y dualista que incorpore factores psicológicos y sociales a la comprensión y tratamiento de la enfermedad.
3. El cambio de los patrones de enfermedad, dando a los factores psicológicos el primer plano debido a que los principales problemas de salud están relacionados con la conducta.
4. Cuestiones de índole económica, que juegan un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales de la salud.

Por otro lado León y Medina (2004) dividen las razones que dieron origen a la psicología de la salud en tres categorías: 1) Razones teóricas (evolución de la concepción de la salud y su etiología multifactorial), 2) Razones epidemiológicas (cambio de las tasas de mortalidad y morbilidad de enfermedades infecciosas a crónicas) y 3) Razones prácticas (la existencia e incremento de las enfermedades crónicas obligan a sector salud a preocuparse por la prevención y rehabilitación).

Diversos especialistas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a, y Labiano 2004) coinciden al señalar, que a partir de 1978, la psicología de la salud se inicia de manera formal cuando un grupo de psicólogos de diversas áreas crean la división de la psicología de la salud en la APA, la cual se encarga de trabajar con los factores relacionados con la salud.

Stone (1988, citado en León y Medina; 2004) define a la Psicología de la Salud como el campo que comprende cualquier aspecto, concepto o técnica psicológica aplicable al entendimiento e intervención en la problemática de la salud. Mientras que para Donker (1991), no sólo es aplicable al área de la salud sino también a la enfermedad y el sistema de cuidado de la salud.

La aportación que hace Morales (1999) a la definición de la psicología de la salud son los componentes de conducta en el proceso salud-enfermedad, interesándole los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la enfermedad y la recuperación.

Seligson (1992; citado en Reynoso-Erazo y Seligson, 2000) señala a la psicología de la salud como el campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta y se vuelve de vital importancia para el entendimiento de la salud y la enfermedad física y su aplicación, (para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

La aportación de Brannon Feist (2001b) al concepto es la consideración de aspectos tales como: el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo.

Como se ha visto, existen diversas contribuciones a la definición de la psicología de la salud, no obstante la APA acepta la siguiente: "El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas" (Matarazzo; 1980; citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a, pp.8; Labiano, 2004, pp.15; León y Medina, 2004, pp.42 y Trull y Phares, 2003, pp.459).

Así el objeto de estudio de la psicología de la salud es la interacción de los individuos con el medio en cuanto a su condición de salubridad; estudiando la salud de los individuos con el propósito de comprender qué les permite mantenerse sanos, haciendo necesario el estudio de los comportamientos precursores de la enfermedad y aquellos que les permiten permanecer en un estado de salud, sean éstos cercanos o no al problema o enfermedad (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997). De acuerdo a lo anterior, trabaja tanto en la salud como en la enfermedad, lo que permite explicar factores y procesos involucrados en comportamientos, emociones y cogniciones que incrementan, mantienen o disminuyen la salud y la enfermedad.

.3 TEORÍAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El psicólogo ha realizado múltiples investigaciones y aplicaciones dentro del área de la psicología de la salud, para ello se vale de esquemas teóricos y conceptuales que posibilita emitir una respuesta a la influencia de los comportamientos, emociones y cogniciones relacionados con el proceso salud-enfermedad. A continuación se hace una breve descripción de los esquemas teóricos utilizados en el área de la salud, de acuerdo a lo señalado por Ramírez (1999, citado en León del Villar y Zachs, 2002):

.3.1 TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO

Estudia la forma en que el individuo responde al daño por medio de patrones de comportamiento complejos, aprendidos y regulados de manera social, además de hacer un análisis respecto al cómo se da el proceso cognitivo a la hora de responder a ciertas situaciones en el transcurso de su desarrollo, lo anterior determinará las habilidades con las que contará el individuo para enfrentarse al daño que se le vaya presentando. Dentro de éste punto las teorías más utilizadas son las cognitivas y cognitivo-conductuales (Ramírez y Cortés, 1996; citados en Casillo, 2001 y Velázquez, 2001).

.3.2 TEORÍA PSICOSOMÁTICA

Su origen se sitúa en la medicina psicosomática, la cual analiza los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas y los factores psicológicos y somáticos que interactúan provocando enfermedades. Actualmente se está investigando la interacción que existe entre los estresores biológicos, procesos simbólicos y las reacciones del cuerpo, debido a que sostienen que los estresores ambientales llevan al individuo a un estado emocional por medio de la mediación cognitiva, la cual es individual y particular en la cultura, familia y al aprendizaje característico del individuo (Stone, 1979, citado en Casillo, 2001 y Velázquez, 2001). Así ésta teoría psicosomática tuvo relevancia para el desarrollo de investigaciones que relacionan lo psicológico

con el proceso salud-enfermedad; dando posteriormente la pauta a la intervención del psicólogo dentro del ámbito de la salud.

.3.3 TEORÍA HUMANISTA

Ramírez, (1996, citado en Casillo, 2001 y Velázquez, 2001) y Ramírez (1999, citado en León del villar y Zachs 2002) indican la teoría se centra en la manera en la que los individuos desarrollan personalidades sanas y los medios que utilizan para conseguir dicha meta; así mismo se interesa en cómo el individuo se hace consciente y puede comunicar sus emociones; el objetivo es otorgarle al individuo las herramientas necesarias para que reconozca los recursos internos con los que cuenta. Se emplea como una aproximación a la psicoterapia en donde el individuo es parte consciente y activa junto con el terapeuta al momento de establecer el curso del tratamiento.

.3.4 TEORÍA DE LA SALUD CONDUCTUAL

Se enfoca en la conducta, guiada para propósito de salud o reforzada por hallazgos de la salud; principalmente propone que la conducta resulta de dos tipos de aprendizaje, el condicionamiento operante o el clásico. Así en el condicionamiento clásico un estímulo condicionado evoca una respuesta por medio de la asociación con otro estímulo denominado incondicionado, mientras que en el condicionamiento operante el comportamiento es modificado por sus consecuencias mediante una recompensa o castigo. Éstos métodos han mostrado eficacia y prontitud en los resultados para la modificación de los problemas conductuales tal y como lo menciona Stone (1979, citado en Casillo, 2001 y Kazdin, 1996); se ha utilizado con mayor frecuencia en la intervención psicológica en el área de la salud, posibilitando al terapeuta a realizar modificaciones a los estilos de vida.

.3.5 TEORÍA DEL DESARROLLO

Permite establecer de forma firme y consistente los factores del desarrollo que están relacionados con la salud; así para Maddux, Roberts, Sledden y Wright

(1986, citado en Casillo, 2001) la aproximación comprende dos elementos importantes: 1) la intervención temprana la cual es básica para el mejoramiento del estado de salud y 2) el análisis de los problemas existentes en cada fase del desarrollo. Debido a lo anterior, el psicólogo cuenta con diferentes opciones teóricas y la elección a utilizar dependerá de diversos factores, entre ellos, los recursos que tiene disponibles, las variables biológicas, psicológicas y sociales que están implicados en el proceso salud-enfermedad.

.4 FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD

El psicólogo de la salud puede trabajar en diversas actividades como lo son: el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos, la promoción de conductas saludables y la adherencia al tratamiento. Las funciones que desempeña el psicólogo de la salud son muy diversas, entre ellas se encuentran las mencionadas por León y Medina (2004): la evaluación de conductas como factores determinantes del proceso salud-enfermedad, predicción de conductas protectoras y de riesgo para la salud, comprensión de los factores psicosociales en la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, promoción de estilos de vida saludables.

Mientras que Amigo, Fernández y Pérez (1998) a partir de la definición de Matarazzo consideran que hay 4 líneas de trabajo fundamental del psicólogo de la salud: 1) la promoción y mantenimiento de la salud, 2) prevención y tratamiento de la enfermedad, 3) indagar los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad y 4) el estudio del sistema de cuidados de la salud y la formulación de la política correspondiente.

Por su parte Godoy (1999) divide en cinco grupos las funciones del psicólogo de la salud: 1) la promoción y acrecentamiento de la salud, 2) Prevención, 3) Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, 4) análisis y mejora tanto del sistema como de la atención sanitaria y 5) formación de más profesionales de la salud.

Así diversos especialistas (Durán, 1998, Morales,1999, Reynoso-Erazo y Seligson, 2000 y Trull y Phares 2003) indican que dichas funciones se llevan a cabo mediante: la identificación oportuna de personas en situación de riesgo, en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales, el desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, la investigación, entendimiento e intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas con enfermedades crónicas, manejo de técnicas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos, enseñarle al paciente a afrontar sus enfermedad, fomentar conductas de autocuidado y una mejor relación médico-paciente, realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública y la necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva integral.

En síntesis las funciones del psicólogo de la salud consisten en: evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir distintos trastornos de salud utilizando el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la Psicología. Aunado a las funciones de psicólogo de la salud Becoña, Vázquez y Oblitas (1995^b) indican las líneas que más caracterizan el futuro de la psicología de la salud:

- 1) La explicación del modelo conductual a profesionales de la salud para que comprendan los comportamientos inadecuados respecto a la salud.
- 2) Desarrollo de programas preventivos para enfermedades que son causadas por conductas inadecuadas y elaboración de estrategias efectivas de prevención de la recaída de los hábitos nocivos para la salud.
- 3) Evaluar, mejorar y elaborar nuevas técnicas de intervención.
- 4) Transmitirle información a la población acerca de los comportamientos que funcionan como factores de riesgo y como éstos afectan a su salud.
- 5) Diseño de programas para informar a la población de la necesidad de modificar estilos de vida no saludables a cambio de otros más saludables.
- 6) Aumento en la investigación y la publicación de textos de la psicología de la salud.

- 7) Preparar adecuadamente a los psicólogos de la salud para un buen desempeño en su ejercicio profesional.

.5 ÁREAS AFINES

La psicología de la salud emerge como un campo de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de importantes problemas de la salud; sin embargo, ésta área puede ser confundida con otras similares, tanto dentro como fuera de la psicología, debido a que tratan cuestiones semejantes y en ocasiones interactúan de manera conjunta, por tal razón es conveniente diferenciar cada unas de ellas.

.5.1 PSICOLOGÍA MÉDICA

De acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez (1998) la definición más clara y general de esta área es proporcionada por Asken (1979) la cual indica que estudia los factores de índole psicológica que se encuentran relacionados con los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas; la psicología médica tiene como foco todas las áreas de interés académico: investigación, aplicación y enseñanza.

Mientras que Alonso-Fernández (1978, citado en Becoña, Vazquéz y Oblitas, 1995^a), señala que abarca conocimientos de psicología que son útiles para el ejercicio de la medicina integral (personalidad del enfermo-médico), diagnóstico personal, métodos de curación psicológica y psicoterapia; mientras Morales (1999) señala que la psicología médica es la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocional y de conducta del enfermo.

.5.2 SALUD CONDUCTUAL

Éste campo se focaliza conductualmente promoviendo adecuados hábitos de salud y la prevención de la enfermedad en quienes poseen la salud, entre las

definiciones que podemos citar se encuentra la de Matarazzo (1980, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a, pp. 9 y en Brannon y Feist, 2001b, pp. 27) la cual nos dice que la salud conductual es:

“Un campo interdisciplinario dedicado a promocionar la responsabilidad que tiene el individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, por medio de una variedad de actividades autoiniciadoras, individuales o compartidas”

Este campo hace hincapié en la mejora de la salud y la prevención de la enfermedad en individuos y poblaciones saludables, abarcando todos los comportamientos y estilos de vida relacionados.

.5.3 MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Es una aproximación de la enfermedad que se basa en la hipótesis y la observación respecto a los factores psicológicos que influyen en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de la enfermedad, ésta constituye el primer intento de investigar (dentro del ámbito médico) los componentes emocionales y psicológicos relacionados con las enfermedades físicas; así al sugerir que las lesiones orgánicas podían ser provocadas de manera total o parcial por factores psico-afectivos, provoca una ruptura con el dualismo mente-cuerpo (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a y León y Medina, 2004).

Lipowski (1977; citado en Amigo, Fernández y Pérez, 1998) explica que son tres los objetivos que persigue la medicina psicosomática: 1) el estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano, 2) una aproximación holística a la práctica de la medicina y 3) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo. Por su parte Brannon Feist (2001b) señalan que la medicina psicosomática permanece en el dominio

de la psiquiatría como una rama de la medicina; dejándonos ver que se pone énfasis en la enfermedad y en el tratamiento.

.5.4 MEDICINA CONDUCTUAL

Donker (1991) y León y Medina (2004), señalan que la medicina conductual puede ser definida como el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica.

La medicina conductual posee tres características: su naturaleza interdisciplinaria y/o la integración del conocimiento relacionado con el proceso salud-enfermedad, su interés por la investigación de los factores conductuales que contribuyen a la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y por último la aplicación de estrategias conductuales para la evaluación, control y modificación de éstos factores. Ésta área surgió con los procedimientos de retroalimentación biológica, la cual ha demostrado ser un instrumento eficaz para conseguir control voluntario sobre diversos sistemas fisiológicos, facilitando procesos de autorregulación; resaltando el papel de las conductas aprendidas en el origen y manifestación de las enfermedades (Godoy, 1999, Labiano, 2004 y Morales, 1999).

A continuación se hace la diferenciación entre la psicología de la salud y psicología clínica debido a que éstas dos áreas, comúnmente son confundidas e incluso indiferenciadas para algunos investigadores.

.6 DIFERENCIAS ENTRE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Aquí establece las diferencias entre la psicología clínica y de la salud, pues existe dificultad y polémica en cuanto a su definición y delimitación de sus campos específicos de acción de cada disciplina, ello de acuerdo a Amigo, Fernández y Pérez (1998) y Godoy (1999) mencionan que para algunos

investigadores la Psicología clínica ha sido un tronco común de la disciplina y para otros, ésta se deriva con base en las necesidades del sector salud.

Así Morales y Piña (1995) explican que la psicología clínica tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos o la conducta anormal; centrando su intervención en el problema que hay que erradicar por la eliminación de comportamientos anormales que los causan; para Hall y Marzillier (1987, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a) los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud dentro del sector salud aunque no exclusivamente en él; mientras que Morales (1999) añade que la psicología clínica es un modelo de actuación profesional centrado en la enfermedad más que la salud, y en el individuo más que en la comunidad.

Rodríguez (2000) sugiere que estas dos áreas difieren en cuatro puntos principales: el objetivo de la intervención, los procedimientos empleados, las formas de evaluación y el análisis de resultados; hay que hacer notar que estas diferencias están trazadas desde una perspectiva cognitivo-conductual y se pueden ver en el cuadro 1.

	Psicología de la Salud	Psicología Clínica
Objetivo de la intervención	Desarrollar habilidades para enfrentar las enfermedades en los niveles preventivo, curativo y de rehabilitación	Aprendizaje y modificación de aspectos cognitivos-conductuales, equilibrar los parámetros positivos y negativos en un sentido funcional
Procedimientos empleados	Programas de reforzamiento, en donde se eliminan conductas que originan o mantienen patologías e incrementar las que las posponen o eliminan	Realizan la descomposición de la conducta interés en metas sucesivas y utilizan procedimientos del análisis experimental de la conducta y de la terapia cognitiva
Evaluación	Ligadas al estado biológico de los sujetos.	Al inicio y al final para ver si los cambios dependen del tratamiento
Análisis de resultados	Índices sociales respecto a la salud poblacional e individual lo cual permite averiguar los alcances de las técnicas	Pretende valorar la funcionalidad de los cambios en las habilidades del paciente

Cuadro 1. Diferencias entre psicología de la salud y psicología clínica

Por su parte Santacreu, Márquez y Rubio (1997) señalan que la distinción entre psicología de la salud y la psicología clínica, se hace por el objeto de estudio y el tipo de intervención y la estrategia de investigación, lo anterior se puede ver en el cuadro 2.

Disciplina	Objeto de estudio	Estrategia de Inv.	Tipo de intervención
Psicología de la Salud	Comportamiento premórbido y saludable	Modelos de génesis de la enfermedad y de mantenimiento de la salud	Prevención de la enfermedad y promoción de la salud
Psicología Clínica	Comportamiento mórbido	Modelos de constitución y mantenimiento de la enfermedad	Tratamiento de la enfermedad y autocontrol de la misma

Cuadro 2. Distinción entre psicología de la salud y clínica por el campo de estudio (citada en Santacreu, Márquez y Rubio; 1997; pp.91)

Como se observa la psicología de la salud y la psicología clínica son dos áreas de la psicología que abordan problemas a nivel individual y social dentro del ámbito de la salud; sin embargo la primera se centra en la prevención y mantenimiento de la salud, mientras que la segunda se enfoca hacia la curación de la enfermedad y rehabilitación; teniendo cada una de ellas diferentes métodos para su intervención y evaluación. Pese a ello hay una gran dificultad al delimitar su campo de acción debido a que existe una línea muy fina entre las actividades del psicólogo de la salud y las del psicólogo clínico.

.7 PANORAMA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A continuación se dará una breve explicación de la situación de la Psicología de la Salud en México, para ello iniciaremos hablando de la situación de la disciplina a nivel internacional para comprender de mejor manera el impacto, auge y futuro; la cual a sido producto de un verdadero interés, debido a la gran aportación de conocimientos, habilidades y técnicas de los psicólogos a la problemática de la salud.

Morales (1999) es quien nos permite dar dicha revisión, así en Finlandia el desarrollo de la Psicología de la salud está relacionada con las intervenciones

acerca de la modificación de los estilos de vida y el control de los factores comportamentales de riesgo para las enfermedades no transmisibles; en la Ex Unión Soviética se ha logrado tener un sistema de salud dirigido a la promoción de la salud y la prevención, es por ello que posee una dirección clínica por lo que la existencia de psicólogos de la salud es muy baja.

En Estados Unidos los problemas de salud tienen que ver con las enfermedades crónicas y otras afecciones, por lo que han reconocido el importante papel del comportamiento en la causalidad de dichas enfermedades, realizando programas encaminados a la promoción de estilos de vida saludables, todo ello por medio de la aproximación cognitivo-conductual. En Latinoamérica, continúan con un cuadro de salud que exhibe contradicciones internas, con preponderancia de las enfermedades crónicas, aunque continúan con problemas tales como: la desnutrición, embarazos de adolescentes, enfermedades infecciosas (Duran, 1998 y Morales, 1999).

De acuerdo con Morales (1999), la participación de países latinoamericanos en la psicología de la salud es alta, pues México, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba y Chile son los países que mayor número de publicaciones tienen, seguidos por Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Colombia, Costa Rica, Panamá y Ecuador. Sin embargo Cuba merece mención particular debido a la acelerada evolución y desarrollo de la psicología de la salud desde finales de los años 60, en éste país se ha concedido gran relevancia al cuidado de la salud de la población dentro del marco de una política social; los profesionales tuvieron la posibilidad de insertarse tempranamente al sector salud y son los primeros en trabajar de manera sistemática en la atención primaria.

La psicología de la salud en nuestro país tiene un desarrollo reciente, ya que recientemente se ha mostrado una preocupación respecto al estado de salud de la población y esto ha impulsado a los profesionales de la psicología a atender los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad y la manera en que se manifiestan en los individuos, todo desde diversas aproximaciones teóricas, las cuales permitirán una mejor comprensión y explicación de las implicaciones de índole psicológica dentro del proceso salud-enfermedad.

Así en México para atender a la salud de la población, se crea un Sistema Nacional de Salud para dar cumplimiento al derecho de todo individuo a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios de salud. Para lograrlo cuentan con un modelo de atención a la salud que cubre tres niveles; el primer nivel cubre a la mayoría de la población, el segundo esta lleno de pacientes que solicitan atención y el tercer nivel es el de especialidades, con una cobertura mínima y costos altos. (Durán, 1998, Reynoso-Erazo y Seligson, 2002 y Torres y Beltrán, 1986).

Para las áreas de la salud es importante tener conocimiento de lo sucedido dentro de su ámbito para un eficaz desempeño, ya que en las últimas décadas se ha observado un cambio en los patrones de enfermedad, pasando de las enfermedades de tipo infeccioso a enfermedades crónicas, las cuales presentan un incremento de casos en la población mundial, mostrándose una mayor incidencia hacia edades cada vez menores. Estos datos son alarmantes debido a que casi un 50% de la población de la República Mexicana es menor de 30 años de edad (INEGI, 2004), y muchas de las causas de muerte reportadas son a consecuencia de enfermedades crónicas.

El Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI, 2007) reporta que entre las cinco principales causas de defunción entre 1990 y 2005, cuatro de ellas son de tipo crónico degenerativo, obteniendo el primer lugar las enfermedades del corazón, el segundo la Diabetes Mellitus (DM), tercero los tumores malignos, el cuarto relacionado a accidentes y en quinto las Enfermedades del Hígado. Esta misma tendencia podemos observarla en las estadísticas reportadas por la American Cancer Society, pues entre las principales causas de muerte entre hispanos, de todas las edades en Estados Unidos en 1997, se encuentran las Enfermedades cardiacas con un 25% en primer lugar, seguido del Cáncer con un 20%, en tercer lugar con un 8% los accidentes, las enfermedades cerebro vasculares con un 6% y en quinto lugar con un 5% la Diabetes.

Mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2005, registró con relación a los principales motivos de consulta en medicina familiar

las enfermedades crónico degenerativas, colocándose en primer lugar las enfermedades del corazón, seguido de las infecciones respiratoria agudas, en tercer lugar la Diabetes Mellitus; de la misma manera se encuentra que la consulta a especialidades es principalmente a causa de enfermedades crónico degenerativas (2004 y 2005), en segundo lugar tumores malignos, en tercero enfermedades del corazón y en cuarto lugar Diabetes Mellitus (IMSS, 2007).

Pese a lo anterior, el aspecto comportamental tanto en la prevención como en el diagnóstico ha quedado relegado, por lo que el panorama de salud es poco alentador ya que en los servicios de salud sigue existiendo poca cabida para los psicólogos; aunque poco a poco y gracias a su trabajo profesional en el sector salud han ido aumentando su número, aunado a la necesidad e interés respecto a los estilos de vida, la prevención de las enfermedades y la relación existente entre las conductas cotidianas, las actitudes y creencias, prácticas saludables y conductas de riesgo, para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad y su aparición (Durán, 1998 y Reynoso-Erazo y Seligson 2002).

Por lo cual el psicólogo tiene mucho que hacer dentro del sector salud, principalmente hay que dirigir el trabajo a la prevención de las enfermedades crónicas-degenerativas y todo aquello en donde está implicado el aspecto psicológico, y no solo centrar su campo de acción en el tratamiento de la enfermedad.

En síntesis la Psicología de la Salud surgió recientemente a consecuencia del cambio en la concepción de la salud-enfermedad y las diversas investigaciones que muestran que la salud se ve afectada por sus conductas, pensamientos y sus diferentes relaciones sociales, así ésta área hace uso de las herramientas de la disciplina psicológica tanto para la promoción y mantenimiento de la salud como para la prevención y tratamiento de la enfermedad. Por ello es la disciplina vertebral que engloba todos los aspectos físicos, socio-culturales y psicológicos que afectan o propician que el individuo se encuentre en un estado de salud o enfermedad, dicho proceso será explicado ampliamente en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO DOS

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Como se mencionó en el capítulo uno, la salud a lo largo de la historia y de las diferentes culturas ha sido de vital importancia debido a sus cualidades propias, a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia; por lo tanto, como lo indicaron Colomer y Álvarez (2000), su definición e interpretación conceptual ha evolucionado a lo largo de los años en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento. A continuación se revisarán las diversas formas de conceptualizar el proceso de salud-enfermedad a través de diferentes momentos de la historia.

1. SALUD – ENFERMEDAD

Las primeras sociedades atribuían a los demonios u otras fuerzas espirituales las causas de las enfermedades, éstas se posesionaban o controlaban a la persona; misma que para sanar requería de ser exorcizada para su recuperación (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a) por lo tanto, la enfermedad era atribuida a causas sobrenaturales, utilizando como protección de ella elementos mágicos (Colomer y Álvarez, 2000).

En la antigua Grecia se explicó la enfermedad como un fenómeno natural, ejemplo de ello es la Teoría Hipocrática de los Humores, donde se enunciaba que la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995). En la Edad Media influida por el oscurantismo religioso de la época, se retoma a la enfermedad en términos espirituales, por lo que se indicaba que la enfermedad era causada por la violación de leyes divinas. En el renacimiento, las explicaciones naturales de la enfermedad vuelven a presentarse y con el apoyo de diferentes trabajos realizados con el cuerpo humano se abre un camino para los avances médicos; siendo estos los cimientos de la medicina moderna (Colomer y Álvarez, 2000 y Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a).

Fue hasta el siglo XIX que se originó el Modelo Biomédico, fundamentándose en dos principios explicativos; el primero es el denominado reduccionismo biológico; el cual establece que cualquier problema de salud tiene un origen biológico, es decir la enfermedad es explicada como un mal funcionamiento fisiológico a causa de desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos como bacterias y virus. El segundo principio es el denominado dualismo cartesiano planteado por Rene Descartes en donde se afirma que la mente y el cuerpo son dos entidades diferentes, funcionan de forma independiente la una respecto a la otra, centrando a la mente como un algo abstracto relacionado con el pensamiento y los sentimientos incapaz de influir sobre el cuerpo (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Desde esta perspectiva, los problemas de salud son causados por factores biológicos que poco o nada tienen que ver con procesos psicológicos y sociales, siendo los síntomas la consecuencia de un desequilibrio biológico. Por lo tanto la salud se entiende como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales utilizando para ello la cirugía y la farmacología (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a). Consecuentemente las acciones de salud posibles como lo menciona León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera (2004) son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente; diagnóstico y tratamiento que se orientan sólo a los aspectos físicos o biológicos.

Así el concepto de salud se expresó de manera sencilla y se entendió como la ausencia de enfermedad y/o discapacidad (Uribe y López, 2001); sin embargo, Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995, Yoshiko, 1995; Colomer y Álvarez, 2000; Novoa, 1989; Yoshiko, 2005 y León Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004 a mediados de los años ochentas consideran que la salud se convirtió en algo más que el solo hecho de no estar enfermo, realizándose así un giro en el modelo de salud, considerándola como algo que hay que desarrollar y no como algo que conservar, además de contemplar algunos otros niveles como lo son el biológico, psicológico y social (Rojas, 1990).

Para el año de 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la reunión Interamericana en Alma Ata propone una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones tal y como Yoshiko (1995) lo cita:

“la salud es el completo bienestar físico, mental y social; y no simplemente la ausencia de dolencia o enfermedades” (pp.2-3).

Esta definición aportó importantes elementos innovadores a la definición clásica, entre los que Colomer y Álvarez (2000) destacan la definición en términos positivo ya que es algo más que la ausencia de la enfermedad, dejando de ser la salud y la enfermedad conceptos opuestos y simétricos, de modo que es posible no estar enfermo pero al mismo tiempo no disfrutar de plena salud (Pérez, 1988); además de que se incluye las áreas mental y social como componentes de la salud, y finalmente que dio origen en todos los países a un amplio debate conceptual al respecto pero que a su vez ha sido reconocida oficialmente como idea puesta en común sobre salud.

Ésta definición facilitó el surgimiento del modelo alternativo al biomédico, el cual se denomina bio-psico-social, definido por Bishop (citado en Colomer y Álvarez, 2000) como un acercamiento integral a la enfermedad que enfatiza la dependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella. Sus bases teóricas se encuentran en la Teoría General de los Sistemas, sosteniendo que las cosas se comprenden mejor en términos de jerarquía de sistemas, en la que cada sistema está compuesto por otros sistemas menores, al tiempo que forma parte de otro mayor; por lo que en el caso de que uno de los elementos de un proceso tenga el protagonismo se deberá entender que los otros son condiciones necesarias para que tenga lugar el proceso.

Es aquí donde el hombre comienza a ser considerado como una unidad biopsicosocial (Yoshiko, 2005); ya que forma parte de la biología porque pertenece al reino animal y es parte de la psicología debido a que es un ser único el cual tiene una personalidad propia pues ésta es resultante de las características heredadas y de la interacción del individuo con el ambiente que

lo rodea; y pertenece a la unidad social pues el hombre nace dentro de un conjunto de personas que interactúan entre sí y comparten ideas y costumbres.

Estos dos modelos en la actualidad son utilizados por diferentes profesionales de la salud sin dejar de lado la discusión, que se centra en cual de los dos modelos define con mayor claridad y exactitud la salud y la enfermedad. Ejemplo de ello son las críticas realizadas al modelo biomédico el cual es clasificado como un modelo reduccionista debido a que la enfermedad se ve como un desequilibrio de origen biológico y a la salud como un simple equilibrio biológico, sin tomar en cuenta que el sujeto no sólo es cuerpo sino que además se ve afectado por las dimensiones social, cultural y psicológica las cuales hacen mella en la salud del individuo; deshumanizado ya que se indica que el interés del médico a los aspectos emocionales de su enfermo es escaso o nulo, e incompleto por no tomar en cuenta las dimensiones psicológicas, sociales y culturales del proceso. Todo esto queda expuesto en la definición de enfermedad proporcionada por Pérez (1988):

“...incapacidad para realizar una o más funciones biológicas con eficiencia normal, acompañada de alteraciones perceptibles físicamente por medio de los sentidos educados del medico o sus extensiones tecnológicas, independientemente del testimonio del enfermo, con especificidad definida por cambios anatómicos y/o funcionales, así como su etiología, sin juicios de valor y sin relación con el tiempo y el espacio en que ocurre. Es el objetivo del diagnóstico y del tratamiento y la información sobre ella crece gracias a la investigación médica...” (pp. 235-236).

De la misma forma sobre la definición de salud, derivada del modelo biopsicosocial, se han vertido críticas entre las que Colomer y Álvarez (2000) destacan las siguientes: equipara el bienestar con la salud, lo que no siempre es cierto ni claro; además que resulta poco operativa en el momento de determinar actividades para su consecución, igualmente se considera como una definición estática debido a que utiliza el término bienestar y salud cuando existen diversos grados de estos y finalmente es vista como una definición

subjetiva, ya que hace referencia sólo a bienestar y no considera aspectos objetivos como la capacidad de funcionamiento.

A pesar de las críticas realizadas a esta última definición consideramos que es uno de los más completos ya que toma en cuenta al ser humano como un ser complejo, no sólo parte de la dimensión biológica, sino además parte de otras dos dimensiones complejas como lo son la social y la psicológica. Gracias al surgimiento de este modelo alternativo, la participación de los psicólogos en el ámbito de la salud incrementó, tratando en un principio de crear una definición que deje de lado los huecos que la definición creada por la OMS presenta y centrándose posteriormente en la investigación e intervención de los factores psicosociales asociados a la enfermedad. Entre las definiciones derivadas de la proporcionada por la OMS cabe destacar la de Terris (citado en Colomer y Álvarez, 2000) el cual define a la salud como:

“Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (pp.7).

Este mismo autor destaca que tanto la salud y la enfermedad forman un continuo cuyos extremos son la salud y la muerte, existiendo en el centro una zona neutra en la que resultaría difícil distinguir lo normal de lo patológico. Consecuentemente al hablar de enfermedad no es sólo la expresión de un trastorno biológico, no sólo significa quiebre de la salud, causada por la alteración y descomposición interior del cuerpo, sino también es el resultado de influencias socioculturales, es el fracaso o incapacidad de una persona para desempeñar su rol social y laboral habitual, cayendo en una situación de dependencia (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Piña López (citado en León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004) ofrece una definición de salud que se entiende como la condición del organismo en la que los sistemas biológicos de respuesta mantienen un nivel bajo de vulnerabilidad, en su estructura y función al entrar en contacto e

interactuar con el ambiente, modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla.

Perkins (citada en Álvarez; 1990) define la salud como: “..Un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo, que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquél, procurando su adaptación“... (pp.12).

De acuerdo con esta definición la salud y la enfermedad son resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en el que vive tratando de adaptarse a éste; la salud es adaptación y equilibrio entre ambos; mientras que enfermedad es desadaptación. Entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que se llama enfermedad (San Martín, 2003).

El medio con que interactúa el hombre se compone del físico, biológico y psicológico, los cuales son necesarios para la vida y la salud, pero si se llegan a modificar pueden tener efectos desfavorables. El medio físico lo compone la atmósfera, el clima, las estaciones, la geografía, y la estructura geográfica entre otros. Los factores biológicos son las bacterias, los virus, parásitos que son agentes específicos de muchas enfermedades.

Y finalmente en el medio psicológico se encuentran las conductas, los estilos de vida, las creencias, el estrés, la neurosis conductas antisociales etc. Una última definición que abordaremos es la mencionada por González (2003), que define el concepto de salud en base a cuatro componentes que a continuación se enuncian:

El primero es el componente biológico que incluye todos los hechos relacionados tanto física como mental, el cual se manifiesta en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la

constitución orgánica del individuo; esto incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y de envejecimiento y los diferentes órganos que conforman el cuerpo del ser humano.

Un segundo componente es el medio ambiente donde se incluye los factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre las cuales la persona tiene poco o ningún control.

Un tercer componente es el denominado estilo de vida el cual representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto grado de control; la existencia de malas decisiones y de malos hábitos conllevan un riesgo para la salud de la persona.

La última categoría pertenece a la organización de la atención de la salud, que son los recursos con los que se cuentan para la atención de la salud; esto implica calidad, cantidad, orden, índole y relaciones entre las personas.

Como hemos podido revisar hasta el momento, la salud es explicada de diferentes formas, sin embargo existe una coincidencia fundamental: el no considerarla sólo como la ausencia de enfermedad sino como un proceso en el que intervienen diferentes factores; sin darle una mayor importancia a uno u otro, resultando de gran utilidad el modelo biopsicosocial, para explicar la génesis y mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales plagas del mundo (cáncer, SIDA, estrés, entre otras).

Lo anterior muestran como es que el concepto de salud-enfermedad ha evolucionado, concluyendo que la salud es considerada por diferentes sociedades como uno de los valores individuales y colectivos al que las personas e instituciones dedican una parte importante de sus recursos tanto materiales como intelectuales, tal es su importancia que hasta nuestros días se discute no sólo el significado de la salud, sino además las dimensiones que en ella se ven implicados.

2. FACTORES QUE PROPICIAN LA SALUD

Como se había mencionado anteriormente, gracias al surgimiento del modelo denominado biopsicosocial, se comienza a considerar a la salud como resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en el que vive tratando de adaptarse a este, lo cual dio pauta a la participación de los psicólogos en el ámbito de la salud; como lo es en la investigación de los factores biopsicosociales asociados al proceso salud enfermedad (San Martín, 2003).

Galván (2003) lleva acabo una clasificación de factores con los que el ser humano tiene interacción permanente y que directamente o indirectamente dependen del individuo para mantener su salud.

- Ψ Factores socioeconómicos y culturales.- determinados por la etnia, género, religión, educación, economía, nivel social, etc. ya que estos aspectos van a ser factores de riesgo determinantes en la salud.
- Ψ Factores orgánicos.- fundamentos fisiológicos y genéticos de los cuales depende el buen funcionamiento de los sistemas y aparatos del cuerpo.
- Ψ Factores psicológicos.- estos determinan el bienestar subjetivo del individuo, el cual esta en función de sus pensamientos, emociones y percepciones.
- Ψ Factores ambientales.- tanto el microambiente, como lo es la contaminación que produce cambios en el clima (factores que dependen del control del individuo) y el macroambiente (factores en los cuales las personas tienen poco o ningún control).

San Martín (2003) basándose en el planteamiento de que la salud y la enfermedad no tienen una causa única hace énfasis en diversos factores como los genéticos, ambientales, socioeconómicos, demográficos, culturales y

educativos ya que cada uno de ellos intervienen en la determinación y variación de salud.

- Ψ La genética.- estudia la herencia, la reproducción, los trastornos en la descendencia; siendo éste uno de los factores que más le interesan a la salud pública esto debido a pueden evitarse o tratarse con éxito.
- Ψ El medio ambiente.- puede influir en forma positiva o negativa en el fenómeno salud enfermedad, ejemplo de este puede ser la contaminación.
- Ψ La demografía.- estudia la cantidad y distribución de la población por lo que es indispensable para la planificación de la salud.
- Ψ La cultura y educación.- ejercen un papel importante en la enseñanza de comportamientos, actitudes y hábitos que pueden resultar perniciosos para la salud; por lo que una buena educación podría ayudar a eliminar los hábitos o costumbres dañinas; así como a mejorar el ambiente y a utilizar los servicios de salud que se tienen para prevenir enfermedades y mantener la salud.
- Ψ Los aspectos socioeconómicos.- son decisivos en el proceso de salud enfermedad ya que forman parte del entorno del individuo y son imposible evitarlos.

Como profesionales de la salud es importante el conocimiento de todos y cada uno de estos factores puesto que intervienen en el proceso de salud-enfermedad y sobre los cuales intervendrán los profesionales de manera multidisciplinaria, con el objetivo de que el individuo que se encuentra en interacción permanente con el medio en el que vive se adapte y equilibre, es decir que adquiera un nivel de salud cada vez más elevado, evitando la desadaptación, es decir, la enfermedad.

Uno de los modelos mayormente utilizados por los profesionistas de la salud y que toma en consideración los diversos factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad es la denominada Historia natural que a continuación se revisa.

3. HISTORIA NATURAL

El enfoque denominado Historia Natural de la enfermedad explica la relación del hombre con su medio, el cual como lo menciona Yoshiko (1995) se basa en tres factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio; estos son: el agente, el huésped y el medio ambiente; esta interacción es llamada tríada ecológica. Si se llega a romper el equilibrio entre estos tres resulta una condición patógena donde el hombre se encuentra aparentemente sano, pero en realidad se encuentra variando de estado de salud a enfermedad debido a la desadaptación, física mental o social.

Novoa (1989), indica que el agente es el factor responsable directo y específico de la enfermedad; el huésped es el sujeto de una enfermedad y el medio ambiente es el sitio y las condiciones donde ocurre la interacción entre el agente y el huésped; a continuación se desglosan cada uno de los factores que interactúan en la tríada ecológica:

Huésped.- El cual es definido por Yoshiko (1995) como cualquier ser vivo que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente causal de enfermedad; este contiene los factores de susceptibilidad o de resistencia a las enfermedades como lo son:

Estructura genética.- Se constituye en el momento de la unión del óvulo y el espermatozoide, de la cual se pueden heredar enfermedades aspecto que Novoa (1989) menciona como predisposición hereditaria.

Etnia.- Existen enfermedades que afectan con más frecuencia a alguna etnia por lo que se hace necesario averiguar sobre los hábitos enseñados

dentro de la cultura ya que biológicamente no hay diferencias físicas significativas entre las razas

Edad.- En cada etapa de la vida predominan algunas enfermedades.

Género.- Hay enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en alguno de los sexos.

Ocupación.- Se interrelaciona con las exigencias físicas y psicológicas derivadas de la ocupación, del grupo ocupacional y del ambiente del trabajo.

Estado Nutricional.- Yoshiko (2005) menciona que tanto la falta de nutrimentos, como el sobrepeso, favorecen el contraer enfermedades diversas.

Personalidad.- Que es definida por Novoa (1989) como la forma en que el individuo reacciona y actúa y las impresiones que produce en los demás seres vivos, la cual puede producir inadaptaciones emocionales y sociales.

Aspecto psicológico.- la tensión emocional puede favorecer la aparición de diferentes enfermedades (Yoshiko, 1995) al igual que las conductas, actitudes y aptitudes.

Hábitos.- Lo que se acostumbra a comer o los comportamientos que se practican influyen de forma directa en nuestra salud.

Inmunidad.- La cual es definida por Yoshiko (1995) como la resistencia a determinada enfermedad que evita que la persona se enferme. Existen dos tipos de inmunidad, la primera de ellas llamada inmunidad natural o heredada, que puede ser de especie, de raza o individual esta es propia de cada persona; y la segunda nombrada inmunidad adquirida que se subdivide en dos, la activa en donde el organismo produce anticuerpos al vacunarse, y la pasiva la cual consiste en que el organismo recibe los anticuerpos ya formados.

Yoshiko (1995) precisa que el agente es un poder, principio o sustancia cuya presencia o ausencia seguida del contacto efectivo con un huésped susceptible es capaz de originar una enfermedad. Estos agentes pueden ser los siguientes:

Agentes biológicos.-Producen enfermedades transmisibles y pueden ser bacterias, virus, hongos y parásitos. Para que un agente biológico produzca una enfermedad hay que considerar su virulencia, es decir, su malignidad y su poder antigénico, que es capaz de provocar en el huésped la formación de anticuerpos.

Agentes Físicos.- Entre estos se encuentran los cambios de temperatura, la presión de gases o líquidos, el efecto mecánico de objetos o instrumentos, la electricidad y las radiaciones, los cuales facilitan la aparición de enfermedades.

Agentes químicos.- Las sustancias químicas que pueden ser endógenas, es decir que se producen en el propio cuerpo del ser humano y no se eliminan; y las exógenas, las cuales se encuentran en el medio ambiente, como lo son los gases tóxicos.

Agentes psicológicos.- Novoa (1989) enuncia este tipo de agentes a los conflictos, las frustraciones, las tensiones emocionales, que las acompañan como la cólera, el miedo y la angustia; estas fuerzas emocionales deben de considerarse como factores de riesgo psicológico debido a que ocurren en el organismo del ser humano que reacciona siempre por motivaciones.

Agentes sociales.- Los cuales son aquellos que se encuentran relacionados con la interacción de los vínculos que forman las personas con los grupos, comunidades, organizaciones y demás seres sociales; debido a que estos transmiten una conducta que moldea la personalidad y conducta del individuo.

El tercer componente de esta tríada ecológica es el denominado medio ambiente, que se refiere a todo aquello que existe fuera del organismo vivo, todo lo que nos rodea en el universo externo; es el medio físico, es el medio

biológico, y social en el cual el organismo vive, incluye todos los factores o circunstancias externas ante las cuales los seres vivos reaccionan o pueden reaccionar (Novoa, 1989), entre los componentes de este medio ambiente Yoshiko (1995) menciona los siguientes:

Factores geográficos.- como lo son la altitud, la orografía e hidrografía, cuyas características ayudan a moldear los patrones de vida.

Factores meteorológicos.- como lo son la temperatura, la humedad del aire, la precipitación, los vientos, terremotos, ciclones entre otros.

Factores geológicos.- estos depende de las características del suelo en que el ser humano vive.

Factores socioculturales.- que se delimitan por las costumbres, ocupaciones, valores, creencias, religión, lenguaje, normas actitudes ante la enfermedad; las cuales constituyen la cultura de los grupos sociales.

En esta tríada ecológica el proceso de enfermedad o el estado de salud en el hombre depende como se había mencionado anteriormente de una compleja interacción de estímulos entre el agente, el huésped y el ambiente; por lo que el conjunto causal resulta de múltiples influencias, características, variaciones o factores de riesgo de cada uno de los tres elementos (Novoa, 1989).

Con base en la tríada ecológica se explica la historia natural de la enfermedad la cual establece dos momentos (Novoa, 1989 y Yoshiko, 1995); el primero de ellos es el *prepatogénico* que se realiza en el medio ambiente antes de ser afectado el hombre, el segundo es señalado como *periodo patógeno* el cual comprende cuatro periodos; el primero de ellos es denominado *patogénesis temprana* enfermedad inaparente, no diagnosticada clínicamente; el segundo es la *patogénesis subclínica* que es cuando se lleva acabo el diagnóstico con ayuda del laboratorio; el tercer periodo es la *patogénesis avanzada* en donde la sintomatología es completamente diagnosticable; y el último periodo es la *patogénesis grave* en donde ocurre una convalecencia, una invalidez o

cronicidad; si llegara a realizarse en cualquier periodo un tratamiento se podría restablecer la salud o en caso contrario se presentaría la muerte.

Como se revisó, la salud es un proceso que ocurre por la interacción de varios factores, como lo son los genéticos, ambientales, socioeconómicos, demográficos, culturales y educativos; por lo que los profesionales involucrados en este proceso no sólo son los médicos; sino, además pueden realizar una labor importante los psicólogos de la salud, tanto en el tratamiento de las enfermedades, como en su prevención.

4. PREVENCIÓN

Dentro de las numerosas tareas del psicólogo podemos encontrar la creación de programas para la prevención en sus diferentes niveles, esto con base en el conocimiento de las técnicas y los principios psicológicos que pueden ayudar a los pacientes a prevenir, afrontar y tratar las enfermedades. Sin embargo, ¿que es la prevención? ¿Cuales son los modelos que la Psicología de la Salud utiliza para explicar los diversos comportamientos desarrollados o adquiridos en el proceso de la salud-enfermedad? ¿Qué es lo que permite que exista un cambio en los hábitos y estilos de vida del ser humano? A continuación abordaremos estas interrogantes.

Tal es la importancia que en esta época se le comienza a dar a la prevención que como lo indica Becoña y Oblitas (1995) en el año de 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó la carta magna mediante la que se pretendía coordinar las estrategias que se desarrollaran en el campo de la salud en todos los países del globo terráqueo, siendo su detonante la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, apostando a esos dos como una alternativa al simple tratamiento o rehabilitación.

Hoy en día se le comienza a dar un mayor peso a la prevención, debido al cambio epidemiológico que se ha observado tanto en países industrializados como del tercer mundo, siendo un ejemplo de ello nuestro propio país, México; en el cual hasta hace unos años las principales causas de muerte eran las enfermedades transmisibles, la desnutrición, las infecciones respiratorias, las diarreas entre otras (Uribe y López, 2001) mientras que hoy en día las causas de muerte se centran en problemas crónicos, como lo son el cáncer, enfermedades cardiovasculares, la diabetes, hipertensión arterial, entre otras muchas, cuyo origen se origina en los comportamientos de los sujetos, y las cuales podrían prevenirse si las personas modifican sus comportamientos; convirtiéndose la prevención en uno de los objetivos principales de la Psicología.

El término prevención, de origen latino hace referencia a la acción y efecto de prevenir, relacionando el concepto de preparación o acción anticipada y el de pronosticar; por lo que su objetivo es el de evitar males o daños evidentes, al saber con anticipación lo que ha de pasar, para que otros conozcan lo que va a ocurrir y tomar medidas para evitar y remediar algo (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Así se habla de un sujeto prevenido como una persona avisada o informada, que conoce con antelación el curso de los acontecimientos. Una acepción tiene que ver con la de llevar acabo una series de acciones que impidan el daño del que previamente se está informando.

5. TIPOS DE PREVENCIÓN

Oblitas y Becoña (2002) anuncian que la prevención es la alternativa más adecuada en los programas gubernamentales de salud, en todos los países, pero es importante aclarar que existen diferentes niveles de prevención al igual que predominan dos formas conocidas de clasificar estos niveles de prevención; una de ellas es la que se lleva acabo con base en el conocimiento de la Historia Natural de la Enfermedad clasificando solo tres niveles (Yoshiko,

2005 y Novoa, 1989) mientras que la OMS reconoce cuatro niveles (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997). Enseguida se hace una revisión de cada una de los niveles de prevención, de ambas concepciones.

5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Yoshiko (2005) basándose en la Historia Natural de la Enfermedad menciona que esta prevención es la más importante por que se aplica en el periodo prepatógeno de la enfermedad con el propósito de mantener y promover la salud; y evitar la aparición de la enfermedad esto mediante el rompimiento de eslabones de la cadena epidemiológica evitando así que produzca el estímulo de enfermedad (Novoa, 1989).

Sus tareas se centran en la promoción de salud que consiste en la adquisición de conocimiento del individuo que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud; y en la protección específica que son aquellas medidas que se toman con el fin de evitar la enfermedad, un ejemplo de estos podrían ser los exámenes periódicos selectivos con base en los factores de riesgo que presenta el individuo.

Este mismo nivel es retomado por Santacreu, Márquez y Rubio (1997) delimitándolo como la prevención de la enfermedad o el daño en personas sanas sin entrar en detalle en el procedimiento de prevención; esto se lleva a cabo al informar del estado de la situación con pretensiones de informar lo antes posible, o con la intención de informar para que se puedan llevar a cabo situaciones que reduzcan el posible daño que se avecina. En algunos casos se hace referencia exclusivamente al estudio de los procesos etiológicos o a las descripciones epidemiológicas; en otros a la generación de indicadores de alarma, como la detección de humos, los ingresos en urgencias de una determinada enfermedad, las encuestas de los estilos de vida y su relación con el padecimiento de enfermedades; en varios más se establece que se hace prevención en la medida en que se hacen públicos estos datos.

La diferencia existente en este nivel es que la concepción basada en la OMS sólo se limita a brindar la información de la situación del estado salud enfermedad que se vive con el objetivo de llevar a cabo situaciones que reduzcan en lo mayormente posible el daño que se pudiera presentar; mientras que la concepción basada en la Historia Natural de la Enfermedad toma dos tareas la primera de ellas es brindar educación e información acerca de la salud y la segunda es la de tomar medidas con el fin de evitar la enfermedad.

5.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Novoa (1989) con base en el enfoque denominado Historia Natural de la Enfermedad describe este nivel con un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, limitación del daño de una enfermedad en evolución, para modificar las alteraciones progresivas, evitando lesiones orgánicas graves que produzcan una mayor incapacidad; es decir este nivel de prevención se aplica cuando el individuo está enfermo porque fracasó la prevención primaria.

Comprendiendo dos tareas; la primera de ellas el diagnóstico precoz, es decir detectar la enfermedad que apenas comienza, antes de su manifestación clínica; mientras que su segunda tarea es el tratamiento oportuno evitando que la enfermedad avance y que pierda sus facultades físicas, psíquicas o ambas que alteran el normal desempeño de las actividades (Yoshiko, 2005)

Mientras que para la OMS (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997) este nivel se refiere a todo tipo de actuaciones que se ejecutan para impedir la enfermedad o el daño, pero con referencia a una determinada población que previamente se identifica como población de riesgo; por lo tanto la actividad se centra en remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene información. Un ejemplo es la vacunación contra el sarampión de una población en donde se han detectado algunos brotes.

5.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

Según la OMS por prevención terciaria se entiende aquellos tipos de actuaciones en los que se interviene cuando la enfermedad es inicial, en la que aparecen apenas los primeros síntomas y se previenen estados más avanzados de la enfermedad, lo que se intenta es reducir y remediar el daño ya presente (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Sin embargo, para la concepción basada en la Historia Natural de la Enfermedad este nivel de prevención vendría centrándose en el proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica (Yoshiko, 2005), para corregir hasta donde sea posible, la incapacidad del daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad (Novoa, 1989).

La diferencia de estas concepciones a este nivel radica en que una se centra en la intervención cuando la enfermedad es inicial; mientras que en la segunda concepción la enfermedad ha afectado a la persona que se enfoca en la rehabilitación.

5.4 PREVENCIÓN CUATERNARIA

Este nivel de prevención sólo es citado por la OMS (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997) y se realiza cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad, ha sido tratado con un resultado favorable, o al menos paliando sus efectos más nocivos, y se cree que las posibilidades de recaída son muy altas. Así este nivel se reduce a lo que se ha llamado “prevención de recaídas”.

Oblitas y Becoña (2002) señalan que la prevención primaria es preferible a la secundaria, terciaria y cuaternaria; además que puede llegar a ser con relación a costos la que mayormente convenga a nivel mundial.

En estos niveles de prevención revisados y en los programas de prevención actúan equipos multidisciplinares formados por médicos, psicólogos,

demógrafos, estadísticos, sociólogos, trabajadores sociales y otros especialistas ya que, como se había mencionado, el proceso de salud-enfermedad es continuo y multicausal.

Con relación al psicólogo de la salud, Matarrazo (citado en Villalobos, 2004) señala que posee las habilidades para desarrollarse exitosamente en cada una de ellas; por lo que la prevención se debería convertir en una de las tareas principales ya que esta disciplina se puede encargar de la promoción, el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad; y no sólo su tratamiento, curación y rehabilitación, como generalmente se ha hecho.

Así para que el psicólogo lleve a cabo su labor en esta área de la psicología de la salud hace uso no sólo de una teoría específica; sino de diferentes teorías y modelos mediante los cuales se puede abordar las muy diversas e importantes tareas del psicólogo. Específicamente en el presente apartado se abordarán aquellos modelos mayormente conocidos y utilizados por los psicólogos para explicar los comportamientos relacionados con la salud.

6 MODELOS DE COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN A LA SALUD

La investigación y aplicación de los Modelos que intentan dar cuenta de las acciones de las personas respecto a la salud comenzaron fundamentalmente según lo menciona Brannon y Feist (2001^a) desde un modelo preventivo cuyo objetivo era persuadir a las personas para que adoptaran conductas que previnieran la enfermedad y/o sus consecuencias en los diferentes niveles.

Tal fue y ha sido su eficacia que en los últimos veinticinco años han aparecido numerosos modelos en el campo de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud; que intentan dar cuenta de las relaciones entre la conducta y la salud de los individuos (Fusté-Escolano, 2004).

6.1 MODELOS DE RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y SALUD.

Un primer grupo de modelos explicativos se centran en los rasgos de la personalidad y fueron propuestos por Suls y Rittenhouse (citados en Fusté-Escolano, 2004) los cuales intentaron explicar la relación entre comportamiento y salud a partir de los rasgos temperamentales y de carácter que determinan la forma de actuar de los individuos. Primordialmente son tres los modelos derivados de esta concepción y a continuación se enuncian.

6.1.1 PERSONALIDAD COMO INDUCTORA DE HIPERACTIVIDAD.

Este modelo se basa en la suposición de que ciertas personas responden de forma aguda, esto es, de forma puntual y/o permanente, con una actividad fisiológica exagerada a los estresores; tal reactividad fisiológica está determinada por la evaluación de las situaciones como más estresantes de lo que en realidad son; o bien por que las conductas realizadas por estos individuos producen elevadas respuestas a nivel fisiológico.

Esta forma de actuar es producto de las características cognitivas propias de ciertos perfiles de personalidad produciendo una reactividad fisiológica que si es elevada en intensidad o frecuencia, afectará a los distintos órganos del cuerpo y pondrán en riesgo la salud del individuo.

6.1.2 MODELO DE LA PREDISPOSICIÓN CONSTITUCIONAL

Fusté-Escolano (2004) ilustra que este modelo sostiene que las disposiciones de personalidad asociadas con riesgo de la enfermedad pueden ser solo marcadores de alguna debilidad física innata o anomalías orgánicas que aumentan la susceptibilidad a la enfermedad. Los postulados de este modelo, esencialmente son dos:

- 1.-La predisposición de personalidad tiene un fuerte origen constitucional.
- 2.-La predisposición constitucional aumenta la susceptibilidad a los patógenos externos y/o al daño degenerativo de los órganos.

Este modelo nos da la posibilidad de entender cómo es que la personalidad puede influir o predisponer a un individuo a desarrollar alguna enfermedad o a ser más vulnerable ante la presencia de factores de riesgo. Estos dos modelos como se menciona por Fusté-Escolano (2004) mantienen efectos bidireccionales y recíprocos.

6.2 MODELOS COGNITIVOS-CONDUCTUALES

Un segundo grupo de modelos explicativos le otorga una mayor importancia a las cogniciones fundamentándose en un enfoque cognitivo-conductual. Aunque estos modelos difieren significativamente en cuanto tipo de conducta que explican, sin embargo, parece que contienen variables similares. Dentro de este grupo encontramos fundamentalmente cuatro modelos los cuales se caracterizan por considerar que las actitudes y las creencias son los principales determinantes del comportamiento, a partir de los cuales podemos efectuar previsiones bastante fiables acerca del curso de la acción probablemente de una persona bajo determinadas circunstancias (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004). Por lo que a continuación se explicaran brevemente estos cuatro modelos, de la perspectiva cognitivo-conductual.

6.2.1 CREENCIAS SOBRE LA SALUD (HBM)

Formulado por Hochbaum y reformulado por Rosentock y Kirsch (citado en León y Medina, 2004). Este modelo sugiere que una persona adoptara o no una acción de la salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de la salud y de las percepciones sobre:

- 1.- la susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad.
- 2.- la gravedad que el individuo perciba de las consecuencias en caso de contraerlas
- 3.- beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas y
- 4.- los costes o barreras físicas, psicológicas, económicas, etc., de llevar acabo la acción.

Por lo que la hipótesis original como lo menciona Brannon y Feist (2001^a) es que generalmente los individuos no llevarán a cabo conductas de salud a menos que tengan unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, que se vean así mismos como amenazados, estén convencidos de la eficacia de la intervención y vean pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta.

León y Medina (2004) sostienen que la importancia de tener en cuenta una serie de factores modificadores (culturales, sociodemográficos, psicológicos) que pueden influir en el proceso, pero que no están relacionados en términos causales con este; por lo cual Brannon y Feist (2001^a) considera como una limitación ya que según el para que este modelo sea útil debe de tomarse en consideración todos los factores, lo cual es bastante complejo.

6.2.2 TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN DE LA PROTECCIÓN

Modelo propuesto por Rogers, Harris y Middleton (citado en León y Medina, 2004) el cual sostiene que la probabilidad de que una persona tenga la intención de adoptar comportamientos de salud puede aumentarse haciendo que ésta perciba que su salud está seriamente amenazada, pero que puede hacer muchas cosas eficaces y a un coste muy bajo para reducir su riesgo de enfermar.

Establecida esta motivación protectora, ésta actuaría para prevenir la enfermedad, promoviendo la práctica de distintos comportamientos relacionados con la salud. Sus componentes se dividen en dos clases de variables que interaccionan entre sí, de forma aditiva, para determinar la fuerza de la motivación de la protección; dichas variables son:

a) la apreciación de la amenaza, la cual resulta de resaltar las desventajas de la respuesta desadaptativa modificando así la conducta por el miedo a enfermar.

b) la evaluación de la respuesta de afrontamiento, la cual es el resultado de resaltar la eficiencia de una nueva respuesta y de los costes personales de dicha respuesta adaptativa.

Esta formulación tiene importantes implicaciones para la intervención, de las cuales la más importante es que enfatizar el riesgo es tan eficaz como lo es el facilitar a los individuos que aumenten su auto eficiencia.

Este modelo es uno de los que mayormente ha tenido apoyo empírico; esto debido a que se reconoce que sobre el desempeño efectivo de la conducta no sólo influye la intención; sino que además existen otros factores que son necesarios considerar, los cuales se engloban en el concepto de percepción de control.

6.2.3 TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Fernández-Ballesteros (año) señala que esta Teoría es propuesta por Ewart, teniendo como antecedentes un modelo descrito por Leventhal en 1970. Ésta como lo menciona León y Medina (2004) considera que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes, están bajo control volitivo de la persona, siendo el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano la intención de llevarlo o no a cabo. Esto no significa que siempre se de una perfecta correspondencia entre la intención y el comportamiento sino simplemente que una persona actúa por lo general de acuerdo con una intención, salvo que se presenten acontecimientos imprevistos.

El modelo incluye básicamente tres dimensiones; la autorregulación como un estado-acción deseado, un conjunto de mecanismos de cambios interconectados, y un conjunto de sistemas socioambientales que determinan contextualmente como se operan los mecanismos de cambio personal (Brannon y Feist; 2001^a).

La autorregulación o intención de realizar o no una conducta se encuentra determinada por dos factores, el primero es el personal que es la evaluación

que el individuo hace sobre la realización del comportamiento y los resultados obtenidos; mientras que el segundo es la percepción que tiene el individuo acerca de las presiones sociales que ejercen sobre ella para que realice o no el comportamiento. Cada uno de estos factores tiene un uso relativo los cuales dependen de la intención que estemos estudiando y de la persona en cuestión.

Resumiendo podríamos afirmar que esta teoría sostiene que una persona tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño de la misma y cuando considere que sus referentes sociales significativos piensa que debería llevarla a cabo.

Su limitación, reconocida por Brannon y Feist (2001^a) se centra en la escasa atención que presta a las variables emocionales a la hora de explicar las conductas de salud, cuando es sabido que éstas juegan un papel importante como determinantes del comportamiento saludable.

6.2.4 MODELO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (MPS)

El modelo de la promoción de la salud se deriva básicamente de la teoría del aprendizaje social y fue construido por Pender (citado en Brannon y Feist; 2001^a) el cual subraya la importancia de los procesos mediadores cognitivos en la regulación de la conducta.

Los determinantes de la conducta promotora de la salud se categorizan en tres:

- 1.- factores cognitivo-perceptivos: que son los mecanismos motivacionales primarios para la adquisición y mantenimiento de las conductas promotoras de salud.
- 2.- factores modificables: en donde se incluyen las variables demográficas, las características biológicas, influencias interpersonales, factores situacionales y factores comportamentales, y finalmente las
- 3.- variables que afectan a la probabilidad de la acción: son básicamente las claves para la acción tanto internas como externas.

Después de revisar estos modelos psicológicos que tratan de explicar las acciones de las personas respecto a la salud, que se caracteriza por ser un proceso multicausal, podemos apoyar la idea de León y Medina (2004) que afirma que los modelos considerados constituyen herramienta útiles y necesarias para el desarrollo de la disciplina psicológica de la salud; ya que han generado una serie de investigaciones que han aumentado nuestro conocimiento sobre el comportamiento de las personas relacionado con la salud y nos ha facilitado una guía para la acción, para llevar de forma eficaz y eficiente la labor del psicólogo de la salud, en cualquier nivel de prevención o tratamiento: en nuestro caso muy particular relacionado con la enfermedad crónico degenerativa denominada cáncer, misma que será abordada de forma general en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO TRES

ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA: CÁNCER DE MAMA

El hombre ha modificado su ambiente y su manera de vivir, introduciendo un cambio concomitante en la prevalencia y la gravedad de sus enfermedades. Así los problemas actuales de salud pública son originados por las tensiones y la ansiedad de la vida diaria lo que constituyen un desplome total en nuestro organismo; la industrialización, es la característica del mundo hoy en día, de manera que han traído modificaciones en los patrones de las enfermedades.

Los cambios han generado nuevas enfermedades, las epidemias actuales muestran que las enfermedades infecciosas van disminuyendo aunque no han sido totalmente erradicadas y en la mayoría están siendo desplazadas por las denominadas enfermedades crónicas. En la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas, representan la causa de las principales muertes en nuestro país; cerca del 80% de los recursos sanitarios y el 60% de las camas en los servicios de salud se destinan a las personas que padecen alguna enfermedad crónica (Galván y Hernández, 2003 y Rodríguez y Rojas 1998).

Las enfermedades crónicas no tienen una definición única y/o precisa debido a la complejidad de los aspectos interrelacionados entre sí, tanto del ambiente como del individuo mismo; sin embargo Juárez (1992) señala que la palabra crónico implica una enfermedad de evolución lenta y de larga duración. Entre las diversas definiciones se pueden mencionar las siguientes:

Taylor (citado en Villalobos, 2004) define a la enfermedad crónica como trastornos orgánicos funcionales que fuerzan al individuo a modificar su manera de vivir, por largos periodos de tiempo; mientras que para Juárez (1997) la enfermedad crónica tiene un complejo proceso de evolución lenta y larga duración, el cual involucra todo un conjunto de factores sociales, individuales, familiares, de tiempo, gastos médicos y cuidados de salud.

Mientras que Beneit (1981) señala que la enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional de etiología multifactorial con un proceso de evolución lenta y larga duración. Entre los factores involucrados para el desarrollo de alguna enfermedad crónico-degenerativa están los: ambientales, hereditarios, psicológicos y factores sociales (Beneit, 1981, Juárez, 1997, Villalobos, 2004).

Estas enfermedades se caracterizan por ser permanentes, de larga duración, pueden ser asintomáticas y cuando se presentan los síntomas no son necesariamente constantes; además exigen cuidados constantes y tratamientos especiales lo cual obliga al paciente a la modificación en su modo de vida como lo pueden ser cambios en su actividad física, laboral, social y familiar, asumiendo que su enfermedad durará toda la vida.

Brannon Feist (2001_b) indican que debido a su etiología múltiple, a la gravedad de las mismas y a la forma en que interfieren en la vida de los pacientes las enfermedades crónicas- degenerativas difieren en su impacto y para poder adaptarse adecuadamente a su nueva condición de vida, requieren del apoyo y asistencia de diferentes profesionales (médicos, psicólogos, enfermeras, entre otros) mediante un trabajo multidisciplinario, que cada vez se hace más necesario debido a la gran incidencia reportada los últimos años.

.1 ETIOLOGÍA

La etiología de las enfermedades crónicas es multifactorial y compleja aunque con base en Villalobos (2004) y Juárez (1992) es importante mencionar algunos factores como lo son:

- Ψ *Factores ambientales.*- como lo es la contaminación ambiental.
- Ψ *Factores hereditarios.*- hacen que un individuo este predispuesto a desarrollar ciertas enfermedades a causa de la herencia genética
- Ψ *Factores sociales.*-Se definen como la cantidad de los recursos y contactos con que se disponen para la incidencia en la salud del individuo.
- Ψ *Factores psicológicos.*- Definen la conducta operativa, los hábitos, los estilos de vida y las opciones personales, mediante las cuales el individuo

selecciona o transforma el ambiente social y los recursos biológicos derivados de la actividad mental, así como las cargas que recibe por las consecuencias.

Ψ *Factores personales.*- Entre estos se encuentran, prácticas de seguridad protección, participación en programas promocionales y preventivos, cumplimiento de las recomendaciones e instrucciones de los profesionales de la salud y uso de los recursos y servicios sanitarios de la comunidad.

Y finalmente Piedrola (1991, citado en Juárez 1997) menciona que la enfermedad crónica posee características como: permanencia, larga duración, con cuidados constantes, originada por factores complejos y de multicausalidad como los hábitos personales y sociales y los comportamientos; señalando que las enfermedades crónicas son aquellas que poseen una o más de las características siguientes:

- Ψ Permanentes y de larga duración
- Ψ No están producidas por agentes infecciosos
- Ψ Están producidas por factores complejos, en los que intervienen una multicausalidad
- Ψ Dentro del determinismo etiológico interfieren, factores psico-sociales o de comportamiento, químicos, físicos, entre otros.

A partir de las definiciones expuestas se puede concluir que a pesar de las discrepancias que presentan, todos los autores coinciden en que las enfermedades crónicas son de etiología multifactorial, compleja, lenta y larga duración, por lo que es necesario abordarlas de manera multifactorial, tomando en consideración los diversos aspectos implicados en tales enfermedades lo que llevaría a los diversos profesionales a trabajar de forma conjunta.

.2. FASES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Villalobos (2004), indica que en este tipo de enfermedades se presentan comúnmente dos fases:

Fase inicial.- en dicha fase los individuos padecen de importantes alteraciones en sus actividades cotidianas

Fase crisis.- es caracterizada por un desequilibrio físico, social y psicológico; surge cuando la manera usual de afrontar los problemas no resulta eficaz y en consecuencia, el individuo que la padece, experimenta ansiedad, miedo, desorganización, entre otras emociones; en esta fase se desarrollan diferentes comportamientos adaptativos, como:

- Ψ Hacer frente al dolor y a la incapacidad
- Ψ Enfrentar el contexto hospitalario y los diversos procedimientos terapéuticos a los que se tendrá que someter
- Ψ Establecer relaciones con los profesionales de la salud, tales como: médicos, psicólogos, entre otros.

Taylor (1986, citado en Villalobos 2004) señala que una vez realizados los comportamientos adaptativos, se pueden provocar reacciones que son habituales a toda situación de crisis, estos son: el mantenimiento de un equilibrio personal, la conservación de una autoimagen satisfactoria, la preservación en la manera de lo posible de las interacciones tanto de índole familiar como de amistad y la preparación para un futuro incierto (este ultimo punto no solo es aplicable a los individuos que padecen alguna enfermedad crónico- degenerativa, sino a todos los individuos).

.3 PROBLEMAS ORIGINADOS POR LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Los problemas derivados en una persona que padece de alguna enfermedad crónica-degenerativa son muy diversos y dependen de las características del individuo; sin embargo esta gama de problemas pueden ser clasificados bajo tres rubros (Villalobos, 2004):

.3.1. PROBLEMAS FÍSICOS

Este rubro incluye 2 tipos de problemas físicos:

- Ψ Los problemas físicos asociados a la enfermedad crónica son muy diversos y en la mayoría de los casos, sino es que en todos, imponen considerables limitaciones en la vida de los individuos, estos son: cambios metabólicos, afecciones orgánicas, deterioro motor y/o cognitivo, entre otros.

- Ψ Los problemas originados por los tratamientos médicos a los que son sometidos los pacientes con una enfermedad crónica, también pueden ser de muy diversa índole y generalmente los pacientes tienen la impresión de que estos tratamientos les imponen muchas limitaciones y desarrollan malestar y sensaciones desagradables, algunos ejemplos pueden ser:
 - Ψ En la Quimioterapia: náuseas, vómito, pérdida de cabello, entre otros.
 - Ψ Los farmacológicos: somnolencia, aumento de peso, impotencia y/o disfunción sexual.
 - Ψ En otros tratamientos: restricciones en actividad física, cambios de dieta, dejar de fumar, necesidad de ejercicio, entre otras cosas.

Aquí se puede presentar uno de los problemas más importantes como lo es la dificultad del individuo a adherirse al tratamiento, además se pueden presentar factores que contribuyen a la recurrencia o la exacerbación de la enfermedad.

.3.2 PROBLEMAS LABORALES Y SOCIALES

Los problemas laborales y sociales pueden ser entre otras cosas:

- Ψ Escasas posibilidades de reincorporación total y parcial al campo laboral en el cual estaba insertado, antes de que el individuo fuera diagnosticado con alguna enfermedad crónico- degenerativa.
- Ψ Discriminación en los diversos contextos en los cuales se desenvolvía.
- Ψ Problemas de relaciones sociales, (familiares, amistosas).
- Ψ Cuando la Enfermedad crónica incapacita al individuo, amenaza considerablemente el equilibrio existencial del paciente.

- Ψ A consecuencia de la pérdida de capacidades desvalorizan su posición, en los diversos contextos (sociales, familiares y laborales).
- Ψ Se produce aislamiento social.
- Ψ Surgimiento de tensiones y modificaciones de los papeles y relaciones del paciente.
- Ψ Puede surgir la desesperanza, sensación de desamparo, y disminución considerable en la autoestima.
- Ψ Los problemas laborales no se presentan de manera aislada, ya que la aparición de la enfermedad crónica trae consigo diversos problemas, como los emocionales que a continuación se revisarán.

.3.3 PROBLEMAS EMOCIONALES

Es importante tomarlos en cuenta, debido a que la ocurrencia de una enfermedad crónica trae como consecuencia un gran impacto emocional; entre las reacciones emocionales se encuentran:

Negación.- Es un mecanismo de defensa por medio del cual el individuo al que le es diagnosticada una enfermedad crónica evita y/o evade las implicaciones de esta enfermedad, así Wohl (1959, citado en Villalobos, 2004) indica que entre las reacciones específicas se encuentran: actuar como si la enfermedad no fuera grave, pensar que la enfermedad va a desaparecer o esta enfermedad traerá consecuencias a corto plazo y que realmente no se está enfermo.

Miedo.- Éste surge como una respuesta emotiva muy habitual en este tipo de enfermedades; el miedo es una de las causas que producen más trastornos. Otros aspectos que producen dicha respuesta emotiva es el pensar en la incapacidad y/o invalidez, el dolor y la inseguridad de cómo se produzca y además es una fuente importante de ansiedad y estrés.

Depresión.- Este problema representa una de las características en el proceso de adaptación a la enfermedad, se presenta generalmente en el momento en el que el paciente comprende las implicaciones de su enfermedad.

Ira.- Los sentimientos de ira se presentan de forma retardada, al principio se desencadenan juicios de injusticia que poco a poco se transforman en reacciones de ira y hostilidad, estos generan rechazo hacia el tratamiento y hacia el personal de salud, e inclusive contra el mundo en general.

Ansiedad.- Aquí el paciente tiene agitación, poca capacidad de concentración, dificultades de sueño o comportamiento impulsivo.

Sentimiento de culpabilidad.- Se presentan tanto en el paciente como en los familiares, los cuales buscan al causante de la enfermedad en las personas, objetos o alguna acción que realizaron.

Arrogancia.- Aquí los pacientes se sienten merecedores de un tratamiento especial y algunas recompensas por la pérdida de salud.

Docilidad.- Se desarrolla en el momento en que los pacientes comprenden su enfermedad y realizan todo lo que les indica el médico pues consideran que así se pueden curar.

Estas reacciones emocionales son presentadas por los individuos una vez diagnosticados con alguna enfermedad crónica; cabe señalar que la aparición de las reacciones no se presentan de la forma en que se encuentran enlistadas, ni necesariamente todas se presentan en un mismo individuo. Se presentan como consecuencia del constructo social que se tiene acerca de lo que representa la enfermedad crónica, en específico lo que simboliza el cáncer el cual generalmente es asociado como una muerte segura; sin embargo, como se revisara posteriormente el cáncer diagnosticado oportunamente es curable.

.4 CÁNCER

Como se ha dicho, las enfermedades crónicas se caracterizan por ser de larga duración y tener repetidas exacerbaciones; éstas se presentan antes de evidenciarse y su formación es insidiosa y lenta; ejemplo de ellas encontramos

al denominado cáncer que como menciona Buceto, Bueno y Mas (2002) es una de las enfermedades más temidas, tres veces por encima de las enfermedades cardiovasculares y es considerada como una enfermedad incurable, asociada a la muerte.

San Martín (2003) indica que el cáncer es estimado como uno de los mayores problemas médicos de la humanidad y un problema social importante. Según las estadísticas, a nivel mundial, anualmente se producen un número estimado de 8 millones de casos nuevos de cáncer (Ribes, Balada, Borrás, Moreno, Viladiu y Bosch; 2000), Frías (2002) y Vázquez, Fernández y Pérez (1998) manifiesta que hasta el año 1990 este padecimiento era la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardíacas.

El Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI, 2007) reporta que entre 1990 y 2005, los tumores malignos (cáncer), se encontraban entre las cinco principales causas de defunción -ubicándose en tercer lugar- mientras que las estadísticas relacionadas con las principales causas de muerte entre hispanos, reportadas por la American Cancer Society (2007), ubican a este mismo padecimiento en segundo lugar; finalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 2005, registro, (IMSS, 2007) que la consulta a especialidades es mayormente a causa de enfermedades crónico degenerativas obteniendo el segundo lugar los tumores malignos. Tal es su impacto en la sociedad que se han destinado recursos a nivel mundial para la investigación y tratamiento de esta enfermedad; pero ¿qué es el cáncer?

.4.1. DEFINICIÓN

El cáncer, a pesar de los tópicos, no es exclusivo de la especie humana (tal como lo indica Brannon y Feist (2001_b) y Vázquez, Fernández y Pérez (1998). Hipócrates fue uno de los primeros en utilizar el termino “cáncer”, concepto que proviene de la palabra *carcinus*; para distinguir los procesos *neoplásicos* que a simple vista, se presentan de formaciones dotadas de prolongaciones o patas que, al igual que un cangrejo, hacen presa a los tejidos que invaden.

Gullatte (1999) ha definido el cáncer como una *neoplasia* caracterizada por el crecimiento incontrolable de células *anaplásicas* que tienden a invadir el tejido vecino y a *metastatizar* a distancia; por su parte Brannon Feist (2001b) consideran que el cáncer está representado por un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. Mientras Vázquez, Fernández y Pérez (1998) lo han conceptualizado como una proliferación anormal de células, en donde el sistema de división celular, se altera, desencadenando una división incontrolada que da lugar al crecimiento geométrico de una masa tumoral o *neoplasia*.

Así con base en la teoría de la mutación se explica el origen del cáncer, éste es el resultado de un cambio que opera en las células (mutación); esto es, las células continúan reproduciéndose en su forma mutada y dan como resultado un tumor. Existen muchos tipos distintos de tumores, los más comunes son los denominados células neoplásicas que se caracterizan por un crecimiento nuevo y casi ilimitado que despoja al huésped de los nutrientes y no proporciona efectos de compensación beneficiosos para éste, lo cual caracteriza a todas las clases de cáncer (Brannon y Feist, 2001b).

Estas células pueden ser benignas las cuales tienden a mantenerse localizadas en un área específica, y malignas que suelen extenderse y establecer colonias secundarias; invaden y destruyen el tejido circundante y también pueden desplazarse, extendiéndose a otras zonas del cuerpo. Brannon Feist (2001b) y Buceto, Bueno y Mas (2002) consideran que los tumores malignos pueden dividirse en cuatro principales:

- Ψ *Carcinomas*.- Son células de tejido *epitelial*, como la piel, la pared del estómago o mucosa, paredes del aparato respiratorio.
- Ψ *Linfomas*.- Es un cáncer del *sistema linfático*.
- Ψ *Sarcomas*.- Aparecen en el tejido conectivo, como los huesos, el músculo y el cartílago.
- Ψ *Leucemias*.- Cáncer que se origina en la sangre o en las células que la forman, como las de la médula ósea.

Hasta el momento y de forma resumida podemos decir que el cáncer se caracteriza por un crecimiento incontrolable de las células y que tienden a invadir el tejido vecino: sin embargo es importante considerar la forma en que esta enfermedad se desarrolla en el ser humano; lo cual permite considerarla entre las denominadas enfermedades crónicas.

.4.2. HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER

Tubiana (1989) indica que las células de un cáncer provienen de una sola célula "transformada" que le ha legado sus características a su descendencia; por lo cual se señala que el origen de las células cancerígenas es *monoclonal*. Sin embargo entre el momento que actúa el agente carcinógeno y el momento que se manifiesta el cáncer puede transcurrir un periodo de entre 10 y 30 años; algunos tipos de cáncer evolucionan muy lentamente, permitiendo que el enfermo lleve una vida normal durante una década o más; mientras que otros ocasionan la muerte del enfermo en algunos meses; todo lo anterior permite que al cáncer se le clasifique como una enfermedad crónica.

Un ejemplo de la forma en que evoluciona el cáncer es el del cuello uterino; que en una primer etapa las células sólo se dividen en la *capa basal* en donde las células se diferencian, se vuelven incapaces de dividirse y son empujadas hacia la superficie en donde se descaman y mueren; en la segunda etapa denominada *displasia* las células siguen dividiéndose aun cuando ya no se encuentren en la capa basal; por esta razón aumenta el espesor del *epitelio*. En una tercera etapa las células ya no se diferencian y se dividen en todas las capas epiteliales. Finalmente, en los canceres invasores las células cancerosas adquieren la capacidad de franquear la *membrana basal* y de infiltrarse en los tejidos subyacentes; denominándolo diseminación *metastática*, es decir las células migran a otros tejidos del organismo y forman colonias (Tubiana, 1989)

Harrison (1994, citado en Juárez, 1997) describe la manera en que las células cancerosas actúan de forma distinta a las células normales de las que vienen, éstas son:

- Ψ *Clonalidad*.- el cáncer es originado de una sola célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas.
- Ψ *Anaplasia*.- existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada.
- Ψ *Autonomía*.- el crecimiento no es regulado de forma adecuada por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente.
- Ψ *Metástasis*.- las células cancerosas

Para Gullatte (1999) los puntos revisados anteriormente son los que caracterizan al cáncer como una enfermedad crónico degenerativa; por lo cual es importante mencionar y revisar la variedad de cánceres existentes se caracterizan por la localización en diferentes partes del cuerpo humano, por su naturaleza y por el curso clínico de las lesiones.

.4.3 TIPOS DE CÁNCER

A continuación se llevará acabo la revisión de algunos de los cánceres con mayor incidencia a nivel mundial; y por lo tanto los más reconocidos.

Cáncer de pulmón

A nivel mundial es el tumor más frecuente entre los hombres, su tratamiento a pesar del esfuerzo realizado en los últimos años, continua siendo poco efectivo (Guillem, 2002). Por lo general, como lo menciona Gullatte (1999), esta *neoplasia* pulmonar maligna se detecta cuando se encuentra bastante avanzada, pues la metástasis puede proceder de la detección de la lesión primaria. Entre los síntomas se puede mencionar la tos persistente, *disnea*, *esputo purulento*, dolor torácico y crisis repetidas de bronquitis o neumonía.

Cáncer de colon y recto

El cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia en los hombres y mujeres de origen hispano (American Cancer Society, 2007); esta enfermedad neoplásica maligna se caracteriza por la alteración de los hábitos intestinales y en el transito de las heces (Villanueva, 2000). Su etiología es multifactorial, incluyendo factores

ambientales, susceptibilidad genética y cambios somáticos durante su iniciación y propagación. Del Barco, Fonseca y Rodríguez (1999) señalan que entre los síntomas que se presentan como indicio de un posible cáncer de colon y recto se encuentran presencia de dolor, hemorragias, obstrucción intestinal, disminución del calibre de las heces, diarrea, defecación imperiosa, *tenesmo*, pérdida de peso y debilidad.

Cáncer cérvico-uterino

A nivel mundial es el segundo tumor más frecuente entre las mujeres, y el primero en los países no desarrollados (Villanueva, 2000); Ribes, Balada, Borrás, Moreno, Viladiu y Bosch (2000) lo definen como cualquier enfermedad maligna del útero, como lo puede ser el cáncer cervical que afecta el cuello uterino o cáncer endometrial que afecte a la mucosa del cuerpo del útero. Entre los factores de riesgo se encuentran el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos en la adolescencia y el tabaco. Al respecto de los síntomas Martínez (2004) enlista los siguientes; sangrado anómalo, menstruación larga o periodos intermitentes, sagrado después del coito y anemia causada por la pérdida crónica de sangre. En las fases más avanzadas puede aparecer dolor en la parte baja de la espalda, las piernas y las ingles, *edema* en las piernas, dificultad para orinar, urgencia y *hematuria* consecuencias de la invasión de la vejiga, tenesmo y sangrado rectal como consecuencia de la invasión del recto.

Cáncer de próstata

García (1999) menciona que es la neoplasia más frecuente en el varón y la segunda causa de muerte por cáncer; es un *adenocarcinoma* lentamente progresivo de la glándula prostática; se desconoce la causa, pero se cree que está relacionado con las hormonas. En la génesis de este tipo de cáncer se ven implicados diversos tipos de factores entre los que se encuentran una dieta rica en grasas, niveles séricos de testosterona elevados y factores genéticos.

Estos tipos de cánceres son los que principalmente se presentan en el ser humano y los de mayor mortalidad; sin embargo, existen otros tipos de cánceres como son: el de esófago, escroto, faringe, boca, piel, cara, pené,

páncreas, de mama (del cual se mencionará más ampliamente en el siguiente apartado por ser el tema principal de este trabajo) entre otros.

.5 CÁNCER DE MAMA

Dentro de los diversos tipos de cáncer que padecen las mujeres se encuentra que en el año del 2004, hubo 270 casos más de mortalidad a causa de cáncer de mama (1295) en comparación con el cáncer cervico uterino (1024), ello de acuerdo a las estadísticas revisadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); por lo que a continuación se explicará a detalle que se entiende por cáncer de mama.

.5.1 DEFINICIÓN

Para entender adecuadamente los grupos de lesiones en la mama, es oportuno conocer como se encuentra está. La mama está formada por una serie de *glándulas mamarias*, que producen leche después del parto, y a las que se les denomina *lóbulos y lobulillos*, estos se encuentran conectados entre sí por unos tubos y/o conductos mamarios, que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia (Comino, 2001).

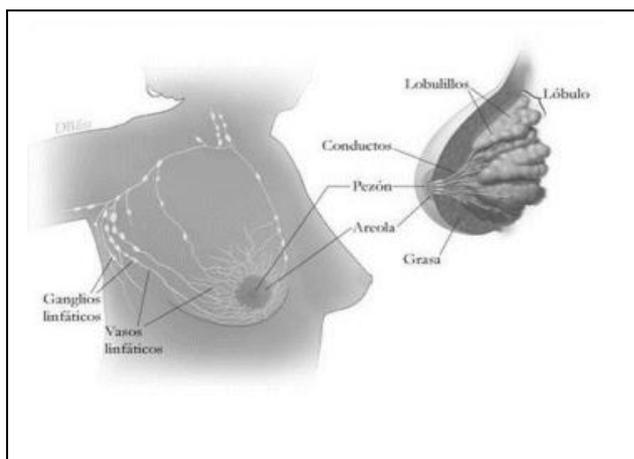


IMAGEN 1.1 Muestra la estructura de la glándula mamaria

Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el *tejido adiposo* y en el *tejido conjuntivo*, que junto con el *tejido linfático*, forman el seno; a modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama; mientras que la piel recubre y protege

toda la estructura mamaria. En cuanto al *sistema linfático* este se encuentra formado por vasos o conductos que contienen y conducen la *linfa*, que es un líquido incoloro formado por *glóbulos* blancos, en su mayoría *linfocitos*.

Para Comino (2001) el cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido; así los cánceres de mama son un grupo de lesiones heterogéneas. La mayoría de los *carcinomas* de mama son *adenocarcinomas* y se agrupan en base a su apariencia microscópica que corresponden a los conductos y lóbulos de la mama normal (Hernández, 2000).

El *carcinoma de mama in situ*, posee características particulares ya que su crecimiento no sobrepasa la membrana basal, representa aproximadamente el 15-20% de las neoplasias mamarias; existen dos tipos (Del Barco y Gómez, 1999 y Hernández, 2000):

1) Carcinoma ductal in situ, se origina en los ductos del *epitelio mamario*, se trata de una lesión precancerosa considerada como un estado preinvasivo que puede desarrollarse a un *carcinoma invasivo*, los principales factores pronósticos que se consideran en relación al riesgo de recurrencia son: el grado tumoral, tamaño y la amplitud del margen quirúrgico. Dentro de este carcinoma, se encuentran los siguientes:

- Ψ Carcinomas ductuales intraductuales: provienen del epitelio ductual y por lo general vienen de conductos grandes y no invaden el estroma circundante.
- Ψ Carcinoma papilar: se desarrollan en los conductos con este tipo de configuración, representa el 1% de los carcinomas de mama.
- Ψ Carcinoma ductual infiltrante: es el más frecuente, representa el 70-80% de los cánceres de mama, no alcanza gran tamaño y por lo general se extiende a los ganglios axilares.
- Ψ Carcinoma ductual medular: representa el 5-7% de los canceres, éste suele ser grandes y de bajo grado; se caracterizan por invasión de linfocitos pequeños

2) Carcinoma lobulillar in situ, surge en la unidad terminal ducto-lobulillar (área secretora de la glándula mamaria), se trata de un predictor de una futura neoplasia invasiva ya que traduce una propensión individual de la paciente que lo padece al presentar un cáncer de mama. Entre estos tipos de carcinoma lobulillar, están:

- Ψ Enfermedad de Paget: se presenta como cambios en la piel de larga evolución, afectando a pezón y areola, se acompaña en ocasiones de ardor, quemazón, supuración y/o hemorragia, su presencia indica la invasión epidémica por las células de Paget, las cuales son células malignas claras con pequeños núcleos oscuros.
- Ψ Carcinoma inflamatorio: se caracteriza por edema de la piel, eritema, calor y endurecimiento de la mama subyacente, es una invasión de los linfáticos dérmicos por células tumorales.

Belcher (1995) menciona que la mayoría de las enfermedades malignas de mama se presentan en el cuadrante superior externo y más de un 75% de los cánceres de mama son carcinomas ductuales invasivos, los cuales suelen manifestarse por una tumoración única, unilateral, sólida, carente de movilidad e indolora.



IMAGEN 1.2 Muestra el seno derecho sano y el cáncer de mama inflamatorio en el seno izquierdo el cual presenta piel de naranja y pezón invertido.

La etiología del cáncer de mama es multifactorial; no existe una causa única que la desarrolle, pues muchos factores pueden desencadenar el cáncer de mama y difieren de una mujer a otra; sin embargo la manifestación de estos factores no necesariamente desencadenara la enfermedad y la presencia de

éstos debe verse como un riesgo para posiblemente desarrollar la enfermedad (cáncer de mama), por tal motivo es relevante conocer los factores de riesgo que propician el cáncer de mama ya que hoy en día y a pesar de nuestra tecnología no se puede mencionar un solo factor de riesgo.

.6 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo, para Torres (1994), hacen referencia al conjunto de situaciones, elementos o factores cuya presencia es frecuente en el cáncer de mama, es decir, son los agentes que incrementan la posibilidad de que se desarrolle una enfermedad y específicamente que se desarrolle un cáncer de mama en determinada mujer.

Por su parte Prosnitz, Dirk y Winer (2003) señalan que los factores de riesgo para el cáncer de mama son aquellos de la historia clínica de la persona que afecta a su probabilidad de padecer esta enfermedad. Con respecto al cáncer de mama, los factores de riesgo son parecidos a los que se conocen en los diferentes tipos de cáncer; sin embargo, en este caso en particular existen algunos que se consideran de alto riesgo y que no necesariamente son considerados de riesgo para otras enfermedades crónicas; por lo cual es vital considerar los diversos factores que intervienen en la aparición del cáncer.

Cabe mencionar que los factores no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí para provocar la aparición del cáncer. Cruzado y Olivares (2000), Frías (2002) y Vázquez, Fernández y Pérez (1998) indican que más de un 70% de los factores de riesgo que favorecen o desencadenan la aparición de algún tipo de cáncer se encuentran ligados a la forma de vida de los individuos y a sus maneras de comportamiento, a las causas ambientales y a la convivencia que tiene el hombre con los factores de riesgo.

De manera que especialistas como Belcher (1995), Cruz (1999), Hernández (2000), Prosnitz, Dirk y Winer (2003), Santos (2004) y Torres (1994),

mencionan que existen diversos factores de riesgo que originan la aparición de cáncer de mama, estos son los siguientes:

.6.1 FACTORES NO MODIFICABLES

Género

El cáncer de mama es más propenso de desarrollarse en la mujer; aunque también puede afectar a los hombres pero las probabilidades son de uno por cada cien mujeres, es decir, apenas representa menos del 1% de los casos.

Edad

El riesgo aumenta con la edad a partir de los 45 o 50 años de edad, ya que el 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de ese rango de edad, aumentando este porcentaje mucho más después de los 60 a 75 años. Aunque en los últimos años se observa un incremento en mujeres con edades de entre los 35 y 40 años.

Genes

Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 y según algunos estudios parece que entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer.

Antecedentes familiares

Cuando un pariente de primer grado como lo es la madre, hermana o hija ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo, a comparación de si se trata de un pariente más lejano como lo es la abuela, la tía, y la prima; ya que sólo aumenta el riesgo ligeramente.

Antecedentes personales

El riesgo de cáncer de mama aumenta si se ha sufrido previamente otro cáncer, especialmente de ovario o de colon, o un carcinoma lobular o ductal in situ (dos tipos de tumor que aparecen en los lóbulos o en los conductos de los

senos, o conductos mamarios). Otro posible factor de riesgo es una *hiperplasia* benigna, una especie de tumor no maligno, que altera el tejido del seno.

Etnia

Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de etnia negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor, probablemente porque a ellas se les detecta en estadios más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas. En mujeres blancas el riesgo es de 1,2 veces más alto que en mujeres de raza negra.

Períodos menstruales

Cuando se comienza con la menstruación antes de los 12 años el riesgo es mayor de padecer esta enfermedad; lo mismo ocurre cuando la menopausia se da después de los 55 años o cuando el embarazo se presenta después de los 30 años o la existencia de nulíparidad. En cambio la concepción precoz, que es considerada antes de los 20 años de edad tiene un efecto protector y respecto a la lactancia materna se dice que a mayor meses de lactancia, menores son las probabilidades de padecer cáncer de mama.

.6.2 FACTORES MODIFICABLES

Anticonceptivos

Los anticonceptivos orales producidos antes de 1975 probablemente constituyeron un factor de riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, los modernos tienen cantidades muy pequeñas de estrógenos, demostrando en los últimos estudios que no hay un riesgo importante de desarrollar cáncer de mama con el uso prolongado o empleo de anticonceptivos orales

Terapia hormonal sustitutiva

Esta terapia se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia a largo plazo y la cual parece aumentar el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes.

Alcoholismo

Algunas investigaciones han demostrado que el consumo de alcohol durante años está vinculado a un potencial efecto cancerígeno que aumenta el riesgo de neoplasias mamarias, al igual que el ingerir esta sustancia en exceso.

Obesidad

La obesidad se asocia con los tumores posmenopáusicos de mama y endometrio, en los cuales existe un componente hormonal, a este respecto se cree que el mecanismo subyacente sea un incremento de la conversión periférica, en el tejido adiposo, de androstendiona en estrógenos durante la menopausia. Por lo que se sugiere a seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, practicar ejercicio físico para prevenir la aparición del cáncer.

Estilo alimenticio

La alimentación en la incidencia del cáncer, es actualmente más evidente, lo que hay que considerar es: 1) el alto contenido en fibra se relaciona con una menor aparición del cáncer de colon, 2) el consumo de arroz, maíz y frijoles se asocia inversamente con la mortalidad por cáncer de colon, próstata y mama, 3) una alimentación rica en grasas saturadas y proteínas presenta un mayor riesgo de cáncer colon y mama y 4) los tipos de alimentación con una elevada ingesta de alimentos ahumados son potencialmente cancerígenos por su alto contenido en hidrocarburos. El consumo de grasa per cápita nacional está relacionado con la incidencia y mortalidad de cáncer de mama.

Estrés

Llevar una vida activa hasta límites excesivos; vida estresante, es nocivo para la salud ya que favorece la aparición de enfermedades, tales como el cáncer, pues ejerce influencia sobre cualquier enfermedad. Así el estrés es una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos graves.

Exposición a rayos Ultravioleta y radiaciones ionizantes

La exposición excesiva a los rayos solares y la exposición a radiaciones ionizantes son las causantes del carcinoma en las células basales de cara, piel

y cuello, siendo mayormente perjudicadas las pertenecientes al sexo femenino, debido a la cultura de un buen bronceado el cual contribuye de forma considerable a la producción del carcinoma escamoso de piel y del melanoma. En cuanto a las radiaciones ionizantes se asocian con tumores más radioinducibles como las leucemias, el cáncer de mama, pulmón y de tiroides.

.7 SINTOMATOLOGÍA

El conocimiento de los factores de riesgo nos dará la posibilidad de prevenir el posible desarrollo del cáncer de mama, que es en donde se deberían centrar especialmente las acciones de los profesionales de la salud (pues es la prevención el camino a seguir para trabajar con este problema de salud pública) y no en una prevención terciaria o cuaternaria como en el presente se realiza, el cual consiste en la detección oportuna, herramienta que se utilizan para controlar y disminuir los casos de cáncer de mama; por tal motivo es importante conocer los signos y síntomas que permitan tal diagnóstico llegando a ser de vital importancia, pues las mujeres que se diagnostican oportunamente tienen todas las posibilidades de curación y de sobrevivida.

Entre los diversos signos que se presentan en la mujer y que hablan de la presencia de cáncer de mama, Santos (2004), menciona que entre los más comunes se presentan: una masa o endurecimiento en la mama o axila, secreción persistente, espontánea y unilateral del pezón, retracción o inversión del pezón, cambio en el tamaño, forma o textura de la mama, depresiones o rugosidades en la piel y piel escamosa alrededor del pezón. Los síntomas de propagación local o regional, son: enrojecimiento, ulceraciones, edema, piel de naranja, aumento de los ganglios linfáticos.

Y finalmente los síntomas que nos dan evidencia de enfermedad metastásica son: incremento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical, anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural, elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolor relacionado

con la afección ósea y resultados anormales de las pruebas de función hepática.

Santos (2004) señala que es pertinente hacer una diferenciación entre los síntomas y signos que se presentan cuando se tiene una masa benigna o una masa maligna, estos son:

Signos y síntomas	
Masas Benignas	Masas Malignas
<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente bilaterales • Se suelen localizar en cuadrantes externos • Única o múltiple • Bien delimitada • Blanda o firme pero movable • Suele aparecer con dolor • Sin cambios en la piel • No existen ganglios palpables • No existe retracción del pezón • Si se da secreción por el pezón normalmente es bilateral serosa o verdosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unilaterales • Se suele encontrar en cuadrante superior externo y raíz o en porción central del pezón • Única e irregular • Firme y no desplazable • No doloroso • Cambios tardíos: engrosamiento de la piel y ulceración • Ganglios palpables • Retracción del pezón • Secreción por pezón unilateral y puede ser sanguinolenta

Cuadro 1. Diferencias de los síntomas y signos ante la presencia de masas malignas y benignas (citada en Santos; 2004; Pág.231)

Por último Belcher (1995) expresa que el síntoma de presentación más común es la aparición de una tumoración indolora o el engrosamiento de la mama, secreción de líquido por medio del pezón, mientras que los signos del cáncer de mama en etapa avanzada, son: la aparición de lesiones en el pezón o la piel, cambios en el tamaño, forma o contorno de la mama, cambios de color, la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales, las supuraciones cutáneas y aparición de tumoración dura y fija en la axila.

.8 DIAGNÓSTICO

Una vez que se ha desarrollado la enfermedad es conveniente que se trabaje con el diagnóstico oportuno para que se tengan todas las posibilidades de

curación. Así Tubiana (1989) señala que las técnicas de diagnóstico se hacen uso cuando se presentan tres situaciones, estas son:

1. Detección de Lesiones Pre-cancerosas

Ya que algunos tipos de cáncer están precedidos por lesiones cancerosas que con la exéresis pueden evitarse que aparezcan.

2. El Diagnostico Precoz del cáncer

Ello sucede antes de que el cáncer alcance un tamaño suficiente, es decir, al menos de 1 gramo, esto para que pueda ser detectable en los exámenes clínicos.

3. La investigación de la causa de síntomas que haya alterado al individuo

Hablando del plano clínico, se explora acerca de los signos de alarma que llevaron a pensar en la existencia de un cáncer y propiciaron asistir a consulta medica; generalmente esto ocurre cuando la enfermedad se encuentra ya avanzada; pues la carcinogénesis es un proceso silencioso de la cual el individuo inicialmente no percibe síntoma alguno, así los síntomas que aparecen en ese momento van a depender de la localización en la que se asienta, de la función del órgano que afecta y de los órganos próximos que son ya sea comprimidos o invadidos por el crecimiento neoplásico.

A continuación se explicarán brevemente algunas de las técnicas que utilizan para el diagnostico del cáncer de mama.

.8.1 AUTOEXAMEN MAMARIO

Para Belcher (1995), Santos (2004) y Torres (1994) el autoexamen mamario es gratuito, privado y sencillo de llevarse a cabo, la mayoría de las masas palpables en la glándula mamaria son descubiertas a través de esta técnica. Por lo que es importante entrenar a las mujeres en la realización del autoexamen, enseñándoles la anatomía de la mama y los posibles cambios que en ella se produce a lo largo del ciclo menstrual como resultado de las hormonas. Esta técnica consiste en la inspección y la palpación cuidadosa de

las mamas tanto de pie como acostada, centrándose la atención en la evaluación de cualquier cambio, se realiza en un lugar tranquilo y cómoda, la duración aproximada es de entre 20 a 30 minutos y la edad en la que se recomienda iniciar con utilización de la técnica es a partir de los 25 años.

.8.2 MAMOGRAFÍA

La mamografía es una técnica que consiste en tomar radiografías de las mamas y obtener imágenes de las glándulas por medio de radiaciones ionizantes sin necesidad de inyectar contraste, con una duración de 20 minutos y tiene como propósito detectar masas ocultas a la palpación; se realiza a partir de los 35 años de edad (Santos, 2004 y Torres 1994).

Del Barco y Gómez (1999) y Prosnitz, Dirk y Winer (2003) mencionan que esta técnica posee una precisión del 90% para detectar lesiones de 1 cm., es la prueba más sensible y específica para detectar el cáncer de mama. Entre sus ventajas, están: detección de tumores no apreciables en el examen clínico, selecciona pacientes con riesgo y proporciona diagnósticos muy precisos.

.8. 3 TOMOGRAFÍA

Tubiana (1989) indica que en la tomografía, la rotación del generador de rayos X alrededor del enfermo hace desaparecer las imágenes que no se encuentran en el plano de corte, esta técnica permite ver pequeñas imágenes que hubiesen sido impenetrables pues están super puestas con las imágenes de estructuras que se encuentran detrás de ellas en la ruta del haz de rayos X, de esta manera la imagen se reconstruye con el apoyo de una computadora que hace la síntesis de las imágenes obtenidas a lo largo de la rotación; de esta forma, se consigue diversos cortes anatómicos de gran finura. Debido a la diferencia de densidad del cáncer y el tejido sano, el tomógrafo permite frecuentemente descubrir y delimitar el tumor en condiciones excelentes.

.8.4 ECOGRAFÍA

Los ultrasonidos son vibraciones mecánicas, su velocidad de propagación en un medio esta relacionado con el estado sólido, liquido o gaseoso del mismo. Así la propagación de un haz de ultrasonidos en el organismo nos otorga informaciones sobre la forma y la dimensión de las viseras es decir acerca de la posible existencia de heterogeneidad dentro de esta; así la ecografía nos proporciona valiosa información de los tejidos los cuales no pueden estudiarse bien con la radiología clásica debido a que su densidad es muy parecida a la de los tejidos contiguos. Es la mejor técnica para diferenciar lesiones sólidas de quísticas y detectar la presencia de tumores muy pequeños, a partir 0,5 centímetros (Del Barco y Gómez, 1999 y Prosnitz, Dirk y Winer 2003).

.8.5 BIOPSIA Y EXAMEN CITOLÓGICO

Belcher (1995) y Hernández (2000) señalan que la biopsia consiste en la obtención de una muestra del tejido tumoral o de una *metástasis* para analizarla, sigue siendo el único método definitivo para el diagnóstico del cáncer. La mayor parte de los tumores en cualquier localización corporal son accesibles a la biopsia a través de una fina aguja flexible (biopsia por aspiración) dirigida por palpación o tomografía.

El examen del tejido al microscopio es confiable pues es sumamente difícil distinguir entre un tumor benigno y uno maligno; el aspecto de las células cancerosas vista mediante el microscopio es diferente al de las células normales del mismo tejido, pues estas ultimas están dispuestas de forma anárquica e infiltran los tejidos aledaños. El examen citológico hace suponer hechos muy relevantes y necesarios para recomendar una intervención quirúrgica; dependiendo el tejido, se obtienen células ya sea frotando la mucosa para desprenderlas o por aspiración por medio de aguja (Prosnitz, Dirk y Winer, 2003 y Tubiana, 1989).

Como se puede observar existen diversas técnicas desde las más sencillas (autoexamen mamario) hasta las más complejas (biopsia) que posibilitan la

detección oportuna del cáncer de mama; una vez detectado éste, se prosigue al tratamiento el cual se seleccionará de acuerdo a las características del caso en particular y que de las mayores posibilidades de curación.

.9 TRATAMIENTO MEDICO

En cuanto más temprano se identifiquen por parte del paciente los primeros signos de la enfermedad mayores posibilidades de curación existen. Según cifras mencionadas por Tubiana (1989) cerca de la mitad de las personas que son tratados por padecer cáncer mueren por otras enfermedades; en el año 1950 un 30% de las personas que padecían cáncer logro sobrevivir, mientras que entre 1960 y 1963 el 38% sobrevivió y entre 1973 y 1974 un 48%, estas cifras indican un avance considerable en el diagnostico y en el tratamiento. Sin embargo este aumento en el nivel de supervivencia no es prueba de los progresos alcanzados ya que también va acompañado de una disminución en la gravedad de las mutilaciones y en una reducción de las secuelas y de las complicaciones; lo cual indica que un mayor número de pacientes podrán retomar su vida después del tratamiento.

El primer tratamiento y la principal estrategia utilizada en medicina para curar el cáncer es una intervención quirúrgica; aunque en la actualidad se estudia la utilidad de la inmunoterapia y la modulación de la respuesta biológica. El objetivo del tratamiento de cáncer es conseguir un control local de la enfermedad, eliminar el tumor y prevenir la aparición de la recurrencia (Hernández; 2000); las principales estrategias utilizadas para el tratamiento del cáncer de mama son cuatro las cuales se describen a continuación.

.9.1 CIRUGÍA

El objetivo principal de este tratamiento es la extirpación total del tumor y sus posibles prolongaciones en los tejidos continuos debido a que las células cancerosas se desplazan y pueden infiltrarse en los tejidos contiguos por lo que es necesario, en el momento de la intervención quirúrgica, dar un margen de

seguridad de 1 a 2 centímetros siempre que sea posible, sin dañar un órgano vital (Tubiana, 1989). Habitualmente la cirugía es realizada como tratamiento inicial en los estadios I, II y IIIA (Del Barco y Gómez, 1999).

Existen diferentes tipos de cirugía, los cuales se realizan como lo menciona Hernández (2000) según la localización del tumor, el tamaño y características histológicas del tumor; entre estas cirugías se encuentran las siguientes (Hernández, 1998 y Belcher 1995):

Mastectomía simple: se extirpa la totalidad del tejido mamario, pero se deja el músculo subyacente intacto y suficiente piel como para cubrir la herida. La mama se reconstruye con más facilidad si los músculos pectorales. Esta técnica se emplea cuando el cáncer es invasivo y se ha extendido dentro de los conductos mamarios.

Mastectomía radical: se extirpa toda la mama, algunos ganglios axilares del mismo brazo de la mama y una pequeña sección del músculo pectoral.

Cuadrantectomía o cirugía conservadora: extirpación de un cuarto de la mama. Estos tipos de cirugía se realizará en aquellos casos en los que el tumor sea pequeño, alrededor del 15% de los casos, la cantidad de tejido que se extrae es tan pequeña que no se nota mucha diferencia entre la mama operada y la que no lo ha sido. Los índices de supervivencia entre las mujeres que ha sido intervenidas con cirugía conservadora y las que se han extirpado la totalidad de la mama a una son idénticos.

Biopsia del ganglio linfático centinela: durante la intervención quirúrgica, se inyecta un colorante o una sustancia radiactiva en la zona del tumor. La sustancia es transportada por la linfa y si es captada por el primer ganglio, que es el que puede contener mayor número de células cancerosas, se extirpan más ganglios. Si no contiene células malignas, no se extirpan los demás. Las posibilidades de supervivencia son mayores si no están afectados los ganglios axilares. Esta biopsia no se realiza si el tumor está muy localizado y es muy

pequeño, pero, en caso de no ser así, se hace para intentar evitar los problemas que pueden ocurrir al extirpar los ganglios linfáticos.

El problema que presenta la extirpación del tumor durante la operación es que siempre se corre el riesgo de desprender alguna célula cancerígena y permitir que se infiltre en el torrente circulatorio, lo cual podría dar lugar a la aparición de metástasis (Vázquez, Fernández y Pérez, 1998).

.9.2 RADIOTERAPIA

Su acción consiste en dañar el sistema de reproducción de las células lo que les imposibilita reproducirse o propiciar la muerte de las células engendradas. Cuanto más elevada sea la dosis, mayor es el número que ataca. Su ventaja principal es que permite evitar o limitar el uso de la cirugía, se utiliza sola y con frecuencia se le combina con la cirugía o la quimioterapia.

Esta terapia radica en la aplicación sobre el tejido tumoral de radiaciones ionizantes de onda corta que son producidas eléctricamente, como es el caso de los rayos X, o a través de la desintegración de elementos radioactivos (Vázquez, Fernández y Pérez; 1998). La radiación incluye haces de electrones, protones, neutrones, partículas alfa (núcleos de helio) y piones. En este procedimiento también se utiliza el radioisótopo cobalto 60 como fuente de la radiación gamma. La elevada dosis de radiación se aplica mediante un láser dirigido sobre un área de tratamiento determinada (Belcher, 1995).

La sensibilidad de los tumores a las radiaciones es muy variable. Si los tumores encuentran una sensibilidad superior a la de los tejidos vecinos normales y son accesibles pueden ser curados mediante la radioterapia. La propiedad de la radiación de respetar hasta cierto punto los tejidos normales permite el tratamiento de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas (Tubiana, 1989). La radioterapia también se emplea con frecuencia como tratamiento paliativo, sobre todo en las metástasis (Belcher; 1995).

Belcher (1995) cita como efectos secundarios de este tratamiento el cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la mama, enrojecimiento y sequedad en la piel, que suelen desaparecer tras seis o 12 meses. La acción de los aparatos suele estar muy focalizada de manera que sus efectos suelen ser breves y generalmente bien tolerados por las pacientes. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas puede atenuar estas molestias.

.9.3 QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia actúa sobre todo el organismo y afecta a las células cancerosas donde quiera que se encuentren (Tubiana, 1989 y Vázquez, Fernández y Pérez, 1998) su inconveniente es que actúa sobre todos los tejidos sanos, principalmente sobre los *tejidos hematopoyéticos* lo cual aumenta la toxicidad y limita la cantidad de medicamentos que se pueden administrar. Debido a la gravedad de los efectos tóxicos, generalmente las sesiones se llevan a cabo cada cuatro semanas a fin de que los tejidos sanos tengan tiempo para repararse. Según Belcher (1995) se recomienda para el cáncer en estadio I en casos seleccionados; Del Barco y Gómez (1999) clasifican a la quimioterapia en dos tipos, éstos son: a) Neoadyuvante: para tumores inflamatorios y localmente avanzados; para intentar reducir el tamaño del tumor y realizar después un tratamiento local y b) Adyuvante: la cual se aplica después de la cirugía.

Es importante la instauración precoz del tratamiento, la utilización de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos (Torres; 1994). Para este tratamiento no es necesaria la hospitalización, se puede hacer de forma ambulatoria, lo cual dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses. Los efectos secundarios de la quimioterapia se dan debido a que los medicamentos son muy fuertes, presentándose así efectos secundarios muy molestos, aunque se administran, junto con ellos, otros fármacos que disminuyen algunos de esos efectos. Los más frecuentes son:

- | | |
|---|----------------------------------|
| -Nauseas y vómitos | -Pérdida de apetito y de cabello |
| -Llagas en la boca | -Cansancio |
| -Riesgo elevado de infecciones por la disminución de glóbulos blancos | -Cambios en el ciclo menstrual |
| | -Hematoma |

.9.4 HORMONOTERAPIA

Las hormonas desempeñan un papel esencial en el organismo estimulado o por el contrario, limitando la proliferación de tejidos en los cuales actúa. La acción específica de una hormona sobre ciertas células esta relacionada con la existencia de espacios receptores de dicha hormona en las células; solo las células que poseen estos espacios receptores reaccionarán ante la presencia de la hormona, por lo que esta terapia tiene como objetivos la administración de diferentes hormonas o antihormonas para suprimir una estimulación o provocar una inhibición (Tubiana, 1989).

Este tratamiento lo reciben aquellas pacientes que tienen receptores hormonales positivos, esto viene a ser el 60-70% del total de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Hace años se realizaba la extirpación ovárica para impedir la acción de las hormonas pero, en la actualidad, esta técnica no se emplea y en su lugar se utiliza este tipo de terapia (Hernández, 1990). Los efectos secundarios de estos fármacos son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia, es decir, sofocos, nerviosismo, etc.

.10 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Una vez revisado el tratamiento médico para el cáncer de mama se procederá la revisión detallada del tratamiento llevado a cabo por los profesionales en psicología, generalmente enfocado en la atención a los individuos una vez detectado el cáncer de mama, ya que la presencia de esta enfermedad crónica trae consigo un gran impacto emocional, lleva a la modificación de su estilo de vida y a una adherencia al tratamiento para que en su conjunto lleven a la curación del paciente; es decir sufre cambios físicos y psicológicos que llevan a

la psicología de la salud a abordarlos mediante diferentes estrategias principalmente se basa en aquellos procedimientos de la perspectiva cognitivo-conductual (Buela y Moreno, 2000 y Sánchez, 2000). Estos procedimientos de la teoría cognitivo conductual, son los siguientes:

.10.1 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Garfield (1979), Phares y Trull, (1999) indican que la desensibilización sistemática, desarrollada por Joseph Wolpe está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de desadaptación. La técnica, como es comúnmente empleada, implica igualar la relajación de los músculos con escenas imaginadas que representan situaciones que el paciente ha indicado le ocasionan ansiedad. El terapeuta generalmente opera con la suposición de que si al paciente se le enseña a experimentar relajación en lugar de ansiedad, mientras imagina tales escenas, la situación de la vida real que la escena representa causará menos incomodidad.

Martorell (1996) señala que el procedimiento de esta técnica es el siguiente: se le hace la presentación de la técnica al cliente, pues es necesaria la explicación, para motivarlo y hacerle comprender la estrategia básica y los principios de la eficacia técnica, la construcción de la jerarquía de ansiedad la cual va a ir desde la situación que el causa poca ansiedad hasta aquella que el produce mas ansiedad y se pasa a la desensibilización propiamente dicha, pues el individuo trabaja la jerarquía, aprendiendo a tolerar escenas mas difíciles cuando se encuentra relajado, pues esta respuesta de relajación tiende a inhibir la ansiedad.

Así existen diversos tipos de desensibilización las cuales son:

Desensibilización en vivo: consiste en mostrar gradualmente al sujeto a los estímulos ansiógenos en la vida real, en donde el terapeuta solo acompaña al cliente, es pertinente dar tareas entre sesiones. En general, es más eficaz que la aplicada en imaginación, ya que proporciona mayores posibilidades de generalización, pero el inconveniente, es que a veces es costosa de aplicar

Desensibilización emotiva: fue desarrollado para aplicarlo en niños, que suelen presentar dificultades para el entrenamiento en relajación y para la evocación y control de imágenes mentales, utiliza la imaginación de escenas que provocan sentimientos positivos e inhiben la ansiedad,.

Desensibilización por contacto: diseñado principalmente para niños, en donde hace una combinación de la desensibilización sistemática, y el modelado, se construye una jerarquía y el terapeuta ha de servir de modelo, exponiéndose a los estímulos ansiógenos, para que lo haga posteriormente el sujeto, estimulándolo con frases motivantes, ayudándole y guiándolo.

Desensibilización enriquecida: introduce estímulos que ayuden al cliente a imaginar las escenas de forma más vívida, con ruidos, olores, sensaciones táctiles, se puede utilizar como una vía para ayudar al sujeto a aumentar su capacidad de imaginación.

Esta técnica en los casos de cáncer ha resultado ser eficaces pues producen una reducción el las náuseas y vómitos anticipatorios, además después del tratamiento medico de quimioterapia que se les da a los pacientes.

.10.2 ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Una de las técnicas empleadas es la utilización de metodologías de relajación, la cual se basa en la concepción que los pensamientos y sentimientos tienen una localización en lo muscular. Por lo tanto el entrenamiento de la relajación reduce la ansiedad, por lo que consiste en enseñar al paciente a diferenciar los estados de tensión y relajación.

Desde el punto de vista psicológico, la relajación reduce la excitación y la tensión, el estrés y la ansiedad. Desde el punto de vista fisiológico la relajación consiste en disminución de frecuencia respiratoria, reducción de la presión arterial y vasodilatación (Golman, 1996). La capacitación en esta técnica, requiere de ejercicios diarios durante cierto periodo. Solo se percibirán los

efectos de los beneficios mediante el uso sostenido e inalterable de las técnicas (Golman, 1996).

La relajación se puede facilitar mediante la utilización creativa de palabras que indican pasividad más que actividad y que tienen asociaciones positivas más que negativas, mediante la programación adecuada que permita al individuo que se mueva a su propio ritmo, y a través del establecimiento de momentos y sitios para practicar. (Golman, 1996). A continuación se presentan dos tipos de relajación:

Relajación Diafragmática: que es una manera sencilla de ejercicio de relajación; se le enseña a respirar por medio del diafragma, comúnmente se utiliza como previa a la relajación en sí misma, aunque esta si puede altera la respuesta condicionada al estresor.

Relajación Muscular Progresiva: se enseña a los pacientes a tensar los músculos de manera intencionalmente y luego a relajarlos

De igual manera esta técnica en los casos de cáncer ha resultado eficaz pues producen una reducción el las náuseas y vómitos asociados con la quimioterapia.

.10.3 BIOFEEDBACK

Buela y Moreno (2000) y Simon (1999) mencionan que el uso del biofeedback en la psicología oncológica tiene el propósito de proporcionar información al paciente en cada momento de los cambios que se producen en determinadas respuestas fisiológicas de su organismo sobre las cuales no tienen control voluntario, ello con el objetivo de que el paciente aprenda a controlar esas respuestas. Esta técnica conductual ha sido aplicada en el tratamiento psicológico del paciente en problemas específicos como lo son la disminución del dolor y la reducción en los efectos secundarios de la quimioterapia. Con este método puede ayudarse al paciente a aumentar su capacidad de control sobre los síntomas y sensaciones que antes no podía controlar.

.10.4 ESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Las terapias de reestructuración cognitiva están diseñadas para ayudar al cliente a identificar, contrastar la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales. Los terapeutas cognitivos postulan que los sentimientos negativos son el resultado de la forma de interpretar los eventos, entrenan al cliente para que identifique dichos pensamientos automáticos auto-derrotistas y los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas, auto-estimulantes y dirigidos a la resolución de problemas. Pretende ayudarlo a hacerlo más consciente del efecto que tales pensamientos y sentimientos negativos tienen sobre su conducta y a aprender a producir pensamientos, sentimientos y conductas adecuados e incompatibles con los anteriores (Garfield,1979).

Martorell (1996) dice que las terapias de reestructuración cognitiva tratan de alterar la conducta problema de los pacientes enfocándose de manera activa en los pensamientos de la persona, que le están produciendo las consecuencias de inadaptación, así el terapeuta reta al paciente, exige explicaciones de toda clase de suposiciones, expresa dudas y desaprobación cuando el paciente describe sus pensamientos irracionales, esto dirigido hacia los pensamientos irracionales del paciente. En los procedimientos TRE., el terapeuta puede pedir al paciente que represente una determinada escena, y que observe la conducta adecuada modelada por el primero, llevando acabo las tareas que le sean asignada, además hace uso también de la retroalimentación y el reforzamiento recompensando al paciente en la medida que se van observando cambios en sus pensamientos y conductas irracionales.

Aunado a ello Golfried (1975), la menciona que la reestructuración racional tiene que comprender cuatro etapas:

-La presentación del tratamiento; en donde el terapeuta, sin discutir el problema específico del paciente, explícita, por medio de ejemplos sencillos, de que modo unas ideas “preconcebidas” pueden determinar o modificar los

sentimientos y la conducta. Es importante demostrar al paciente que tipo de reacción puede haberse convertido en automático.

-Cuando el paciente ha asimilado bien el principio general del método, el terapeuta examina con él las principales disonancias cognitivas que se pueden encontrar. Con frecuencia, en este momento, el mismo paciente pondrá ejemplos de distorsiones cognitivas que ha comprobado en otras personas o en si mismo.

-La tercera etapa es aquella en la que son traducidas con términos racionales las dificultades específicas del paciente. Con esta dialéctica, el terapeuta intenta, con el paciente, descubrir las disonancias que aparecen en sus palabras y referirlas a las distintas clases que han sido descritas en la fase precedente.

-La fase final consiste en proponer al paciente que practique este análisis en las diversas circunstancias de su vida cotidiana, además de que se recomienda pasar, al final del tratamiento, por una fase de jerarquización de las situaciones tal como se practica en la desensibilización sistemática. A este nivel es posible utilizar escenas imaginadas o el procedimiento de los juegos de roles.

.10.5 MODELADO

Pérez (1999) y Walker (1998) comentan que este es un proceso de los más efectivos para que la persona adquiera e incremente la conducta; esto lo logra por medio de la observación e imitación de la conducta de un modelo, durante este proceso la conducta del modelo sirve como un estímulo discriminativo, cuando el observador modela la conducta mostrado en el entrenamiento, la respuesta idéntica del sujeto observador será reforzada.

Este método es el más antiguo y se utiliza con mayor frecuencia. Para algunos investigadores como Bandura y Walters citados en: Walker (1998) la presentación del modelo trae tres efectos:

-Efecto de Modelamiento o aprendizaje observacional esto se refiere a que el individuo puede adquirir la conducta que el generalmente no presentaba y la hace de manera idéntica que la del modelo.

-Efectos inhibidores y desinhibidores esto hace referencia a no solo se imita sino que también incluye la imitación con el fin evitar una conducta si ve que se le castiga o de emitir la conducta si vio que el modelo fue reforzador de manera positiva.

-Efecto de producir o facilitar una respuesta en esta puede facilitar la emisión de la conducta que ya esta aprendida pero la presenta con menor frecuencia.

.10.6 ASERTIVIDAD

Como lo menciona Kendall (1988) el adiestramiento para la asertividad tiene varios métodos con el objetivo de ayudar a mejorar su competencia interpersonal sin volverse excesivamente agresivo o sumiso. Estas técnicas se han empleado para trastornos obsesivos compulsivos, alcoholismo, desviaciones sexuales, ansiedad en las citas, conductas agresivas y explosivas. Las técnicas mencionadas por Kendall (1988) son las siguientes:

Modelado mediante aproximaciones sucesivas: proporciona al individuo un reforzamiento positivo a medida que va aprendiendo a adaptar conductas afirmativas.

Insensibilización: el terapeuta y el cliente construyen una jerarquía de capacidades afirmativas, el cliente se ve recompensado cada vez que domina una habilidad, puede ser con un elogio, así como una satisfacción de sentir un elogio, o una satisfacción de sentir una mejoría.

Modelado: el cliente presencia demostraciones de autoafirmación afectiva.

Ensayo conductual: el cliente practica las nuevas conductas en un medio que no ofrece riesgos.

Entrenamiento: el terapeuta dirige al cliente cuando ensaya las conductas.

Retroalimentación: el terapeuta proporciona reforzamiento y hace sugerencias para el mejoramiento después de que el cliente ha efectuado el ensayo.

Instrucciones: describen la manera de comportarse con seguridad, después puede ver sus avances por medio de una videocinta.

Por su parte Rimm (1987) combina estas técnicas, denominando a esta técnica de ensayo de la conducta la cual se lleva a cabo mediante ocho pasos:

- 1.El cliente representa la conducta en la vida real.
- 2.El terapeuta proporciona la retroalimentación verbal específica acentuando las características positivas y presenta las fallas en forma amistosa y no punitiva
- 3.El terapeuta modela la conducta más deseable y el cliente representa el papel de la otra persona, cuando eso sea lo apropiado.
- 4.El cliente ensaya nuevamente la respuesta.
- 5.El terapeuta premia la mejoría. Si es necesario se repiten los pasos 3 y 4 hasta que el terapeuta y el cliente puedan efectuar la respuesta con poca o ninguna ansiedad.
- 6.Si la interacción es muy extensa se divide en pequeños segmentos que se manejan en secuencia
- 7.En un intercambio que implique la expresión de sentimientos negativos, se debe de instruir para que utilice respuestas más fuertes en caso de que la respuesta inicial no sea efectiva.
- 8.Al representar la expresión de sentimientos negativos, las declaraciones objetivas de conductas molestas o hirientes por parte de la otra persona

.10.7 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

En el caso de los pacientes de cáncer la dificultad más habitual es la de enfrentarse a una situación crónica, y eso lleva a acentuar la dificultad para controlar problemas provocados por una situación única (Buela y Moreno en Fernández; 1992). Entre las estrategias más utilizadas se encuentra la técnica de la repetición cognitiva en la que el paciente se imagina posibles situaciones problemáticas y junto con el terapeuta practica cómo enfrentarse a ellas. Se enseña a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para

tratar con los problemas asociados al cáncer o cualquier otro tipo de problemas.

Para Reynoso (2005) el propósito de este procedimiento es ayudar al paciente a identificar y resolver problemas que están causando respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas, dicho procedimiento consta de cinco fases las cuales son: 1) Perfil del problema, 2) Definición y formulación del problema, 3) Generación de posibles soluciones, 4) Toma de decisiones y 5) Evaluación de los resultados.

Como se pudo revisar, el tratamiento para el cáncer debe de ser llevado acabo de forma multidisciplinaria debido a que no solo afecta de manera fisiológica, sino que además afecta en lo psicológico como es el estado de animo, en el afrontamiento a la enfermedad, además de provocar un intenso nivel de ansiedad; por lo que se sugiere que el tratamiento sea conjunto no solo con los médicos y psicólogos; sino que además participe la familia ya que se ve afectada de igual manera por los cambios ocurrido en la persona que sufre este padecimiento. Debido a lo doloroso y desgastaste que es esta enfermedad es importante una prevención a nivel primario; sobre todo por el numero de casos que se presentan y el cual va aumentando día con día.

CAPÍTULO CUATRO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE PATÓGENOS CONDUCTUALES RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE MAMA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS

.1 PRESENTACIÓN

El psicólogo a lo largo de su ejercicio profesional ha trabajado con el comportamiento, las cogniciones, la motivación, las emociones, entre otros problemas; en diversos ambientes como el clínico, el educativo, el organizacional, social y recientemente en el campo de la salud, ya que el proceso de salud-enfermedad se ve afectado por la conducta, pensamientos, relaciones sociales y estilo de vida de las personas, aspectos que pueden fungir como protectores o como elementos de riesgo.

El psicólogo de la salud se enfoca en 3 áreas principales, que son: *la investigación, intervención y formación de recursos humanos*; las cuales se orientan hacia: 1) la promoción y mantenimiento de la salud, 2) prevención y tratamiento de la enfermedad, 3) estudio de los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad y 4) se interesa en el sistema de cuidados de la salud y la formulación de la política correspondiente (Becoña y Oblitas, 1995).

Una área importante en la que recientemente se ha mostrado gran interés es la encargada de la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, ello resultado de la situación actual, ya que se ha pasado de enfermedades de tipo infeccioso a las enfermedades crónicas- degenerativas; las cuales poseen una etiología multifactorial; sin embargo es posible disminuir la predisposición de los individuos a desarrollarlas. Por ello es relevante tener los conocimientos en cuanto a los tipos de prevención existentes y de esta forma poder satisfacer adecuadamente las demandas de la sociedad.

Para ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997) reconoce cuatro tipos de prevención, éstas son:

- Ψ Prevención primaria; se encarga de prevenir la enfermedad o daño en personas sanas.
- Ψ Prevención secundaria; la actuación va encaminada a impedir la enfermedad o el daño, pero con referencia a una determinada población que previamente se identifica como “población de riesgo”.
- Ψ Prevención terciaria; se interviene cuando aparecen los primeros síntomas, con el objetivo de prevenir estados más avanzados de la enfermedad.
- Ψ Prevención cuaternaria; la intervención se lleva a cabo cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad, ha sido tratado con un resultado favorable o, al menos, paliando sus efectos más nocivos, y se cree que las posibilidades de recaída son muy altas.

Por lo anterior consideramos que la prevención se debería convertir en una de las tareas principales, ya que, como se ha venido señalando, la psicología se encarga también de la promoción, el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y no sólo su tratamiento, curación y rehabilitación. La prevención oportuna puede conducir a una disminución de los costos del tratamiento, de la incidencia de enfermedades crónicas y de la afección que causan en la calidad de vida de los individuos que padecen dichas enfermedades; quienes para adaptarse adecuadamente a su nueva condición de vida, requieren del apoyo y asistencia de diferentes profesionales de la salud (psicólogos, médicos, rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeras, asistentes sociales, consejeros vocacionales, entre otros) en una relación de trabajo multidisciplinario, que permita la intervención preventiva integral tan necesaria en la actualidad por la incidencia de enfermedades crónico degenerativas reportada los últimos años.

El Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI, 2009) actualmente reporta que entre las cinco principales causas de defunción entre 1990 y 2007, cuatro de ellas son de tipo crónico degenerativo, obteniendo el

primer lugar las enfermedades del corazón, el segundo la Diabetes Mellitus (DM), en tercer lugar los tumores malignos (cáncer), en el cuarto los accidentes y en quinto las Enfermedades del Hígado.

Mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2007) en el año de 2005 reportó, (con relación a los principales motivos de consulta en medicina familiar) que las enfermedades crónico degenerativas se presentaron en primer lugar las enfermedades del corazón (9 918 904 consultas), seguido de la Infecciones respiratorias agudas (8 981 527 consultas), en tercer lugar la Diabetes Mellitus (3 648 766 consultas); de la misma forma se reporta que entre las cinco principales consulta a especialidades es mayormente a causa de enfermedades crónico degenerativas (2004 y 2005) como lo son los tumores malignos con un segundo lugar; en tercer lugar las enfermedades del corazón y la Diabetes Mellitus presentándose en cuarto. Esta misma institución actualmente en su reporte mortalidad de los primeros meses del año 2009 (IMSS, 2009) indica como principales causas de muerte a las siguientes enfermedades crónicas degenerativas: hipertensión arterial, diabetes, cáncer de mama y el cáncer cervicouterino.

Dentro del incremento de las defunciones por las enfermedades crónicas-degenerativas, se encuentran las reportadas a causa de tumores malignos, es decir, el cáncer, mismo que ha sido definido por Correa (2000, citado en Galván y Hernández, 2003) que como ya se dijo son un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento y propagación sin control de células anormales; también se ha conceptualizado (Vázquez, Fernández y Pérez, 1998) como una proliferación anormal de células ya que, al contrario de lo que ocurre en los tejidos normales, (que cuando crecen o se renuevan producen una división celular controlada que va sustituyendo unas células por otras), en el cáncer el sistema de división celular, cuyas órdenes están grabadas en los cromosomas de las células, se altera y se desencadena una división incontrolada que da lugar al crecimiento geométrico de una masa tumoral o *neoplasia*.

Como hemos podido revisar éste tipo de enfermedad crónica afecta a gran parte de la población mundial, ya que cada año se registran millones de casos y se producen de igual manera millones de defunciones anuales como consecuencia del cáncer, además su incidencia y prevalencia va incrementando gradualmente. El cáncer se localiza en diferentes partes del cuerpo como: pulmón, páncreas, esófago, estómago, hígado, garganta, colon y recto, laringe, vejiga urinaria, entre otros; puede presentarse en ambos sexos; mientras que el cáncer de próstata y cuello uterino se pueden presentar dependiendo del sexo que se trate y otros tipos de cáncer, son más propensos a desarrollarse en uno de los dos sexos, ejemplo de ello es el cáncer de mama que afecta principalmente a las mujeres y que representa uno de los mayores canceres padecidos en la actualidad.

.1.1 CÁNCER DE MAMA

Dentro de los diversos tipos de cáncer que padecen las mujeres las estadísticas muestran una mayor mortalidad a causa del cáncer de mama ya que como lo reporta el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); en el año del 2004, hubo 270 casos más de mortalidad por cáncer de mama (1295) en comparación con el cáncer cervico uterino (1024), esta misma tendencia se observa al consultar el reporte de mortalidad del periodo comprendido entre enero a julio del 2009, donde 544 mujeres perecieron a causa del cáncer cervicouterino en comparación con el cáncer de mama en donde se reportaron 858 mujeres que fallecieron por esta causa; ello de acuerdo a lo reportado.

Con relación al rango de edad podemos observar en las estadísticas de mortalidad por cáncer de mama del 2005, la presencia de este padecimiento a temprana edad (15 a 29 años) registrando 21 casos, aumentando el número de casos en pacientes de 30 a 59 años, y observándose un descenso considerable para las mujeres mayores de 60 años.

El INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2009) reporta que en el 2005 las mujeres mas jóvenes que fallecieron a causa del cáncer de mama tenían entre 25 a 34 años (165 casos) habiendo un ascenso en este mismo

rango de edad (189 casos) en el año 2006. Este mismo instituto indica que el rango de edad que mayormente se encuentran afectado es el de 45 a 69 años ya que para el 2005 se reportaron 2.055 casos de mortalidad, en el 2006, 6.167 casos y para el 2007, 2.233 casos.

Como se puede observar, el cáncer de mama es el de mayor frecuencia entre las mujeres, el cual como se dijo ya según Comino (2001), es un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. Por su parte Belcher (1995) menciona que ésta enfermedad maligna de mama se presenta la mayoría de las veces en el cuadrante superior externo y más de un 75% de los cánceres de mama son carcinomas ductuales invasivos, los cuales suelen manifestarse por una tumoración única, unilateral, sólida, carente de movilidad e indolora.

El Cáncer de mama como toda enfermedad crónico degenerativa, tiene una evolución lenta y de larga duración, lo cual implica que la enfermedad puede presentarse varios años antes de ser detectada; de ahí la importancia de contar con medidas de prevención. El diagnóstico temprano pretende reducir la morbilidad y prevenir la mortalidad asociada con el cáncer de mama; sin embargo Rodríguez y otros (2003), señalan que en México el diagnóstico es tardío en la mayoría de las pacientes, ya que sólo el 10% de éstas se diagnostican oportunamente lo que reduce en el 90% restante las posibilidades de curación y de sobrevida; de aquí el importante papel de los diferentes profesionales de la salud, entre ellos el psicólogo, para la prevención de este tipo de enfermedades desde edades tempranas, para lo cual es relevante conocer los factores de riesgo que desencadenan el cáncer de mama ya que hoy en día y a pesar del acelerado avance de la tecnología no se tiene conocimiento de cuál es el factor específico que desarrolla esta patología, al ser varios factores y la interacción entre ellos, se desconoce aún con exactitud la contribución particular de cada factor en el desarrollo de este tipo de cáncer..

.1. 2 CÁNCER DE MAMA Y FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo hacen referencia al conjunto de situaciones, elementos o factores cuya presencia es frecuente en el cáncer de mama (Torres, 1994); son los agentes que incrementan la posibilidad de que se desarrolle una enfermedad y específicamente que se desarrolle un cáncer de mama en determinada mujer. Los factores de riesgo en el caso del cáncer de mama son muy parecidos a los que se conocen en los diferentes tipos de cáncer; sin embargo en este caso particular existen algunos otros factores que se consideran como de alto riesgo y que no necesariamente son de riesgo para otros tipos de cáncer.

Sin embargo, es importante considerar todos los factores que intervienen en la etiología del cáncer de mama ya que éstos no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí para provocar la aparición de ésta enfermedad. Así Cruzado y Olivares (2000); Frías (2002) y Vázquez, Fernández, y Pérez (1998), coinciden al señalar que más de un 70% de los factores de riesgo que favorecen o desencadenan la aparición de algún tipo de cáncer, se encuentran ligados a la forma de vida de los individuos, a la manera de comportarse y a las causas ambientales. Éstos factores se dividen en factores endógenos (no modificables) y exógenos (modificables) a continuación se enlistan los principales determinantes o factores causantes del cáncer de mama.

Dentro de los factores endógenos se encuentran:

Género.- El cáncer de mama es más frecuente de desarrollarse en la mujer

Edad.- El riesgo aumenta con la edad rápidamente a partir de los 45 o 50 años de edad. Aunque en los últimos años se observa un incremento en mujeres con edades que oscilan entre los 35 y 40 años.

Genes.- Entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado los genes denominados BRCA1 y BRCA2 pueden desarrollar el cáncer.

Antecedentes familiares.- Cuando un pariente de primer grado ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo.

Antecedentes personales.- El riesgo de cáncer de mama aumenta si se ha sufrido previamente otro cáncer, especialmente si se ha padecido un tumor maligno en los lóbulos o en los conductos de los senos, o conductos mamarios.

Etnia.- Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra.

Períodos menstruales.- Cuando se comienza con la menstruación antes de los 12 años, la menopausia cuando se da después de los 55 años y el embarazo después de los 30 años o la nuliparidad aumentan el riesgo.

Como podemos ver los factores endógenos son aquellos factores de riesgo no modificables, a desarrollar cáncer, sin embargo, es relevante destacar que la presencia de estos factores de riesgo no es determinante para la aparición del cáncer, debido a que la etiología es multifactorial.

Dentro de los factores exógenos se encuentran:

Terapia hormonal sustitutiva.- Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia a largo plazo parece aumentar el riesgo de sufrir cáncer de mama.

Alcoholismo.- El ingerir esta sustancia en exceso tiene un potencial efecto cancerígeno que aumenta el riesgo de neoplasias.

Obesidad.- El aumento de grasa en la ingesta, el no adecuado contenido de fibra y deficiente consumo de micronutrientes en la alimentación se relaciona con la presencia de cánceres en el aparato gastrointestinal y tumores hormonodependientes (mama, ovario, endometrio y próstata).

Estilo alimenticio.- Una alimentación rica en grasas saturadas y proteínas presenta un mayor riesgo de cáncer colon y mama.

Estrés.- Llevar una vida estresante es nocivo para la salud y, en consecuencia, puede favorecer la aparición de enfermedades, tales como el cáncer, pues ejerce influencia sobre cualquier enfermedad.

Exposición a rayos Ultravioleta y radiaciones ionizantes.- Las radiaciones ionizantes como lo son las de los celulares, microondas, entre otros; se asocian con los tumores más radioinducibles como las leucemias, los cáncer de mama, pulmón y de tiroides.

Estos factores exógenos poseen como característica principal que el individuo tiene la posibilidad de modificarlos, incluso de erradicarlos, por tal motivo es de vital importancia el conocimiento de la interacción del individuo con estos factores lo cual llevará a su modificación y disminución a la predisposición de éste a desarrollar cáncer de mama. Es en estos factores de riesgo en donde el psicólogo de la salud debe centrarse para la prevención de esta enfermedad desde edades cada vez más tempranas ya que es en estas edades donde se han detectado algunos de estos factores de riesgo.

En una investigación de Ríos, Rodríguez y Álvarez (2006 y 2007) desarrollada en la FES Iztacala con estudiantes; a quienes se les aplica el Examen Médico Automatizado (EMA) al ingreso a la facultad, se analizaron los factores que llevan al desarrollo de enfermedades crónico degenerativas reportadas por los alumnos en dicho examen de los años lectivos 2004 y 2006. Los resultados mostraron altas frecuencias de estudiantes que reportaron la presencia de estas enfermedades en ambos sexos. Para fines del presente programa de intervención sólo se tomarán en consideración a las universitarias que reportaron la presencia de algunos de los factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama, siendo el total de universitarias para el año 2004, 1385 mujeres y para el año 2006, 1552 mujeres; a continuación se presentan las prevalencias obtenidas.

Con relación a la presencia de antecedentes familiares con cáncer se presenta un incremento ya que para el año 2004 se reportaron 49 casos, mientras que para el 2006 fueron 56 los reportados; respecto a los antecedentes familiares de obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama se presenta 290 casos en el año 2004; aumentando 38 casos para el 2006. Acerca del comienzo de la menarca se reportó que más del 90% la presenta, mientras que la presencia de dolor menstrual lo reportan 29% (401 casos) de la universitarias en el 2004, habiendo una disminución para el año 2006 ya que se reportan el 24% (365 casos).

En cuanto al factor de riesgo estrés, el 57% de las universitarias en el año 2004 reportan la presencia de éste, el cual engloba el dormir menos por preocupaciones (859 casos), sentirse agobiado y en tensión constante (810 casos) y estar nervioso y a punto de estallar (687 casos); entre tanto para el 2006 el 38% de las mujeres presentan estrés, en donde solo 671 casos reportan dormir menos por preocupaciones, respecto a sentirse agobiadas y en tensión constante sólo 546 son los casos y finalmente el sentirse nerviosas y a punto de estallar reportan su presencia sólo 533 de las mujeres.

Entre los hábitos alimenticios considerados como factor de riesgo y registrados por las universitarias en los años 2004 y 2006, se encuentran: las comidas fuera de casa (292 y 270 casos), el omitir comidas (527 y 520 casos), comer entre comidas (861 y 1010 casos), ello respectivamente, dando un promedio de 27% de las mujeres para el año 2004 que presentan estos hábitos y para el 2006 son 24% de éstas quienes presentan este factor de riesgo.

Simultáneamente se obtiene información de la frecuencia con que se consumen alimentos altos en grasa, azúcares, sales, entre otros, de 4 a 7 días a la semana y que con dicha frecuencia representan un factor de riesgo, entre estos alimentos se encuentran los pasteles, dulces, pizzas, refrescos, tortas, huevo, frituras; en promedio 260 mujeres ingieren estos alimentos entre 4 y 7 días a la semana; mientras que en el año 2006 sólo 229 universitarias consumen dichos alimentos.

El sedentarismo como factor de riesgo se presenta en 34% de las mujeres para el 2004 y para el año 2006, 30% de las universitarias; éste factor incluye, utilizar el tiempo libre en ver la televisión y/o videojuegos, se entretengan con la computadora y no realice ejercicio, cabe resaltar que ésta última reporta una gran prevalencia en las universitarias ya que en el 2004, son 991 casos los que reportan no realizar actividad física y en el 2006 son 908 mujeres. Finalmente la exposición a radiaciones ionizantes es un factor de riesgo que en el año 2004 reportan 795 universitarias, incrementando 347 universitarias para el año 2006 expuestas a éste factor, es decir, 1142 casos, en el año 2006.

Todos y cada uno de estos factores de riesgo detectados en las estudiantes de la FESI son modificables, de aquí la importancia del trabajo del psicólogo, ya que al modificar estos factores la incidencia para desarrollar cáncer de mama sé vera considerablemente reducida.

1.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y CÁNCER

Como se ha revisado la Psicología de la Salud ha desarrollado una serie procedimientos para trabajar cuando se encuentra desarrollada la enfermedad crónico-degenerativa y tal intervención parte del conocimiento de aspectos de tipo orgánico relacionados con la fisiopatología, tratamiento médico, signos y síntomas, evolución de ésta; todo lo anterior para comprender mejor al paciente, además de investigar sobre aspectos personales y socioculturales que nos den la posibilidad de elaborar e implementar una intervención para la rehabilitación y la obtención de la mejor calidad de vida posible, de acuerdo a los recursos tanto internos como externos del individuo.

Se ha hecho uso de diversas técnicas como la relajación, la desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, entre otras más dirigidas mayormente a la adherencia al tratamiento que es fundamental para que los demás aspectos implicados puedan desarrollarse de manera óptima, la educación tanto del paciente como de sus familiares. Todo este trabajo se desarrolla con el objetivo de ayudar a los pacientes y familiares en el nivel curativo y de rehabilitación, es decir, en el

momento de la medicación y tratamiento, los efectos implicados en el tratamiento (disminución del dolor, el estrés, náuseas, vómitos) el impacto emocional, el fomento de una calidad de vida, modificación de estilos de vida, entre otros. Lo anterior es sustentado en diversos reportes relacionados al cáncer de mama, como lo son:

Rodríguez, Uscanga, Gutiérrez y Jiménez (2003) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la asociación de factores de organización del sistema de salud (accesibilidad y proceso de atención) y de la paciente (sociodemográficos, conocimientos y conducta), con la oportunidad del diagnóstico de cáncer de mama; para ello se les aplicó a 40 mujeres una entrevista estructurada la cual incluía 21 preguntas. Los resultados muestran que los factores estadísticamente significativos relacionados con la oportunidad del diagnóstico temprano fueron, la accesibilidad geográfica y la escolaridad del paciente, así estos factores permiten implementar estrategias que transformen estos factores para incrementar la proporción de diagnósticos oportunos y disminuir la mortalidad por esta causa.

Por otra parte, Torrico, Santín, López y Andrés (2002) hicieron una investigación en la cual el objetivo era analizar las actitudes que un grupo de 30 mujeres sanas mantenían ante el cáncer de mama además de evaluar las repercusiones psicológicas que anticipaban ante tal evento, en comparación a las que presentaban 30 mujeres enfermas de cáncer. Se les aplicó un inventario sociobiográfico, el cuestionario de adaptación emocional al cáncer (CAEC), el cuestionario de ajuste mental al cáncer (MAC) y el cuestionario de análisis clínico (CAQ). Los resultados indicaron que las mujeres sanas anticipan reacciones psicológicas negativas y patológicas más que las que sufre el grupo de mujeres enfermas; además valoran la enfermedad como un acontecimiento altamente traumático.

Romero y et al. (2003) realizaron una investigación en la cual evaluaron la eficacia de procedimientos educativos no tradicionales, centrados en metodologías por etapas y elaboración individual de procesos de autorregulación para desarrollar conductas protectoras de salud en el control

del cáncer. Se trabajó con 12 subgrupos de sujetos adultos de dos centros de trabajo, en quienes se fomentaron cambios en auto cuidado de la salud, control del tabaquismo y control del estrés; concluyendo que la intervención educativa es eficaz para los cambios de vida y la adopción de conductas protectoras con tendencias a su mantenimiento, en relación con el auto cuidado y la responsabilidad con la salud (auto-exámenes), el control del estrés y tabaquismo.

Y finalmente con el objetivo de determinar la utilidad de un método *inmunoanalítico* para la cuantificación simultánea en plasma de dos *enzimas estrógeno-dependientes*, como *prueba de tamiz* en la detección de cáncer mamario, Pérez-Palacios, Miranda y Carreón (2005) realizaron un estudio piloto con 60 mujeres, 18 de las cuales se les detectó cáncer mamario y las 42 restantes normales; los resultados de este estudio sugieren que este método inmunoanalítico podría ser utilizado como prueba de tamiz para discriminar a las mujeres sanas de las que tienen patología mamaria, aunque para su uso en la población abierta aun requiere de validación clínica amplia.

Como se puede ver el psicólogo cuenta con habilidades no sólo para el tratamiento de la enfermedad (limitándose en los últimos años en ésta); sino también para la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención de la enfermedad por lo que el psicólogo puede y debería iniciar su participación desde el nivel preventivo, ello mediante la elaboración de programas de detección temprana e intervención en los factores de riesgo que disminuyan la predisposición del individuo a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, las cuales se presentan cada vez con mayor incidencia en edades tempranas, siendo la prevención la única manera de evitar el alto índice de atención y muerte a causa de enfermedades crónicas, debido a que son resultado de conductas y estilos de vida inadecuados que al modificarlos se podrían reducir considerablemente los enormes costos sanitarios que originan.

Para que el psicólogo lleve a cabo su labor en el área de la salud tal como señala Ramírez (1999), cuenta con diferentes teorías desde cuyos principios

teóricos y metodológicos puede abordar las muy diversas e importantes tareas del psicólogo.

Entre estas teorías, se encuentra la teoría de la *adaptación*, teoría del *afrentamiento*, la teoría *psicosomática*, la teoría *humanística*, la teoría conductual y la teoría cognitivo-conductual, siendo ésta la mayormente utilizada en el campo de la salud y en la cual se basa el presente proyecto de investigación.

1.4 TEORÍA COGNITIVO- CONDUCTUAL

La terapia denominada del comportamiento o del enfoque conductual se expresa en gran medida en terminología del condicionamiento operante y el condicionamiento clásico; así Goldfriend y Davidson (1994; citado en Trull y Phares, 2003) interpretan a este enfoque como un reflejo de una orientación general al trabajo clínico que se alinea desde el punto de vista filosófico con un enfoque experimental para el estudio del comportamiento humano; sin embargo, a lo largo de los años la terapia del comportamiento ha ensanchado su alcance para incluir técnicas que abordan procesos cognoscitivos recalcando de esta forma las funciones del pensamiento en la etiología y mantenimiento de los problemas; por lo que la terapia cognoscitivo conductual busca modificar o alterar patrones de pensamiento que se cree que contribuyen a los problemas del paciente. En la actualidad se considera que estas técnicas tienen una gran cantidad de sustento empírico (Smith y cols., 1980; Hollon y Beck, 1994; citado Trull y Phares, 2003) visualizándose entre las más efectivas de todas las interacciones psicológicas.

Autores tales como Chance (1995) indican que el enfoque denominado cognitivo-conductual surge de la fusión del enfoque cognitivo y el conductual, pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; hace uso de la cuantificación, ya que de esta forma se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su

frecuencia, duración, intensidad y características; esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

Así Kazdin (1996) señala que en este tipo de enfoque se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades; además, se refuerza el comportamiento independiente. La meta del enfoque cognitivo-conductual es eliminar, o al menos reducir los comportamientos y/o pensamientos que les causan problemas, y postula que si desaparecen, dichos comportamiento y/o pensamientos inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas; para lograr esto se le solicita al individuo que practique nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea.

El enfoque cognitivo-conductual ha sido ampliamente comprobado para tratar una variedad de trastornos y problemáticas, con una continuidad y participación activa del individuo poniendo énfasis en el cambio a corto plazo. Así la teoría cognitivo-conductual como lo indican Kazdin (1996) y Rodríguez (2000) proporciona al psicólogo las herramientas necesarias para dotar y potencializar las habilidades precisas de los individuos para que pueda afrontar las enfermedades a nivel preventivo, curativo y de rehabilitación. En donde la prevención se debería convertir en una de las tareas principales la promoción, el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y no sólo su tratamiento, curación y rehabilitación, como generalmente se ha hecho.

Para la prevención del cáncer de mama, el psicólogo tiene la posibilidad de incidir para modificar, disminuir o eliminar mediante el enfoque cognitivo-conductual los factores de riesgo denominados exógenos y de esta manera disminuir la predisposición del individuo a desarrollar cáncer de mama. Por lo que a continuación se enlistarán los comportamientos considerados como de riesgo y las técnicas cognitivos-conductuales con las que se ha intervenido.

Consumo de alcohol.- En cuanto a éste comportamiento Echeburúa y De Corral (1997) indican que el exceso de ingesta de esta sustancia produce una serie de problemas y alteraciones en las diferentes áreas tales como la salud, la familia,

laboral, social y económico; asimismo esta conducta se relaciona con problemas de ansiedad, depresión, autoestima, laborales, familiares entre otros; para ello se realizan programas multidisciplinarios en donde el aporte psicológico se realiza mediante diversas técnicas conductuales; entre las que se encuentran la sensibilización encubierta, entrenamiento en asertividad, métodos de autocontrol, entrenamiento en relajación progresiva, reestructuración cognitiva entre otras.

Ejemplo de la efectividad de dichas técnicas es el caso presentado por Echeburúa y De Corral (1997) en donde hubo una disminución notable en el consumo de alcohol en un individuo de 48 años de edad; enfocado el tratamiento a la situación global del individuo, es decir al contexto familiar, laboral, emocional, utilización de su tiempo libre, la ansiedad, autoestima, entre otros, logrando así que no necesitara beber alcohol para hacer frente a las dificultades presentadas en esas áreas, esto debido a que adquirió comportamientos saludables con las que puede hacer frente a dichas problemáticas.

Obesidad.- Respecto a la obesidad como factor de riesgo, López, Mancilla y Álvarez (1998), señalan que la obesidad es un fenómeno multicausal en donde intervienen diversos factores bioquímicos, sociales, genéticos, culturales y psicológicos. Así los individuos que presentan obesidad se caracterizan por: comer más rápido que la mayoría de los individuos, no dejan ningún sobrante de comida en el plato, su consumo de ingesta lo basan en estímulos externos como el olor, color y suelen comer más alimentos ante situaciones estresantes, presentan una mayor ansiedad, emocionalidad, depresión, autoimagen deteriorada, adicción de tabaco y alcohol, déficit en habilidades sociales, dinámica familiar disfuncional.

Para eliminar o disminuir este comportamiento de riesgo se realizan diversos programas de intervención multidisciplinarios, en donde se dota al individuo de habilidades, comportamientos, cogniciones con el propósito de que modifique este hábito; debido a que los motivos por los que realiza dicho comportamiento de riesgo habrán sido compensados por otros que favorecen su salud, ello

mediante las técnicas de autocontrol, manejo de contingencias, economía de fichas, contratos de contingencias, reestructuración cognitiva, soluciones de problemas, autoinstrucciones, inoculación al estrés, entre otras. Las cuales han resultado efectivas tal como Saldaña y García (1997) lo muestran en el tratamiento con una mujer de 33 años que pesaba 103.9 Kg. y con una estatura de 1.52m; con la intervención la paciente logró una pérdida de peso de 23.77 Kg., así mismo se produjeron cambios comportamentales importantes en los patrones de ingesta y actividad física.

Estilo alimentario.- Referente al estilo alimenticio como factor de riesgo se ha encontrado que los individuos consumen una gran cantidad de ingesta de grasa y poco o nulo consumo de fibra y micronutrientes, precisamente Godoy (1976; citado en López, Mancilla y Álvarez, 1998) mencionan que existen patrones de alimentación de acuerdo al ajuste emocional de los individuos, estos son: la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira y finalmente se observa que la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. Por su parte López, Mancilla y Álvarez (1998), indican que otros estudios observan que la comida tiene diversos efectos, estos son: producir sensación de alivio ante la pérdida de un objeto amado, compensar de alguna forma las frustraciones en el terreno sexual; canaliza los impulsos agresivos y destructivos mordiendo, desgarrando y masticando objetos y compensa los sentimientos de vacío. Por lo que se podrían hacer uso de diversas técnicas cognitivo-conductuales tales como: técnica de relajación, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, asertividad, inoculación al estrés, modelado, autocontrol, entre otras.

Estrés. En cuanto al estrés como factor de riesgo Sandín (1993) indica que el estrés tiene múltiples relaciones con la salud/ enfermedad; por un lado el estrés incrementa la vulnerabilidad del organismo, actuando como agente inductor que precipita la aparición de la enfermedad o bien la agrava y por el otro la enfermedad y su tratamiento producen estrés y diferentes problemas psicológicos relacionados. Los principales efectos psicológicos en relación con

la salud/ enfermedad se establece mediante los mecanismos del estrés, este influye sobre la salud porque modifica su funcionamiento fisiológico global del organismo, además de estimular comportamiento poco saludables como el fumar, beber alcohol, entre otros.

Como se puede ver las técnicas cognitivo-conductuales tales como: autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, inoculación al estrés, solución de problemas, reestructuración cognitiva, asertividad, modelado, relajación, entre otras; han resultado ser eficaces para la intervención de los comportamiento tales como, estrés, ansiedad, déficit de habilidades sociales, creencias erróneas sobre salud-enfermedad, consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimenticios nocivos y conseguir así que el estilo y calidad de vida se vean beneficiados considerablemente.

Para el tema que compete al presente proyecto, sólo retomaremos la prevención a nivel primario, ya que como se ha mencionado, ésta consiste en toda aquella actividad que se dirija a individuos sanos con el propósito de prevenir alguna posible enfermedad, en este caso en particular se realizará la prevención primaria de la enfermedad crónica conocida como cáncer de mama, en mujeres estudiantes de la FESI; haciendo uso de las técnicas cognitivo-conductuales que con mayor frecuencia se utiliza en la psicología de la salud para intervenir en comportamientos que son considerados como factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad.

.2 CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

Como se ha mencionado el cáncer de mama es una enfermedad crónico degenerativa de etiología multifactorial; su incidencia y prevalencia va en aumento, ello en edades cada vez más tempranas; por lo que el tratamiento de dichas enfermedades requiere un trabajo multidisciplinario siendo de vital importancia la intervención del psicólogo dentro del área de la salud, no sólo a nivel tratamiento, rehabilitación o curación; sino a nivel preventivo ya que actualmente hay evidencia de que nuestra salud esta intensamente afectada

por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales (hábitos saludables, buscar cuidados, seguir recomendaciones, etcétera.) teniendo efectos positivos o negativos; por lo que hoy se habla de patógenos conductuales para referirse a aquellas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad y de inmunógenos conductuales para los comportamientos que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995^a).

Debido a esta importancia el presente programa de intervención realizará la detección y evaluación de patógenos conductuales en relación con factores de riesgo modificables que se relacionan con una predisposición a desarrollar cáncer de mama; y desarrollar estrategias a nivel preventivo primario para corregir patógenos conductuales relacionados con tal enfermedad fomentando la adquisición de inmunógenos conductuales que reduzcan el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Por lo tanto los factores de riesgo a considerar en el presente programa de intervención son: afrontamiento, estrés, ansiedad, déficit de habilidades sociales, calidad de vida y estilo de vida; características personales (edad y sexo) las cuales a continuación serán definidas ya que con base en dichas definiciones se realizará la intervención.

Afrontamiento.- De acuerdo con Pereyra (2004) el afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiables que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Estrés.- Acosta y Castillo (1987; citado en González, 1999) refieren que estrés se deriva de la física donde se utiliza para señalar a una fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar el límite de la resistencia produce una deformación o la destrucción de ese objeto o sistema; transferida ésta a la psicología y medicina se puede definir como una sobre tensión o acumulación de estados de ansiedad que al estar actuando constantemente en el organismo

rebasa los límites de la resistencia del organismo manifestándose en una enfermedad física o psicológica.

Ansiedad.- La ansiedad es conceptualizada por Díez (2000), como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo. Así la respuesta de ansiedad se conforma de tres componentes, de acuerdo con Gutiérrez (2005) los cuales son importantes de tomar en consideración debido a que mediante su reporte permite conocer si el individuo se encuentra o no en estado de ansiedad:

- Ψ *Componente Fisiológico.*- el cual se refiere a las alteraciones y sensaciones físicas, como la tensión muscular, la hiperventilación.
- Ψ *Componente Cognitivo.*- son las preocupaciones y los pensamientos autodevaluativos.
- Ψ *Componente Conductual.*- el cual se relaciona con todos los comportamientos de evitación que aparecen ante estímulos o situaciones vinculados con la ansiedad.

Habilidades sociales.- De acuerdo con Caballo (1987; citado en Ríos, 2004), la conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que normalmente resuelve los problemas más inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Calidad de Vida.- Al respecto de esta variable Linares (2003), la define como una valoración subjetiva que el individuo hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Es decir, en qué medida considera que sus comportamientos han afectado aspectos concretos de su vida a nivel biológico/fisiológico, conductual, psicológico, laboral, familiar y social, todo ello para el buen vivir; por lo que una buena calidad de vida se da cuando las expectativas y esperanzas del individuo se cumplen en la práctica.

Estilo de Vida.- De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS; citado en San Martín, 1988), se entiende por estilos de vida a las experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo, incluyendo los siete elementos que a continuación se mencionan: lugar en donde vive y las condiciones de éste; el tipo de trabajo que realiza y las condiciones en las que se lleva a cabo esta actividad; alimentación; los hábitos personales; la actividad física, la participación en actividades recreativas y relaciones interpersonales.

Cabe señalar que cada uno de estos factores de riesgo serán evaluados mediante una batería adaptada durante la segunda fase del proyecto (Patógenos conductuales como factor de riesgo de enfermedades crónico degenerativas en estudiantes universitarios de la FESI), la cual evalúa: estilo de vida, estrés cotidiano, afrontamiento al estrés, habilidades sociales, ansiedad, estrés y depresión (la cual no será considerada en esta investigación debido a que no forma parte de los factores de riesgo a desarrollar cáncer de mama).

.2.1 USO DE ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología de la salud hace uso frecuentemente de las técnicas cognitivas conductuales, durante la intervención médica del cáncer con el objetivo de mejorar la calidad de vida y adaptación de los diversos cambios fisiológicos y psicológicos (Simón, 1999), tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar; ya que como lo menciona Buceto, Bueno y Mas (2002) esta intervención ha de ser llevada en todo momento de forma multidisciplinaria.

Un tema prioritario de la intervención psicológica en el ámbito de cáncer, es la información que se administra al paciente acerca del diagnóstico y características clínicas del cáncer, el pronóstico, el tratamiento, las razones por que se aplican los tratamientos médicos, los efectos beneficiosos, efectos colaterales y los tipos de estrategias para la disminución de los efectos negativos. Esta información se les proporcionara tanto al paciente como a su

familia; siendo esto fundamental para la administración de una vía de comunicación clara y precisa.

La detección de la enfermedad, la propia enfermedad y los tratamientos médicos conducen a que el paciente sufra cambios físicos y psicológicos como lo son dolor, náuseas, cansancio o fatiga, inflamación, ansiedad, depresión, reacciones emocionales desadaptativas, siendo aquí donde la psicología trata dichas problemáticas mediante estrategias como lo podemos revisar a continuación.

.2.1.1 ESTRATEGIAS CONDUCTUALES

BIOFEEDBACK

Este tratamiento psicológico a sido utilizado para problemas específicos de la enfermedad como lo son el dolor crónico o agudo y la reducción de efectos colaterales de la quimioterapia (Buela y Moreno en Fernández, 1992), pero en general el uso más extendido ha sido la disminución de la actividad fisiológica actuando de refuerzo de otras técnicas, como la relajación progresiva e imaginación guiada, la respiración, la actividad muscular, la temperatura y la conductancia de la piel; esto con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad del sujeto, además de ayudar al paciente a incrementar su capacidad de control sobre los síntomas y sensaciones que antes no controlaba, pudiendo por tanto conseguir mejores resultados con estos otros procedimientos (Buela y Moreno citado en Fernández, 1992).

Los tipos mas utilizados en el control de las náuseas son el electromiografico y el Biofeedback de la temperatura periférica, debido a que liberan un estado de relajación general que reduce la actividad fisiológica, disminuyendo notablemente las contracciones musculares del tracto intestinal.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Aunque este tipo de técnicas son muy utilizadas en el ámbito de la psicooncología, no son demasiado populares en lo referente al control del dolor canceroso por sí mismas; pero dentro de éstas pueden considerarse las

siguientes técnicas: Relajación muscular progresiva, Entrenamiento autógeno, Imaginación guiada, Técnicas de meditación.

La relajación muscular progresiva es la más utilizada debido a que el terapeuta le aplica y enseña dicha técnica para que posteriormente el sujeto la lleve a cabo por sí solo en los diversos ámbitos en que se desarrolla (Buceto, Bueno y Mos; 2002). Mediante este procedimiento se ha informado de resultados de eficacia de un 50% en la reducción de náuseas, vómito, estrés y ansiedad.

.2.1.2 ESTRATEGIAS COGNITIVAS

El estrés psicológico relacionado con el cáncer es resultado de la forma en como la persona que es diagnosticada con cáncer recibe y afronta su enfermedad, por lo que es importante tomar en cuenta las variables cognitivas. Algunas estrategias que se han utilizado con pacientes de cáncer son las siguientes (Buceto, Bueno y Mos; 2002):

ENTRENAMIENTO EN RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

El objetivo de este tipo de intervención es el promover un espíritu de lucha que suponga la adopción de una postura positiva, la búsqueda activa de información o la utilización de la palabra cáncer en el vocabulario cotidiano (Buela y Moreno citado en Fernández, 1992).

CONTROL DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Los pensamientos negativos son bastante característicos en pacientes de cáncer, especialmente en aquellos que experimentan un notable incremento de ansiedad como consecuencia del diagnóstico de la enfermedad. Algunas de las técnicas psicológicas empleadas son la comprobación de la realidad, retribución, distracción y pensamiento catastrófico.

EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

Algunos de los estudios realizados con mujeres con cáncer de mama revelan que gran parte de los pacientes tienden a suprimir sus sentimientos, entre ellos

la ira, que es el más frecuente entre enfermos de cáncer, y eso lleva a situaciones de indefensión (Buceto, Bueno y Mos; 2002). El objetivo en este caso es explicar que la ira es una respuesta normal y beneficiosa, y se tendrá que ayudar a los pacientes a reconocerla y manifestarla, de manera que puedan llegar a canalizarla hacia acciones más positivas.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

En el caso de los pacientes de cáncer el más habitual es el de enfrentarse a una situación crónica, y eso lleva a acentuar la dificultad para controlar problemas provocados por una situación única (Buela y Moreno citado en Fernández, 1992). Entre las estrategias más utilizadas se encuentra la técnica de la repetición cognitiva en la que el paciente se imagina posibles situaciones problemáticas y junto con el terapeuta practica cómo enfrentarse a ellas. Se enseña a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para tratar con los problemas asociados al cáncer o cualquier otro tipo de problemas.

Como se pudo revisar el tratamiento para el cáncer debe de ser llevado a cabo de forma multidisciplinaria debido a que no sólo afecta de manera fisiológica, sino que además afecta en lo psicológico como es el estado de ánimo, en el afrontamiento a la enfermedad, además de provocar un intenso nivel de ansiedad; por lo que se sugiere que el tratamiento sea conjunto no sólo con los médicos y psicólogos; sino que además participe la familia ya que en ellos de igual manera afectan a los cambios ocurridos en la persona que sufre este padecimiento. Debido a lo doloroso y desgastante que es esta enfermedad es importante una prevención a nivel primario; sobre todo por el número de casos que se presentan y el cual va aumentando día con día.

.3 METODOLOGÍA

.3.1 OBJETIVO DEL PROGRAMA

Modificar, eliminar y/o disminuir las conductas de riesgo a través de la implementación de programas que permitan además prevenir que éstos

comportamientos nocivos (consumo de alcohol, obesidad, estilo alimenticio y estrés), actúen sobre el organismo y causen en él alteraciones que puedan generar cáncer de mama, ello mediante técnicas cognitivo-conductuales tales como: estrategias de afrontamiento, solución de problemas, entrenamiento en inoculación de estrés, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, modelamiento, reestructuración cognitiva y autocontrol.

.3.2 DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

El programa de intervención está dirigido a las estudiantes universitarias con un rango de edad de 18 a 21 años, sin distinción de carrera, que reporten la presencia de dos o más factores de riesgo a desarrollar cáncer de mama; los cuales serán detectados mediante la aplicación de la batería. Aunque puede ser aplicado a otras poblaciones de iguales o semejantes características; y con ello lograr evitar que los factores de riesgo actúen sobre el organismo y causen en él alteraciones que puedan desarrollar dicha enfermedad.

.3.3 DURACIÓN DEL PROGRAMA

Se llevará a cabo durante 22 hrs. y 30 min., las cuales se dividirán en 16 sesiones de 90 min. cada una; estas sesiones se celebrarán dos veces por semana o cada tercer día; aunque ello puede ser modificado según sean las necesidades del grupo. Cabe señalar que estas sesiones se deben de llevar a cabo con la coordinación de dos profesionales de la psicología de la salud, ya que poseen el conocimiento para el manejo adecuado de las técnicas cognitivo-conductuales.

.3.4 EVALUACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El presente programa hará uso de un diseño pre-experimental denominado pretest- posttest y de seguimiento de un sólo grupo ya que se realizará una medición, mediante la aplicación de una batería adaptada durante la segunda fase del proyecto denominado “Detección de patógenos conductuales y enfermedades crónico degenerativas en estudiantes universitarios” antes de

introducir la variable independiente (programa de intervención) y otra después de su aplicación.

Mediante un estudio longitudinal, se tomarán medidas antes y después de la intervención y de seguimiento uno, tres y seis meses después; con la finalidad de obtener información de los cambios en el tiempo de las variables psicológicas bajo intervención en el grupo. Además se hará uso de registros, cuestionarios, observaciones y reportes diseñados por las coordinadoras para la evaluación de cada una de las sesiones y con ello tener información de los conocimientos adquiridos, la práctica de las técnicas que se les facilite y de las posibles modificaciones que realicen en su comportamiento.

A continuación se presentan una tabla en la que se muestran los instrumentos que componen la batería y los aspectos que cada uno de éstos evalúa:

Instrumento	Evalúa
Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS; 1997)	Posibles acciones de los adolescentes para encarar sus problemas
Inventario de Estrés Cotidiano (IEC; 1987)	Las situaciones que son consideradas como estresantes o no placenteras
Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA Ríos; 2002)	La auto percepción en cuanto a sus habilidades sociales
Instrumento WHOQoL-Breve versión en español (traducido y adaptado por González-Celis & Sánchez-sosa; 2001)	Auto percepción de la calidad de vida
FANTASTIC (versión mexicana; 2003)	Estilo de vida y relación con la salud

Tabla 1. Muestra el nombre de los instrumentos de la Batería que nos permitirán evaluar las variables de la investigación.

En seguida se muestran las características psicométricas de los diferentes instrumentos a utilizar para la pre-evaluación y la post-evaluación.

ESCALA DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS, 1997)

La Adolescent Coping Scale (ACS) fue diseñada por Frydenberg y Lewis en 1990 y fue adaptada al español por Pereña y Seisdedos, en 1997; esta escala brinda información acerca de 18 estrategias que se agrupan en tres estilos básicos: la primera dirigida a la resolución del problema, la segunda en relación con los demás y en tercer lugar lo improductivo.

Esta escala han sido dispuesta dos formas, la primera de ellas es la forma general, la cual consta de 23 enunciados que hacen referencia a acciones que pueden o no usar los adolescentes para encarar sus problemas o preocupaciones. Para cada afirmación las respuestas se puntúan mediante una escala tipo Lickert de cinco puntos (1 no lo hago; 2 lo hago raras veces; 3 lo hago algunas veces; 4 lo hago a menudo; 5 lo hago con mucha frecuencia). Mientras que en la segunda forma denominada forma específica, el adolescente tiene que anotar su preocupación principal y contestar a los mismos 23 enunciados las cosas que suele hacer para enfrentar el problema o dificultad anotada. De este instrumento sólo se utilizará la forma general debido a que esta explora cómo es que los adolescentes afrontan en un nivel general. La sensibilidad de los ítems fue comprobada mediante el coeficiente Alfa de Crombach que según reportan los autores fue de 0,75 (Pereña y Seisdedos, 1997).

INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO (IEC; 1987)

El inventario de estrés cotidiano fue diseñado por Brantley, Waggoner y Rappaport (1987), está conformado por una lista de 44 situaciones consideradas como estresantes o no placenteras, en la hoja de respuesta se indica si la situación ha ocurrido o no dentro de las últimas 24 horas. Se contesta en una escala tipo Lickert; la hoja de respuesta consta de 9 columnas, la primera de ellas hace referencia al número del ítem, la segunda marcada con el número 0 indica que la situación no ocurrió en las últimas 24 horas; mientras que las restantes columnas están enumeradas del 1 al 7 las cuales manifiestan grados diferentes de molestia, es decir, el 1 (ocurrió pero no me estreso), 2

(causó muy poca molestia), 3 (causó poca molestia), 4 (causó cierta molestia), 5 (causó mucha molestia), 6 (causó una gran molestia) y 7 (me causó pánico).

Los resultados del análisis de la consistencia interna para evaluar la fiabilidad, fueron altos en la muestra general, lo mismo que el análisis particular para cada muestra. El alfa de Crombach particular para México fue de 0,9398 y las alfas particulares, para cada ítem, superiores a 0,9359; la correlación ítem-total fue superior a 0,2000 (Nava, Anguiano y Vega, 2004).

ESCALA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES (EEHSA Ríos, 2002)

La escala evalúa la auto-percepción en cuanto a sus habilidades sociales de los jóvenes de 12 a 20 años, se puede aplicar de manera individual o grupal, se recomienda dar una explicación clara y precisa del objetivo. Esta escala cuenta con 50 ítems, divididos en 6 tipos de habilidades que van de las básicas hasta las avanzadas, éstas son: las habilidades de inicio, las avanzadas, para manejar sentimientos, alternativas a la agresión, para encarar el estrés y las de planeación; además de obtener información acerca de ante qué persona o personas presentes hace o no cada una de las habilidades y en qué contexto ocurre.

Cada reactivo puede puntuar entre 1 a 5 puntos en escala sumatoria tipo lickert. Una mayor puntuación en la escala es un indicador de mayores habilidades sociales. Fue adaptada y baremada en 2228 casos de adolescentes mexicanos (1,111 varones y 1,117 mujeres) cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 12, 18 y 20 años de edad, de distintas escuelas de nivel medio, bajo y alto del Distrito Federal y Área metropolitana. La sensibilidad de los ítems fue comprobada mediante el método ítem escala y el coeficiente Alfa de Crombach ($p > 0,01$). Obtuvo una fiabilidad test-retest de 0,89 y validez de contenido (Ríos, 2002).

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL (TRADUCIDO Y ADAPTADO POR GONZÁLEZ-CELIS & SÁNCHEZ-SOSA; 2001)

Este instrumento fue creado por la Organización Mundial de la Salud (1996); fue traducido y adaptado con la ayuda de González-Celis y Sánchez Sosa (2001), el cuál mide la calidad de vida que la persona percibe durante las dos semanas anteriores a la contestación del instrumento en una variedad de situaciones y grupos de población. Puede utilizarse en una amplia variedad de lugares culturales, a la vez que permite comparar los resultados de diferentes países; tiene diferentes usos, incluyendo su uso en la práctica médica, la investigación, entre otros. En una primera etapa se solicita información general del participante, a continuación se les dan las instrucciones pertinentes para la contestación de 26 preguntas, ya que se tiene que elegir entre 5 opciones y encerrar en un círculo la que evalué mejor su sentimiento. Al finalizar estas preguntas se realizan tres más que se dirigen a obtener información acerca de cuánto tiempo le tomo contestar el instrumento, si alguien le ayudo a llenarlo y si existe un comentario acerca de la evaluación.

El WHOQoL produce puntuaciones en relación a áreas (por ejemplo, física, psicológica, relaciones sociales) y una puntuación en relación a la calidad de vida global y la salud general; este instrumento muestra una validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad correctas. Las puntuaciones de las áreas del WHOQoL han mostrado una correlación de aproximadamente 0.9 con respecto a las puntuaciones de las áreas del WHOQoL-100 (González-Celis y Sánchez Sosa, 2001)

FANTASTIC (VERSIÓN MEXICANA; 2003)

El FANTASTIC tiene el objetivo de evaluar el estilo de vida y la relación que tiene con la salud; está integrado por 25 ítems y nueve dominios; cada uno de los rubros consta de entre 2 o 4 preguntas, las cuales se tienen que contestar en una hoja de respuesta marcando con x, una de las cinco opciones que según el participante refleje mejor su calidad de vida en el último mes. Los ítems presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 4 para

cada una, y se califican por medio de una escala tipo Lickert con una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento; una mayor puntuación en el instrumento es indicador de mejor estilo de vida. Fue aplicada a 260 sujetos de ambos sexos con edades que oscilaban de 24 a 75 años para los varones y de 34 a 91 años para las mujeres, con diabetes mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en el Estado de México.

.4 PROGRAMA

.4.1 INTERVENCIÓN

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN

Objetivo: Propiciar un ambiente de confianza entre las facilitadoras y las participantes, presentar los contenidos del programa de intervención, así como la forma de trabajo y evaluar los conocimientos sobre cáncer de mama que tengan las participantes.

Objetivos particulares:

- Ψ Propiciar un clima de confianza entre las coordinadoras y participantes en el programa.
- Ψ Promover el conocimiento recíproco entre las participantes del grupo
- Ψ Evaluar los conocimientos que las participantes tienen respecto al cáncer de mama, los factores de riesgo, incidencias y métodos de diagnóstico.
- Ψ Dar a conocer a las participantes los contenidos del programa.
- Ψ Identificar las expectativas de las participantes acerca del programa.
- Ψ Identificar las creencias, valoraciones e información que poseen respecto a la salud-enfermedad, cáncer de mama y factores de riesgo.
- Ψ Recuperar los puntos más importantes derivados de la sesión.

Materiales: Cartulina, papel, pegamento, tijeras, bolígrafos, plumones, revistas, lápices, presentación de contenidos en power point, Cuestionario Cáncer de mama, Lamina piramidal¹.

Actividades:

1. De forma verbal cada coordinadora expresara su nombre, edad, su participación en el programa y expectativas del mismo.
2. Posteriormente se llevará acabo la actividad denominada Collage² la cual es descrita en el anexo.
3. Al término de la anterior actividad se comenzará la actividad llamada Formando Equipos³ la cual es descrita en el anexo.
4. Se les proporcionará un cuestionario de preguntas sobre el cáncer de mama⁴ diseñado por las coordinadoras el cual tendrán que responder las participantes.
5. Explicación por parte de las coordinadoras de los temas a tratar en el programa
6. Se llevará acabo la actividad Binas y cuartos⁵ la cual se explica de manera clara en el anexo.
7. Aplicación del cuestionario Biográfico⁶
8. Se les proporcionará el cuestionario de Clima Grupal⁷ para que lo respondan las participantes
9. Recuperación de los puntos de vista derivados de lo visto en la sesión.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

Ψ Recuperación de los sentimientos derivados de la actividad.

¹ ver anexo en la actividad 1.1

² ver anexo en la actividad 1.2

³ ver anexo en la actividad 1.3

⁴ Ver anexo en la actividad 1.4

⁵ ver anexo en la actividad 1.5

⁶ ver anexo en la actividad 1.6

⁷ ver anexo en la actividad 1.7

- Ψ Recuperación de las expectativas respecto del taller
- Ψ Análisis de la información recabada mediante los cuestionarios
- Ψ Expresen sus expectativas respecto del taller en una hoja
- Ψ Cuestionario de Clima grupal contestado por las participantes

Sesión 2. Reestructuración-Cognitiva: pensamientos y significado de Salud-Enfermedad

Objetivo: Que las participantes identifiquen los pensamientos negativos y creencias que poseen acerca de la salud, la enfermedad y los comportamientos saludables.

Objetivos particulares:

Que las participantes:

- Ψ Manifiesten lo que es y significa la enfermedad.
- Ψ Se cuestionen sobre las ideas y el significado de enfermedad.
- Ψ Manifiesten lo que es y significa la salud
- Ψ Cuestionen las ideas y el significado de la salud.
- Ψ Reflexionen las diferencias existentes entre la salud y la enfermedad.
- Ψ Propongan pensamientos y comportamientos para mantenerse sanas
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos relevantes de la sesión.

Material: Hojas de papel, Plumas, lápices, Lamina piramidal¹.

Actividades:

1. Las participantes en una hoja en blanco escribirán acerca de lo que es y lo que significa para ellas la enfermedad y los comportamientos que consideran que les enferman
2. En equipo las participantes manifestaran lo que escribieron, anotando en una hoja las coincidencias que encuentren.
3. Al finalizar cada equipo verbalizará al resto de los equipos las conclusiones a las que llegaron; mediante la guía de las coordinadoras

¹ Ver anexo en la actividad 1.1

se discutirá y reflexionaran las ideas y los significados de la enfermedad para que de esta forma se propongan nuevas forma de ver a la enfermedad.

4. Las participantes en una hoja en blanco escribirán acerca de lo que es y lo que significa para ellas la salud y los comportamientos que consideran saludables.
5. En equipo las participantes manifestaran lo que escribieron, anotando en una hoja las coincidencias que encuentren.
6. Al finalizar cada equipo verbalizará al resto de los equipos las conclusiones a las que llegaron; mediante la guía de las coordinadoras se discutirá y reflexionaran las ideas y los significados de la salud para que de esta forma se propongan nuevas forma de considerar a la salud.
7. Con la guía de las coordinadoras se llevará acabo la discusión sobre las diferencias en las conceptualizaciones sobre la salud y la enfermedad; y las participantes propondrán comportamientos saludables.
8. Las coordinadoras expresarán de manera verbal y resumida los temas abordados en la sesión y recuperarán los puntos más importantes de la misma.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Llenado de la hoja donde expresen lo que significa para ellas la enfermedad y los comportamientos que ellas consideran que les enferman. Anotación en una hoja de las coincidencias que se encuentren acerca de lo que significa para ellas la enfermedad y de los comportamientos que ellas consideran que les enferman. Expresión de lo que significa para ellas la enfermedad y de los comportamientos que ellas consideran que les enferman.

- Llenado de la hoja donde expresen lo que significa para ellas la salud y los comportamientos que consideran saludables.
- Anotación en una hoja de las coincidencias que se encuentren acerca de lo que significa para ellas la salud y los comportamientos que consideran saludables
- Expresión de lo que significa para ellas la salud y los comportamientos que consideran saludables.
- Participación mediante la propuesta comportamientos saludables.

SESIÓN 3. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN COMO ALTERNATIVA PARA AFRONTAR EL ESTRÉS

Objetivo: Que las participantes valoren al estrés como un factor de riesgo, la afección que éste provoca en el organismo; que conozcan y hagan uso de la técnica de relajación para afrontar situaciones estresantes.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión dos a partir de lo que se concluyó acerca de la salud-enfermedad y los comportamientos saludables.
- Ψ Dar información a las participantes sobre aspectos relacionados con el estrés y como afecta éste a su salud
- Ψ Que las coordinadoras expliquen en qué consiste la técnica de relajación.
- Ψ Que las participantes lleven a cabo la técnica de relajación
- Ψ Que los participantes mediante la guía de las coordinadoras recuerden una situación estresante e identifiquen las sensaciones y emociones que tal situación provoca.
- Ψ Que las participantes pongan en práctica la técnica de relajación para que sus sensaciones y emociones sentidas ante el estrés se modifiquen.
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos relevantes de la sesión

Materiales: Presentación en power point, grabadora, sillas, hojas, lápices, bolígrafos, formato de registro⁸ (Técnica de relajación), Lamina piramidal¹

Actividades:

1. Mediante una tómbola se sortearan algunas palabras con las cuales las participantes tendrán que expresar una frase que haga referencia a lo visto en la anterior sesión
2. Exposición por parte de las coordinadoras del estrés como factor de riesgo
3. Se les proporcionara el cuestionario Estrés¹⁰ para que sea respondido por las participantes.
4. Exposición por parte de las coordinadoras de la técnica de relajación
5. Se les proporcionara el cuestionario: Técnica de Relajación¹¹ para que sea respondido por las participantes.
6. Que las participantes realicen paso a paso la relajación¹² mediante la guía de las coordinadoras
7. Uso de la técnica de imaginación guiada¹³ explicada en los anexos
8. Poner en práctica la relajación bajo la conducción de las coordinadoras quienes propiciarán el ambiente propicio.
9. Expresar de manera verbal y resumida los temas abordados en la sesión
10. Pedir que realicen la relajación ante situaciones estresantes de su vida y hacer un registro

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Ψ Colaboración por parte de las participantes respecto de los temas tratados con anterioridad

⁸ ver anexo en la actividad 2.1

¹ ver anexo en la actividad 1.1

¹⁰ ver anexo en la actividad 2.2

¹¹ ver anexo en la actividad 2.3

¹² ver anexo en la actividad 2.4

¹³ ver anexo en la actividad 2.5

- Ψ Cuestionario: Estrés⁹ y cuestionario: técnica de relajación¹⁰ contestados por las participantes
- Ψ Expresen las sensaciones vividas durante la actividad

SESIÓN 4. INOCULACIÓN AL ESTRÉS COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y A LA ANSIEDAD

Objetivo: Que las participantes aprendan que los pensamientos y las valoraciones que hacen de las situaciones, las conducen al estrés y con ello valoren y actúen de forma funcional.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión tres a partir del uso de las técnicas de relajación en su vida cotidiana y relacionarlo con las actividades de esta sesión.
- Ψ Que las participantes aprendan que los pensamientos y valoraciones que hacen de diversas situaciones conducen al estrés y a emociones negativas
- Ψ Que las participantes identifiquen lo que pasa antes, durante y después de una situación estresante
- Ψ Que los participantes identifiquen otras formas de pensar, valorar y actuar ante las situaciones registradas como estresantes en la actividad anterior.
- Ψ Que las participantes pongan en práctica la solución para afrontar la situación que se analizó en la actividad anterior y que ellas consideran la más adecuada.
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos más importantes de la sesión.

Materiales: Formato de registro⁹ (llenado por las participantes), pizarrón, gises, borrador, hojas de papel, Lamina piramidal¹, formato de registro¹⁴ (Inoculación al estrés), lápices, papel, hojas, espacio amplio.

⁹ ver anexo en la actividad 2.3

¹⁰ ver anexo en la actividad 2.4

⁹ ver anexo en la actividad 2.1

Actividades:

1. Las participantes expresarán verbalmente y al azar, las experiencias vividas al hacer uso de la técnica de relajación en algunas de las situaciones de la vida cotidiana.
2. Las participantes verbalizarán situaciones que le producen estrés de forma detallada; mientras que las coordinadoras guiarán y harán énfasis en los pensamientos y valoraciones que ellas hacen ante dichas situaciones.
3. Las participantes llenarán un formato de registro ¹⁴ (Inoculación al estrés) que les dará la posibilidad de identificar lo ocurrido durante las situaciones estresantes
4. De las situaciones estresantes principalmente mencionadas, las participantes seleccionarán una para que con la ayuda de las coordinadoras se lleve a cabo el análisis de la situación, buscar opciones para afrontarla.
5. Tres o cuatro de las participantes realizarán, mediante la guía de las coordinadoras, el ensayo conductual¹⁵; mientras las demás participantes registrarán lo observado durante la actividad.
6. Las participantes expresarán de forma verbal lo registrado en la actividad anterior; mientras que las coordinadoras retomarán lo comentado y harán énfasis en los temas revisados en la sesión.
7. Se les solicitará el llenado del formato de registro¹³ (Inoculación al estrés) con situaciones que ellas consideren les causan estrés y se les pedirá valoren posibles formas de afrontarlas y que sean funcionales.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Ψ Expresión de lo vivido durante el uso de la técnica de relajación
- Ψ Formato de registro ¹¹ llenado por las participantes

¹ ver anexo en la actividad 1.1

¹⁴ ver anexo en la actividad 3.1

¹⁵ ver anexo en la actividad 3.2

- Ψ Expresen y registren los pensamientos y valoraciones que hacen de la situación.
- Ψ Expresen lo acontecido durante la situación
- Ψ Expresen y registren el análisis de la situación estresante y las opciones para afrontarla
- Ψ Expresen los sentimientos que se vivieron durante el ensayo conductual
- Ψ Expresen lo registrado y observado durante la actividad
- Ψ Participación por parte de las participantes respecto de los temas tratados

SESIÓN 5. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Objetivo: Que las participantes identifiquen los problemas cotidianos que les causan estrés y que mediante la solución de problemas los afronten de manera funcional.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión cuatro a partir del llenado del registro de inoculación al estrés y relacionarlo con las actividades de esta sesión
 - Ψ Que las coordinadoras expliquen en qué consiste la técnica de solución de problemas paso a paso
 - Ψ Que las participantes hagan uso de la solución de problemas en alguna situación elegida por ellas
 - Ψ Que las participantes conozcan las diferentes estrategias de afrontamiento
 - Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos relevantes de la sesión
-

Materiales: formato de registro¹⁴ (Inoculación al estrés) lleno, cuestionario técnica de solución de problemas¹⁶, lápices, hojas, bolígrafos, exposición en power point, formato de solución de problemas¹⁷, lámina piramidal¹

Actividades:

1. Las participantes expresarán verbalmente y al azar, las experiencias vividas al hacer uso de la técnica de inoculación al estrés en algunas de las situaciones de la vida cotidiana.
2. Exposición de la técnica de solución de problemas por parte de las coordinadoras.
3. Se les proporcionara el Cuestionario Técnica de Solución de Problemas¹⁶ para que sea respondido por las participantes
4. Que mediante la guía de las coordinadoras las participantes realicen paso a paso la Solución de problemas mediante el llenado del Formato de registro para la Técnica de Solución de Problemas¹⁷ y al finalizar expresaran las ventajas y desventajas del uso de la técnica.
5. Exposición por parte de las coordinadoras de las estrategias de afrontamiento.
6. Se les proporcionará el Cuestionario: Afrontamiento¹⁸ para que sea contestado por los participantes
7. Las participantes expresaran de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión.
8. Se les pedirá registren tres situaciones donde hagan uso de la técnica de solución de problemas, en ellas identifiquen los tipos de afrontamiento llevado a cabo y lleven a cabo el registro en el formato de registro para la técnica de solución de problemas (tarea)¹⁹

¹⁴ ver anexo en la actividad 2.5

¹⁶ ver anexo en la actividad 5.1

¹⁷ ver anexo en la actividad 5.2

¹ ver anexo en la actividad 1.1

¹⁸ ver anexo en la actividad 5.3

¹⁹ ver anexo en la actividad 5.4

9. Cierre de la sesión: las coordinadoras del taller, promoverán la reflexión sobre la pertinencia de usar estrategias de afrontamiento adecuadas como alternativa de afrontamiento al estrés.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Ψ Participación durante toda la sesión
- Ψ Cuestionario¹⁶ llenados por las participantes
- Ψ Formato de solución de problemas¹⁷ llenado por las participantes
- Ψ Cuestionario: Afrontamiento¹⁸ contestado por las participantes

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES COMO ALTERNATIVA PARA LA INGESTA DE ALCOHOL Y SITUACIONES DE ESTRÉS

SESIÓN 6. HABILIDADES A ENTRENAR: INICIAR Y MANTENER UNA CONVERSACIÓN

Objetivo: Que las participantes desarrollen las habilidades sociales que les permita iniciar y mantener interacciones sociales funcionales en su vida diaria.

Objetivos particulares:

- Ψ Recuperar la experiencia de las participantes sobre la aplicación y uso de la técnica de solución de problemas en su vida cotidiana y relacionar lo aprendido con las actividades de esta sesión
- Ψ Que las participantes reconozcan la importancia de desarrollar habilidades sociales y el efecto de los déficit en su salud y en la relación con la familia, escuela y trabajo, es decir en los diferentes contextos que se desarrollan
- Ψ Que las participantes observen en un modelo las conductas adecuadas para iniciar y posteriormente mantener una conversación en diversos contextos (escuela, casa, trabajo, entre otros) y ante diversas personas.

¹⁶ ver anexo en la actividad 5.1

¹⁷ ver anexo en la actividad 5.2

¹⁸ ver anexo en la actividad 5.3

- Ψ Que las participantes pongan en practica los comportamientos observados en el Modelamiento, con ello desarrollen o adquieran las conductas para iniciar y mantener una conversación en diversos contextos, ante diversas personas y perfeccionen aquellas conductas con las que cuentan a través del ensayo conductual¹⁵.
- Ψ Que las participantes que fueron los actores principales reciban retroalimentación por parte de los co-actores, señalando que componentes conductuales fueron realizados correctamente, cuales no y posibles sugerencias para mejorar
- Ψ Que las participantes pongan en practica dentro de su vida cotidiana los comportamientos para iniciar y mantener una conversación
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos más importantes de la sesión.

Materiales: Formato solución de problemas¹⁷, (llenado por las participantes), salón, sillas, videgrabadora, lápices, hojas, pizarrón, gises, registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: iniciar y mantener una conversación¹⁸, Lámina piramidal¹

Actividades:

1. Las participantes verbalizaran las situaciones en las que hicieron uso de la solución de problemas, los resultado obtenidos, beneficios y desventajas al hacer uso de dicha técnica; siendo retroalimentadas por las coordinadoras
2. Exposición por parte de las coordinadoras acerca del déficit de las habilidades sociales frecuentemente encontradas después de la evaluación realizada con la prueba de Escala de Evaluación en Habilidades Sociales para adolescentes y la forman en que pueden afectar en los diferentes ámbitos de su vida centrándose en las conductas de riesgo como lo son el consumo de alcohol y el estrés.
3. Explicación por parte de las coordinadoras sobre los componentes verbales y no verbales para iniciar y posteriormente mantener una

¹⁵ ver anexo en la actividad 3.2

¹⁷ ver anexo en la actividad 5.2

¹⁸ ver anexo en la actividad 5.4

¹ ver anexo en la actividad 1.1

conversación, centrando de esta forma su atención sobre los comportamientos que tienen que identificar y ejecutar.

4. Modelado²⁰: Un modelo hará los patrones adecuados de comportamiento para el inicio y mantenimiento de la conversación, mientras que las participantes anotarán aquellos componentes verbales y no verbales que consideran importantes para esta habilidad; al finalizar se comentarán estas observaciones.
5. Se elegirán algunos participantes al azar para que lleven acabo en parejas el ensayo conductual presentándose una por una (ellas fungirán como actor principal); mientras que el resto del grupo (co-actores) observan y registran los componentes verbales y no verbales de la habilidad que consideren importantes
6. Las participantes que observaron y registraron los componentes verbales y no verbales de la habilidad durante el ensayo conductual proporcionaran información acerca de la actuación que tuvieron sus compañeras y con la guía de las coordinadoras se les proporcionara retroalimentación.
7. Las coordinadoras reforzaran socialmente y harán énfasis en aquellos comportamientos que realizaron las participantes para iniciar y mantener una conversación
8. Las participantes expresaran de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión. Se les pedirá que pongan en práctica las habilidades de iniciar y mantener una conversación en dos o más ocasiones en su vida cotidiana.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Ψ Participación de forma verbal a lo largo de toda la sesión
- Ψ Participación mediante el registro en el Modelamiento de las habilidades sociales
- Ψ Participación en el ensayo conductual

²⁰ ver anexo en la actividad 5.5

- Ψ Retroalimentación de parte de las participantes (co-actor) del grupo al actor principal (quien estará ensayando la conducta del modelo).

SESIÓN 7. HABILIDAD A ENTRENAR: EXPRESIÓN DE OPINIONES PERSONALES

Objetivo: Que las participantes adquieran las habilidades sociales que les permita la expresión de las opiniones personales, incluido el desacuerdo de manera adecuada y que la apliquen en los diversos contextos en los que se desenvuelve.

Objetivos particulares:

- Ψ Revisar el cumplimiento de la tarea de la sesión anterior, identificar las dificultades que tuvieron al poner en práctica de las habilidades entrenadas, resaltar los puntos relevantes de la sesión seis y relacionar con las actividades de esta sesión
- Ψ Que las participantes conozcan como afecta la falta de habilidades sociales en su salud y en particular las falta de ellas para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo en los diferentes contextos que se desarrollan (familia, escuela y trabajo)
- Ψ Que las participantes observen en un modelo las conductas adecuadas para la expresión de las opiniones personales, incluido el desacuerdo
- Ψ Que las participantes pongan en práctica los comportamientos observados (actor principal) en el Modelamiento y adquieran los componentes verbales y no verbales para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo y perfeccionen aquellas conductas con las que cuentan y que forman parte de esta habilidad ello mediante el ensayo conductual¹⁵.
- Ψ Que las participantes que llevaron a cabo el ensayo conductual (actor principal) reciban observaciones por parte de las integrantes del grupo (co-actores) señalando que conductas fueron realizadas correctamente, cuales no y posibles sugerencias para mejorar

¹⁵ ver anexo en la actividad 3.2

- Ψ Que las participantes pongan en práctica dentro de su vida cotidiana los comportamientos para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo
- Ψ Hacer un debate sobre la experiencia en el ejercicio y resaltar de manera clara y breve los puntos más importantes de la sesión.

Materiales: Formato de registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: iniciar y mantener una conversación²¹, salón, sillas, videograbadora, lápices, hojas, pizarrón, gises, formato de registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo²⁰, Lámina piramidal¹.

Actividades:

1. Las participantes verbalizaran las situaciones en las que hicieron uso de las habilidades de iniciar y mantener una conversación, los resultados obtenidos, beneficios y desventajas al hacer uso de dicha habilidad; siendo retroalimentada por las coordinadoras
2. Exposición por parte de las coordinadoras acerca del déficit de las habilidades sociales más frecuentemente, centrándose en la habilidad de expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo y la forma en que esta falta de habilidad afecta en los diferentes ámbitos de su vida centrándose en las conductas de riesgo como lo son el consumo de alcohol y el estrés.
3. Explicación por parte de las coordinadoras sobre los componentes verbales y no verbales para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo, enfocando de esta forma su atención sobre los comportamientos que tienen que identificar y ejecutar.
4. Modelado²⁰: Un modelo hará los patrones adecuados de comportamiento para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo, mientras que las participantes anotarán aquellos

²¹ ver anexo en la actividad 6.1

¹ ver anexo en la actividad 1.1

²⁰ ver anexo en la actividad 5.5

componentes verbales y no verbales que consideran importantes para esta habilidad: al finalizar se discutirán estas observaciones.

5. Se elegirán algunos participantes al azar para que lleven a cabo en parejas el ensayo conductual presentándose una por una (ellas fungirán como actor principal); mientras que el resto del grupo (co-actores) observan y registran los componentes verbales y no verbales de la habilidad que consideren importantes
6. Las participantes que observaron y registraron los componentes verbales y no verbales de la habilidad durante el ensayo conductual proporcionaran información acerca de la actuación que tuvieron sus compañeras y con la guía de las coordinadoras se les proporcionara retroalimentación.
7. Las coordinadoras reforzarán socialmente y harán énfasis en aquellos comportamientos que realizaron las participantes para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo
8. Las participantes expresaran de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión. Se les pedirá que pongan en práctica (tarea para casa) las habilidades de expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo en dos o más ocasiones en su vida cotidiana.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Ψ Participación de forma verbal a lo largo de toda la sesión
- Ψ Participación mediante el registro en el Modelado
- Ψ Participación en el ensayo conductual
- Ψ Retroalimentación de parte de las participantes (co-actor) del grupo al actor principal (quien estará ensayando la conducta del modelo).

SESIÓN 8. HABILIDAD A ENTRENAR: EXPRESIÓN JUSTIFICADA DE MOLESTIA, DESAGRADO O ENFADO

Objetivo: Que las participantes adquieran las habilidades sociales que les permita la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado ello de manera adecuada en los diversos contextos en los que se desenvuelve.

Objetivos particulares:

- Ψ Revisar el cumplimiento de la tarea para casa, resaltar los puntos relevantes de la sesión siete mediante lo experimentado al momento de poner en práctica las habilidades de expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo en dos o más ocasiones en su vida cotidiana y ligarlo con las actividades de esta sesión
- Ψ Que las participantes conozcan como afecta la falta de habilidades sociales en su salud y en particular las falta de habilidades sociales para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado en los diferentes contextos que se desarrollan (familia, escuela y trabajo)
- Ψ Que las participantes observen en un modelo las conductas adecuadas para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- Ψ Que las participantes pongan en práctica los comportamientos observados (actor principal) en el Modelamiento²⁰ y adquieran los componentes verbales y no verbales para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado y perfeccionen aquellas conductas con las que cuentan y que forman parte de esta habilidad ello mediante el ensayo conductual¹⁵.
- Ψ Que las participantes que llevaron a cabo el ensayo conductual (actor principal) reciban observaciones por parte de las integrantes del grupo (co-actores) señalando que conductas fueron realizadas correctamente, cuales no y posibles sugerencias para mejorar
- Ψ Que las participantes pongan en práctica dentro de su vida cotidiana los comportamientos para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado

²⁰ ver anexo en la actividad 5.5

¹⁵ ver anexo en la actividad 3.2

Ψ Discutir acerca de los puntos más importantes de la sesión y que pongan en práctica las habilidades sociales entrenadas en la sesión.

Materiales: Formato de registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo²⁰ (llenado por las participantes), salón, sillas, Videograbadora, lápices, hojas, pizarrón, gises, formato de registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: expresión justificada de molestia, desagrado o enfado²², Lámina piramidal¹.

Actividades:

1. Las participantes expresarán las situaciones en las que hicieron uso de las habilidades para expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo, los resultados obtenidos, beneficios y desventajas al hacer uso de dicha habilidad; siendo retroalimentada por las coordinadoras
2. Exposición por parte de las coordinadoras acerca del déficit de las habilidades sociales más frecuentemente, centrándose en la habilidad de expresión justificada de molestia, desagrado o enfado y la forma en que esta falta de habilidad afecta en los diferentes ámbitos de su vida centrándose en las conductas de riesgo como lo son el consumo de alcohol y el estrés.
3. Explicación por parte de las coordinadoras sobre las conductas adecuadas para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, enfocando de esta forma su atención sobre los comportamientos que tienen que identificar y ejecutar.
4. Modelado²⁰: Un modelo hará los patrones adecuados de comportamiento para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, mientras que las participantes anotarán aquellas características que consideran importantes para esta actividad; al finalizar se discutirán estas observaciones.
5. Se elegirán algunos participantes al azar para que lleven a cabo en parejas el ensayo conductual presentándose una por una (ellas fungirán

²² ver anexo en la actividad 8.1

¹ ver anexo en la actividad 1.1

²⁰ ver anexo en la actividad 5.5

como actor principal); mientras que el resto del grupo (co-actores) observan y registran los componentes verbales y no verbales de la habilidad que consideren importantes.

6. Las participantes que observaron y registraron los componentes verbales y no verbales de la habilidad durante el ensayo conductual proporcionaran información acerca de la actuación que tuvieron sus compañeras y con la guía de las coordinadoras se les proporcionara retroalimentación
7. Las coordinadoras reforzarán socialmente y harán énfasis en aquellos comportamientos que realizaron las participantes para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
8. Las participantes expresarán de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión. Se les pedirá que pongan en práctica las habilidades de expresión justificada de molestia, desagrado o enfado en dos o más ocasiones en su vida cotidiana.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Ψ Participación de forma verbal a lo largo de toda la sesión
- Ψ Participación mediante el registro en el Modelado
- Ψ Participación en el ensayo conductual
- Ψ Retroalimentación de parte de las participantes (co-actor) del grupo al actor principal (quien estará ensayando la conducta del modelo).

Sesión 9. HABILIDAD A ENTRENAR: RECHAZAR PETICIONES NO DESEADAS

Objetivo: Que las participantes adquieran las habilidades sociales que les permita rechazar peticiones ello de manera adecuada en los diversos contextos en los que se desenvuelve.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión 8 mediante lo experimentado al momento de poner en práctica las habilidades de expresión justificada

de molestia, desagrado o enfado en dos o más ocasiones en su vida cotidiana y ligarlo con las actividades de esta sesión

- Ψ Que las participantes conozcan como afecta la falta de habilidades sociales en su salud y en particular las falta de habilidades sociales para rechazar peticiones en los diferentes contextos que se desarrollan (familia, escuela y trabajo)
- Ψ Que las participantes observen en un modelo las conductas adecuadas para rechazar peticiones no deseadas.
- Ψ Que las participantes pongan en práctica los comportamientos observados (actor principal) en el Modelamiento²⁰ y adquieran los componentes verbales y no verbales para rechazar peticiones no deseadas y perfeccionen aquellas conductas con las que cuentan y que forman parte de esta habilidad ello mediante el ensayo conductual¹⁵.
- Ψ Que las participantes que llevaron a cabo el ensayo conductual (actor principal) reciban observaciones por parte de las integrantes del grupo (co-actores) señalando que conductas fueron realizadas correctamente, cuales no y posibles sugerencias para mejorar
- Ψ Que las participantes pongan en práctica dentro de su vida cotidiana los comportamientos para rechazar peticiones no deseadas.
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos más importantes de la sesión.

Materiales: Formato de registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: expresión justificada de molestia, desagrado o enfado (llenado por las participantes)²², salón, sillas, Videograbadora, lápices, hojas, pizarrón, gises, formato de registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: rechazar peticiones²³, Lámina piramidal¹.

Actividades:

²⁰ ver anexo en la actividad 5.5

¹⁵ ver anexo en la actividad 3.2

²² ver anexo en la actividad 8.1

²³ ver anexo en la actividad 9.1

¹ ver anexo en la actividad 1.1

1. Las participantes expresarán las situaciones en las que hicieron uso de las habilidades para la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, los resultados obtenidos, beneficios y desventajas al hacer uso de dicha habilidad; siendo retroalimentada por las coordinadoras
2. Exposición por parte de las coordinadoras acerca del déficit de las habilidades sociales más frecuentemente, centrándose en la habilidad de rechazar peticiones y la forma en que esta falta de habilidad afecta en los diferentes ámbitos de su vida centrándose en las conductas de riesgo como lo son el consumo de alcohol y el estrés.
3. Explicación por parte de las coordinadoras sobre las conductas adecuadas para rechazar peticiones no deseadas, enfocando de esta forma su atención sobre los comportamientos que tienen que identificar y ejecutar.
4. Modelado¹⁹: Un modelo hará los patrones adecuados de comportamiento para rechazar peticiones, mientras que las participantes anotarán aquellas características que consideran importantes para esta actividad; al finalizar se discutirán estas observaciones.
5. Se elegirán algunos participantes al azar para que lleven a cabo en parejas el ensayo conductual presentándose una por una (ellas fungirán como actor principal); mientras que el resto del grupo (co-actores) observan y registran los componentes verbales y no verbales de la habilidad que consideren importantes
6. Las participantes que observaron y registraron los componentes verbales y no verbales de la habilidad durante el ensayo conductual proporcionarán información acerca de la actuación que tuvieron sus compañeras y con la guía de las coordinadoras se les proporcionará retroalimentación.
7. Las coordinadoras reforzarán socialmente y harán énfasis en aquellos comportamientos que realizaron las participantes para rechazar peticiones no deseadas
8. Las participantes expresarán de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión. Se les pedirá que pongan en práctica las

¹⁹ ver anexo en la actividad 5.1

habilidades de rechazar peticiones en dos o más ocasiones en su vida cotidiana.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Participación de forma verbal a lo largo de toda la sesión
- Participación mediante el registro del Modelado
- Participación en el ensayo conductual
- Retroalimentación de de parte de las participantes (co-actor) del grupo al actor principal (quien estará ensayando la conducta del modelo).

SESIÓN 10. HABILIDAD A ENTRENAR: HABLAR EN PÚBLICO

Objetivo: Que las participantes adquieran las habilidades sociales que les permita hablar en público de manera adecuada en los diversos contextos en los que se desenvuelve.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión nueve mediante lo experimentado al momento de poner en práctica las habilidades de rechazar peticiones en dos o más ocasiones en su vida cotidiana y ligarlo con las actividades de esta sesión
- Ψ Que las participantes conozcan como afecta la falta de habilidades sociales en su salud y en particular las falta de habilidades sociales para hablar en público en los diferentes contextos que se desarrollan (familia, escuela y trabajo)
- Ψ Que las participantes observen en un modelo las conductas adecuadas para hablar en público
- Ψ Que las participantes pongan en práctica los comportamientos observados (actor principal) en el Modelamiento y adquieran los componentes verbales y no verbales para hablar en público y

perfeccionen aquellas conductas con las que cuentan y que forman parte de esta habilidad ello mediante el ensayo conductual¹⁵.

- Ψ Que todas las participantes que van a realizar el ensayo conductual (actor principal) reciban observaciones por parte de las integrantes del grupo (co-actores) señalando que conductas fueron realizadas correctamente, cuales no y posibles sugerencias para mejorar
- Ψ Que las participantes pongan en práctica dentro de su vida cotidiana los comportamientos para hablar en público.
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos más importantes de la sesión.

Materiales: Registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: rechazar peticiones²³ (llenado por las participantes), salón, sillas, videograbadora, lápices, hojas, pizarrón, gises, Registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: hablar en publico²⁴, Lámina piramidal¹.

Actividades:

1. Las participantes expresaran las situaciones en las que hicieron uso de las habilidades para rechazar peticiones no deseadas, los resultado obtenidos, beneficios y desventajas al hacer uso de dicha habilidad; siendo retroalimentada por las coordinadoras
2. Exposición por parte de las coordinadoras acerca del déficit de las habilidades sociales, centrándose en la habilidad de hablar en público y la forma en que esta falta de habilidad afecta en los diferentes ámbitos de su vida centrándose en las conductas de riesgo como lo son el consumo de alcohol y el estrés.
3. Explicación por parte de las coordinadoras sobre las conductas adecuadas para hablar en público, enfocando de esta forma su atención sobre los comportamientos que tienen que identificar y ejecutar.

¹⁵ ver anexo en la actividad 3.2

²³ ver anexo en la actividad 9.1

²⁴ vrer anexo en la actividad 10.1

¹ ver anexo en la actividad 1.1

4. Modelado²⁰: Un modelo hará los patrones adecuados de comportamiento para hablar en público, mientras que las participantes anotaran aquellas características que consideran importantes para esta actividad; al finalizar se discutirán estas observaciones.
5. Cada una de las participantes elegirá un tema para exponerlo y al azar irán pasando (actor principal); mientras que el resto del grupo (co-actor) observan y registran los componentes verbales y no verbales que consideren importantes
6. Las participantes que observaron y registraron los componentes verbales y no verbales de la habilidad durante el ensayo conductual proporcionaran información acerca de la actuación que tuvieron sus compañeras y con la guía de las coordinadoras se les proporcionara retroalimentación.
7. Las coordinadoras reforzaran socialmente y harán énfasis en aquellos comportamientos que realizaron las participantes para hablar en público
8. Las participantes expresaran de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión. Se les pedirá que pongan en práctica las habilidades de hablar en público en dos o más ocasiones en su vida cotidiana.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Participación de forma verbal a lo largo de toda la sesión
- Participación mediante el registro en el Modelado
- Participación en el ensayo conductual
- Retroalimentación de parte de las participantes (co-actor) del grupo al actor principal (quien estará ensayando la conducta del modelo).

²⁰ ver anexo en la actividad 5.5

SESIÓN 11. HABILIDADES A ENTRENAR: AFRONTAMIENTO A LAS CRITICAS Y ADMITIR IGNORANCIA

Objetivo: Que las participantes adquieran las habilidades sociales que les permita el afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia de manera adecuada en los diversos contextos en los que se desenvuelve.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión diez mediante lo experimentado al momento de poner en práctica las habilidades de hablar en público en dos o más ocasiones en su vida cotidiana y ligarlo con las actividades de esta sesión
- Ψ Que las participantes conozcan como afecta la falta de habilidades sociales en su salud y en particular las falta de habilidades sociales para el afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia en los diferentes contextos que se desarrollan (familia, escuela y trabajo)
- Ψ Que las participantes observen en un modelo las conductas adecuadas para el afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia
- Ψ Que las participantes pongan en práctica los comportamientos observados (actor principal) en el Modelamiento y adquieran los componentes verbales y no verbales para el afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia y perfeccionen aquellas conductas con las que cuentan y que forman parte de esta habilidad ello mediante el ensayo conductual¹⁵
- Ψ Que las participantes que llevaron a cabo el ensayo conductual (actor principal) reciban observaciones por parte de las integrantes del grupo (co-actores) señalando que conductas fueron realizadas correctamente, cuales no y posibles sugerencias para mejorar
- Ψ Que las participantes pongan en práctica dentro de su vida cotidiana los comportamientos para el afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia

¹⁵ ver anexo en la actividad 3.2

- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos más importantes de la sesión

Materiales: Registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: hablar en público²⁴ salón, sillas, videograbadora, lápices, hojas, pizarrón, gises, formato de registro de Entrenamiento en Habilidades Sociales: el afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia²⁵, Lámina piramidal¹.

Actividades:

1. Las participantes expresaran las situaciones en las que hicieron uso de las habilidades para hablar en público, los resultados obtenidos, beneficios y desventajas al hacer uso de dicha habilidad; siendo retroalimentada por las coordinadoras
2. Exposición por parte de las coordinadoras acerca del déficit de las habilidades sociales, centrándose en la habilidad de afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia y la forma en que esta falta de habilidad afecta en los diferentes ámbitos de su vida centrándose en las conductas de riesgo como lo son el consumo de alcohol y el estrés.
3. Explicación por parte de las coordinadoras sobre las conductas adecuadas para afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia, enfocando de esta forma su atención sobre los comportamientos que tienen que identificar y ejecutar.
4. Modelado²⁰: Un modelo hará los patrones adecuados de comportamiento para afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia, mientras que las participantes anotaran aquellas características que consideran importantes para esta actividad; al finalizar se discutirán estas observaciones.
5. Se elegirán algunos participantes al azar para que lleven a cabo en parejas el ensayo conductual presentándose una por una (ellas fungirán como actor principal); mientras que el resto del grupo (co-actores)

²⁴ ver anexo en la actividad 10.1

²⁵ ver anexo en la actividad 11.1

¹ ver anexo en la actividad 1.1

²⁰ ver anexo en la actividad 5.5

observan y registran los componentes verbales y no verbales de la habilidad que consideren importantes

6. Las participantes que observaron y registraron los componentes verbales y no verbales de la habilidad durante el ensayo conductual proporcionarán información acerca de la actuación que tuvieron sus compañeras y con la guía de las coordinadoras se les proporcionara retroalimentación.
7. Las coordinadoras reforzarán socialmente y harán énfasis en aquellos comportamientos que realizaron las participantes para afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia
8. Las participantes expresaran de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión. Se les pedirá que pongan en práctica las habilidades de afrontamiento a las críticas y admitir ignorancia en dos o más ocasiones en su vida cotidiana.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Participación de forma verbal a lo largo de toda la sesión
- Participación mediante el registro en el Modelamiento de las habilidades sociales
- Participación en el ensayo conductual
- Retroalimentación de parte de las participantes (co-actor) del grupo al actor principal (quien estará ensayando la conducta del modelo).

SESIÓN 12. ASERTIVIDAD COMO COMPORTAMIENTO SALUDABLE

Objetivo: Que las participantes se comporten de forma asertiva (en los diversos contextos en donde se desarrollan (familiar, social, educativo), y que mediante este se capaz de expresar sus opiniones personales, propios sentimientos, defender derechos, afirmar discrepancia; ello de acuerdo a las exigencias de la situación.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión once mediante lo experimentado al momento de poner en práctica las habilidades de afrontar las críticas y admitir ignorancia en dos o más ocasiones en su vida cotidiana y ligarlo con las actividades de esta sesión
- Ψ Que las participantes identifiquen el comportamiento asertivo en su vida cotidiana
- Ψ Que las participantes vean como es que su forma de comportarse el no expresar sus derechos, opiniones, desacuerdos y sentimientos impide que tenga firmeza en sus decisiones.
- Ψ Que las participantes representen situaciones en donde actúen de forma no asertiva para que posteriormente analicen las consecuencias y ellas misma propongan otras formas de comportarse
- Ψ Que las participantes pongan en práctica las formas nuevas de comportarse propuestas por ellas.
- Ψ Que las participantes reciban observaciones señalando que conductas fueron realizadas correctamente, cuales no y posibles sugerencias para mejorar.
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos relevantes de la sesión.

Materiales: Papel, plumas, lápices, presentación power point, Lámina piramidal¹, formato de comportamientos asertivos²⁶

Actividades:

1. Las participantes expresarán las situaciones en las que hicieron uso de las habilidades para afrontar las críticas y admitir ignorancia, los resultados obtenidos, beneficios y desventajas al hacer uso de dicha habilidad; siendo retroalimentadas por las coordinadoras
2. Exposición por parte de las coordinadoras del comportamiento asertivo, de forma clara y breve
3. Se le realizarán preguntas respecto a la exposición

¹ ver anexo en la actividad 1.1

²⁶ ver anexo en la actividad 12.1

4. Exposición por parte de las coordinadoras de algunos ejemplos en donde las participantes no llevan a cabo la conducta asertiva y en algunos otros donde la ha llevado a cabo.
5. Tres o cuatro de las participantes realizarán mediante la guía de las coordinadoras el ensayo conductual de diversas situaciones citados por ellas; mientras las demás participantes registrarán lo observado durante la actividad
6. Al finalizar la representación las coordinadoras conducirán la discusión acerca del comportamiento observado y registrado; para que las participantes propongan nuevas formas de comportarse.
7. Se les pedirá que se reúnan en grupos, dos de las participantes registrarán y los restantes representarán los comportamientos asertivos
8. Este mismo ejercicio se realizará intercambiando roles; es decir las personas que registraron representarán los comportamientos asertivos y las que habían representado los comportamientos registrarán los comportamientos asertivos
9. En cada grupo las participantes que registraron los comportamientos verbalizarán lo que ellas consideran hace falta para que la conducta sea asertiva
10. Estas observaciones serán comentadas por los grupos al resto de las participantes, esta discusión será dirigida por las coordinadoras.
11. Las participantes expresarán de forma verbal y resumida los temas abordados en la sesión. Se les pedirá registren las situaciones en las que tengan un comportamiento asertivo y en aquellas que no; además de opciones de comportamiento y consecuencias.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Participación respecto a las preguntas que se les realicen
- Expresen en una hoja las consecuencias positivas y negativas de tener o no comportamiento asertivo.
- Expresen en una hoja las características que debe cumplir un comportamiento para ser asertivo y del que no

- Registro de las conductas observadas
- Participación con base en lo observado y registrado
- Expresión de forma verbal los temas abordados en la sesión

SESIÓN 13. REESTRUCTURACIÓN-COGNITIVA: PENSAMIENTOS Y SIGNIFICADO DE CÁNCER DE MAMA Y LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Objetivo: Que las participantes se cuestionen y reconozcan los pensamientos negativos, las emociones y/o sentimientos que tienen acerca del cáncer de mama, los métodos de diagnóstico y las creencias respecto a los factores de riesgo a desarrollar cáncer de mama.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión doce mediante lo expresado por las participantes
- Ψ Que las participantes reconozcan los pensamientos negativos que poseen y como estos influyen y determinan su comportamiento
- Ψ Que las participantes conozcan las creencias que reportan tener respecto al cáncer de mama y los métodos de diagnóstico
- Ψ Que las participantes generen alternativas de pensamientos positivos y los sustituyan por los negativos
- Ψ Que las participantes conozcan las creencias que reportan tener respecto a los factores de riesgo a desarrollar cáncer de mama.
- Ψ Que las participantes generen alternativas de pensamientos positivos y los sustituyan por los negativos
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos relevantes de la sesión.

Materiales: Presentación power point, papel, pluma, Lámina piramidal¹.

¹ ver anexo en la actividad 1.1

Actividades:

1. De forma aleatoria las participantes expresarán lo visto en la sesión pasada, verbalizarán si hicieron uso de los comportamientos asertivo, en que situaciones y cuáles fueron las consecuencias
2. Exposición por parte de las coordinadoras de cómo los pensamientos negativos afectan nuestro comportamientos y nuestra salud.
3. Explicación por parte de las coordinadoras de los datos recolectados en el cuestionario biográfico para las creencias de cáncer de mama y los métodos de diagnóstico
4. Tres o cuatro de las participantes expresarán las alternativas de pensamientos, mientras que las coordinadoras proporcionen retroalimentación; mientras las demás darán sugerencias de pensamientos de esa situación en específico
5. Como tarea se les pedirá elijan algún comportamiento que daña su salud y que les gustaría modificar; además de llevar acabo registro del mismo en el formato de registro de autocontrol²⁷.
6. Expresar de manera verbal y resumida los temas abordados en la sesión.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Participación verbalizando la realización de los comportamientos asertivo, la situaciones en donde lo hicieron y cuales fueron las consecuencias
- Listado de los pensamientos negativos
- Análisis de la información
- Propuestas de pensamientos positivos
- Retroalimentación por parte de las observadoras a las participantes que realizaron las conductas asertivas

²⁷ ver anexo en la actividad 12.2

SESIÓN 14. AUTOCONTROL

Objetivo: Que las participantes mediante el conocimiento de la técnica de autocontrol platen controlar o modificar alguna conducta que ellas consideren dañan su salud.

Objetivos particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión trece mediante lo expresado por las participantes
- Ψ Que las participantes reconozcan que situaciones las llevan a realizar la conducta a modificar, lo que sucede al realizar la conducta y sus consecuencias
- Ψ Que cada una de ellas establezca metas relacionadas con la conducta a modificar
- Ψ Que observen las ventajas y desventajas de cumplir con las metas hechas por ellas mismas para que se comprometan a llevar acabo un cambio.

Materiales: formato de registro de autocontrol²⁷, sillas, lápices, hojas, pizarrón, gises, Lámina piramidal¹.

Actividades:

1. Cada una de las participantes revisará su registró y anotará en una hoja lo que ellas consideran las lleva a realizar la conducta y sus consecuencias tanto a corto como a largo plazo.
2. En pares intercambiarán la información para que sean retroalimentadas por una compañera.
3. Estando en grupo expresarán al azar cuales fueron los resultados de realizar el análisis del auto registro y lo que se observó.
4. Cada una de las participantes en una hoja anotará la meta a largo plazo que les gustaría realizar, esta tendrá que ser destinada a modificar o controlar la conducta que ellas consideran daña su salud.

²⁷ ver anexo en la actividad 12.2

¹ ver anexo en la actividad 1.1

5. Las coordinadoras revisarán cada una de la metas a largo plazo; para indicarles que pasen a realizar metas a corto plazo para que puedan alcanzar la meta a largo plazo plateadas por ellas; estas metas se realizaran para una semana, dos semanas, tres semanas, entre otros.
6. Se les pedirá que anoten en un papel bond, con letra grande las metas que cada una de ellas anotó.
7. Se revisarán a nivel grupal las conductas a modificar, las metas a mediano y largo plazo, los resultados que tendría el modificarlo; haciendo énfasis en comprometerse a realizar estas actividades y los autorregistros para que de esta forma observen sus avances.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Llenado del formato de registro de autocontrol²⁷
- Participación en pares y grupal
- Anotación de forma individual y colectiva de las metas a corto y largo plazo

SESIÓN 15. AUTOEXAMEN COMO MEDIDA PREVENTIVA.

Objetivo: Que las participantes conozca el procedimiento del Autoexamen mamario y lo lleven a la práctica para que funja como un método preventivo para la detección del cáncer mamario.

Objetivos Particulares:

- Ψ Resaltar los puntos relevantes de la sesión catorce mediante lo experimentado al momento de llevar acabo los autoregistros
- Ψ Que las participantes conozcan el procedimiento a seguir para realizar adecuadamente el Autoexamen mamario.
- Ψ Que las participantes comenten sus dudas respecto a la información que se les proporcionó.

²⁷ ver anexo en la actividad 12.2

- Ψ Que las participantes pongan en práctica de forma individual paso a paso el autoexamen mamario con la guía de enfermeras.
- Ψ Invitar a las participantes a poner en práctica en su vida el autoexamen mamario
- Ψ Resaltar de manera clara y breve los puntos más importantes de la sesión

Materiales: Presentación power point, papel, pluma, Lámina piramidal¹, formato de registro: autoexamen mamario²⁸

Actividades:

1. Las participantes comentarán las ventajas, desventajas y sugerencias para mejorar el uso de sus autoregistros y el análisis de la información obtenida por ellos, para que el autocontrol sea más eficaz.
2. Exposición por parte de las coordinadoras del procedimiento para realizar el autoexamen mamario de manera adecuada y el beneficio de este comportamiento en nuestra salud.
3. Las coordinadoras solicitarán la intervención de cada una de las participantes para que expresen sus dudas o comentarios respecto al procedimiento expuesto.
4. Las participantes pasarán de forma individual a realizar el autoexamen mamario con la guía de una enfermera, la cual les proporcionará la retroalimentación pertinente.
5. Se les proporcionará un formato de registro: autoexamen mamario²⁸ de la cual podrán hacer uso cada vez que lo realicen
6. Las coordinadoras con la ayuda de las enfermeras realizarán sugerencias y observaciones de forma general respecto a como se llevó a cabo el autoexamen mamario

Duración: 90 minutos

¹ ver anexo en la actividad 1.1

²⁸ ver anexo en la actividad 12.3

²⁸ ver anexo en la actividad 12.3

Evaluación:

- Participación individual de cada una de las integrantes del grupo
- Anotación de forma individual del procedimiento a seguir en el autoexamen mamario
- Retroalimentación a las participantes por parte de las coordinadoras y las enfermeras respecto al procedimiento llevado a cabo.

SESIÓN 16. CIERRE

Objetivo: Realizar una recapitulación del programa, resaltando los puntos más relevantes y los avances que se dieron durante cada una de las sesiones. Además conocer si se cumplieron las expectativas del grupo para retroalimentación de los instructores.

Objetivos particulares:

- Ψ Dar a conocer los puntos más relevantes de la sesión de cierre
- Ψ Dar a las participantes ejemplos de los avances que realizaron en algunas de las sesiones
- Ψ Que las participantes describan de manera breve si se cumplieron las expectativas que tenían respecto al taller.
- Ψ Realizar una breve síntesis de todos los temas abordados durante el taller
- Ψ Identificar que expectativas de las participantes se cumplieron
- Ψ Entregar unos reconocimientos simbólicos a las participantes por su participación activa en el taller
- Ψ Recuperar los puntos más importantes derivados de la sesión.

Materiales: papel, bolígrafos, lápices, presentación de contenidos en power point, Lámina piramidal¹, Reconocimientos

Actividades:

¹ ver anexo en la actividad 1.1

1. Las coordinadoras darán una breve explicación del propósito de la sesión al grupo
2. Exponer de forma clara la importancia de los comportamientos adquiridos y los beneficios que éstos, tienen para su salud y para disminuir la predisposición a desarrollar el cáncer mama.
3. Dar ejemplos de los avances que se tuvieron a lo largo de las sesiones y que de manera voluntaria, algunas de las participantes exponga algún avance vivido e invitación a continuar con los comportamientos para disminuir su predisposición a desarrollar cáncer de mama.
4. Las participantes realizarán la actividad denominada Carta Experiencia²⁹ la cual está descrita en el anexo.
5. Entregar a cada una de las participantes un reconocimiento simbólico, realizado por las coordinadoras; por su participación activa y agradeciendo su entusiasmo.
6. Finalmente se realizará la conclusión del programa por parte de las coordinadoras, recuperando los puntos importantes de la sesión haciendo uso de la lámina piramidal y dando fin al programa.

Duración: 90 minutos

Evaluación:

- Recuperación de los sentimientos derivados de la actividad
- Recuperación del cumplimiento o no de las expectativas del taller
- Participación mediante la actividad de los avances mostrados durante la duración del taller
- Análisis de la información recabada en la actividad denominada Carta Experiencia

.4.2 POST- EVALUACIÓN

Una vez concluidas las 16 sesiones que componen este programa de intervención, se llevara a cabo la aplicación de la batería utilizada en un inicio

²⁹ ver anexo en la actividad 15.1

con el propósito de evaluar los cambios obtenidos como resultado de la intervención.

.4.3 SEGUIMIENTO

Se realizarán evaluaciones con la ayuda de la batería después de uno, tres y seis meses después de concluida la intervención, con el objetivo de conocer si los cambios obtenidos en la fase de post-evaluación se mantuvieron a lo largo del tiempo como consecuencia de la intervención.

El programa de intervención aquí descrito, se basó en el enfoque cognitivo conductual debido a que sus técnicas han mostrado ser efectivas en el área de la psicología de la salud para la modificación de algunos comportamientos considerados de riesgo para el cáncer de mama. Lo cual posibilita la prevención de que comportamientos tales como el consumo de alcohol en exceso, la obesidad, el estilo alimenticio y estrés, actúen sobre el organismo y causen alteraciones que puedan desarrollar ésta enfermedad, mediante estrategias de afrontamiento, solución de problemas, entrenamiento en inoculación de estrés, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, modelamiento, reestructuración cognitiva y autocontrol.

El nivel de prevención en el que se trabaja es el primario debido a que se planteo para una población considerada como de riesgo al presentar dos o más factores que pueden predisponer a las estudiantes universitarias a desarrollar cáncer de mama los cuales son considerados como modificables; su importancia radica en que al realizar la modificación de esos comportamientos se disminuirá de forma considerable la predisposición del individuo a padecer esta enfermedad.

CONCLUSIONES

La psicología de la salud es hoy en día una de las áreas de mayor auge y futuro, surgió a consecuencia de la evidencia de que la salud se ve afectada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales; dividiéndose las conductas en dos tipos: las protectoras y las de riesgo. La psicología de la salud es la aportación profesional de la psicología al campo de la salud, la cual es de gran importancia pues permite conocer y explicar los factores y procesos involucrados en los comportamientos, emociones y cogniciones que incrementan, mantienen o disminuyen la salud y la enfermedad. Justamente el psicólogo de la salud puede trabajar en diversos ámbitos del sector salud, la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención e intervención de trastornos orgánicos, psicológicos y por consecuencia la promoción de conductas saludables.

No obstante, la psicología de la salud en México posee un desarrollo reciente, debido a que en la actualidad existe una preocupación respecto al estado de salud de la población y es esto lo que ha impulsado a los profesionales de la psicología a abordar los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad, todo desde diversas aproximaciones teóricas (teoría del afrontamiento, psicosomática, del desarrollo, humanista, salud conductual) de acuerdo con Ramírez (1999; citado en León del Villar y Zachs, 2002) éstas permiten una mejor comprensión y explicación de las implicaciones de índole psicológica dentro de éste proceso.

En este proceso de adaptación, la prevención es uno de los procedimientos que realizan los profesionales de la salud, la cual como lo menciona Santacreu, Márquez y Rubio (1997), tiene como objetivo el evitar daños evidentes, para que otros conozcan lo que va a ocurrir y tomar medidas para evitar y remediar algo. La atención multidisciplinaria en el nivel de prevención se hace cada vez más necesaria, siendo el psicólogo una pieza importante pues cuenta con habilidades, bases teóricas y metodológicas del comportamiento humano, que le permiten desarrollarse exitosamente dentro de su campo, tal ejercicio profesional resulta relevante en las últimas décadas debido al cambio en los

patrones de enfermedad, pasando de las enfermedades infecciosas a las crónico- degenerativas que presentan un incremento en su incidencia en la población mundial, presentándose en edades cada vez mas tempranas.

Beneit (1981) define las Enfermedades Crónicas como un trastorno orgánico funcional de etiología multifactorial con un proceso de evolución lento y de larga duración. Lo que caracteriza a este tipo de enfermedades es que son permanentes, de larga duración, pueden ser asintomáticas y cuando se presentan los síntomas no son necesariamente constantes; además exigen cuidados constantes y tratamientos especiales lo que obliga al paciente a la modificación en su modo de vida como cambios en su actividad física, laboral, social y familiar, asumiendo que su enfermedad durará toda la vida.

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas se encuentra el cáncer que es definido por Brannon Feist (2001b) como un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control, dándose un crecimiento y propagación sin control de células anormales en cualquier parte del cuerpo. El cáncer puede ser detectado en una etapa temprana o prevenirlo; pues se sabe que en un 70% están ligados al estilo de vida de las personas, a sus comportamientos, ello de acuerdo con Vázquez (1999) y Brannon Feist (2001b).

Dicho lo anterior se puede decir que los factores de riesgo, son aquellos agentes que incrementan la posibilidad de que se desarrolle una enfermedad, específicamente se revisaron los factores (tanto exógenos como endógenos) que producen una predisposición del individuo a desarrollar cáncer, ésta enfermedad es multicausal, su aparición depende de diversos factores y condiciones ambientales en las que se desarrolla el individuo, en ocasiones con solo presentar uno de estos factores se puede desarrollar la enfermedad, mientras que otros individuos pueden presentar dos o más factores y estos no funjan como detonantes de la enfermedad. Pese a las diferencias individuales, se sigue presentando un incremento en las incidencias respecto al diagnóstico, tratamiento y mortalidad a causa del cáncer.

Muestra de ello es el cáncer de mama el cual se sitúa dentro de las tres principales causas de muerte en la mujer (Instituto Mexicano del Seguro Social; 2007), esta enfermedad consiste en un crecimiento anormal, desordenado de las células del tejido mamario. Ésta enfermedad crónica es de etiología multifactorial, pues la presencia de diversos factores de riesgo pueden o no influir para que el cáncer se desencadene, dándonos la posibilidad de prevenir su desarrollo. Dentro de los factores de riesgo no modificables, se encuentran la raza, los periodos menstruales, los antecedentes familiares, los antecedentes personales y los genéticos; mientras que en los modificables se encuentra la exposición a rayos ultravioleta y radiaciones ionizantes, el estrés, el consumo de alcohol, los anticonceptivos, la terapia hormonal sustitutiva, la obesidad y el estilo alimentario.

Para realizar un diagnóstico de cáncer de mama en etapa inicial es indispensable el conocimiento de los síntomas y signos que se presentan; por ello es elemental que se haga uso de las diversas técnicas para un diagnóstico, tales como: la autoexploración, la mamografía, la tomografía, la ecografía y la biopsia o examen citológico siendo este último el más seguro para la detección del cáncer.

Dentro del tratamiento el psicólogo juega un papel importante para su rehabilitación y tratamiento, al momento de recibir la noticia de la detección de cáncer mamario aunado a lo agresivo que puede llegar a ser el tratamiento médico, la modificación de su estilo de vida, adherencia al tratamiento y un desgaste emocional continuo; para ello el psicólogo de la salud trabaja con diferentes procedimientos derivados generalmente de la teoría cognitivo-conductual que han mostrado ser eficientes, como el entrenamiento en relajación, la desensibilización sistemática el uso del biofeedback, la estructuración cognitiva, la asertividad, el modelado y la solución de problemas.

No obstante el psicólogo cuenta con habilidades no sólo para el tratamiento de la enfermedad (limitándose en los últimos años en ésta); sino también para el mantenimiento y promoción de la salud, por lo que el psicólogo puede y debería iniciar su participación desde el nivel preventivo, por medio de la

elaboración de programas de detección e intervención que evitarían que el individuo desarrolle enfermedades crónico-degenerativas que se presentan cada vez con mayor incidencia en edades tempranas, siendo la prevención una de las mejores formas para evitar el alto índice de atención y muerte a causa de éstas enfermedades, debido a que estas son resultado de conductas y estilos de vida inadecuados que al modificarlos se podrían reducir considerablemente los enormes costos sanitarios que originan.

Por lo tanto el propósito del presente trabajo fue desarrollar una propuesta para modificar, eliminar y/o disminuir conductas de riesgo presentes en estudiantes universitarias, mediante la ejecución del programa basado en técnicas cognitivo-conductuales ya que han resultado ser eficaces para la modificación de dichos comportamientos; su duración es de 24 hrs. divididas en 16 sesiones, las cuales se lleven dos veces por semana, mediante la coordinación de dos profesionales de la psicología de la salud, los cuales realizarán las actividades dispuestas dentro del programa además de llevar una medición continua de cada una de las sesiones, siendo necesarias para la verificación de los objetivos particulares y generales de cada una de las sesiones.

Elaborado bajo un diseño pre-experimental pretest- posttest y de seguimiento de un sólo grupo; la aplicación de una batería desarrollada en la segunda etapa del proyecto al cual estamos integradas; conformada por la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS; 1997), el Inventario de Estrés Cotidiano (IEC; 1987), la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA Ríos; 2002), el Instrumento WHOQoL-Breve versión en español (traducido y adaptado por González-Celis & Sánchez-sosa; 2001) y el FANTASTIC (versión mexicana; 2003); de manera que se tengan medidas antes, después de la intervención y de seguimiento en 1, 3 y 6 meses; lo que permitirá observar los cambios ocurridos por el programa y si estos perduran.

El reporte de investigación surgió del interés por la psicología de la salud, el gran campo laboral y la evidencia de cómo los comportamientos, hábitos y estilos de vida intervienen en el proceso salud-enfermedad; tal es el caso de las enfermedades crónico degenerativas que al indagar dicha problemática se

encontró que en nuestro país existe una tendencia en aumento de tales padecimientos al igual que de mortalidad, lo que lleva a los profesionales de la salud a abordar tales incidencias y hablar de prevención, métodos de diagnóstico precoz, tratamientos, calidad de vida, entre otros; al finalizar dicho trabajo las incidencias no han cambiado ya que para el año 1996 el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI; 2008) reporta que entre las cinco principales causas de defunción cuatro de ellas siguen siendo Enfermedades Crónicas Degenerativas manteniéndose en primer lugar las enfermedades del Corazón, el segundo la Diabetes Mellitus (DM), en tercer lugar los Tumores Malignos y en quinto las Enfermedades del Hígado.

Con respecto a los Tumores Malignos, Cáncer, las estadísticas del INEGI muestran que la mortalidad a causa de esta enfermedad se presenta desde edades tempranas; de 1 a 4 años de edad obteniendo el quinto lugar de defunción en este rango, apareciendo esta misma en segundo lugar en las principales causas de muerte para el rango de edad entre 5 y 14 años; mientras que en la población de nuestro interés, adolescentes y adultos jóvenes (15-29 años de edad) se presenta en tercer lugar como causa de muerte sin embargo es importante aclarar que dentro de este rango es la primera causa de mortalidad respecto a las enfermedades crónicas ya que la primera y segunda causa de muerte se encuentran los accidentes y las agresiones (homicidios).

Las estadísticas del 2006 de la variable sexo y el rango de entre 15-29 años muestran que para la mujer, el cáncer es la segunda causa de muerte; mientras que para los hombres es la cuarta; no obstante sigue siendo la primera enfermedad crónica degenerativa que se presenta como causante de muerte para ambos sexos. Si recordamos que el cáncer como enfermedad crónica degenerativa es permanente y de larga duración, que puede haber un contacto con el agente cancerígeno y no presentar inmediatamente los síntomas hasta años después, cuando el cáncer se encuentra avanzado, suponemos entonces un aumento en la mortalidad por causa de tumores malignos después de los 30 años, lo cual es confirmado por las estadísticas reportadas por el INEGI con hombres y mujeres de entre 30 y 64 años de edad,

ya que en los primeros sube a segundo lugar y en las mujeres toma el primer lugar; lo que nos lleva a retomar la importancia de la prevención tanto primaria como secundaria.

Respecto a las estadísticas obtenidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social al iniciar y finalizar este reporte de investigación se observa cambios en las incidencias, ya que para el año de 2005, registro, (IMSS; 2007) que la consulta a especialidades es principalmente a causa de enfermedades crónico degenerativas obteniendo el segundo lugar los tumores malignos, mientras que para el año 2006 los tumores malignos ocupan el tercer lugar, no obstante es el primer lugar a causa de enfermedad crónica, ya que el primer lugar general son a causa de embarazos y demás factores que influyen en el estado de salud y la segunda causa de consulta a especialidades son los traumatismos y envenenamientos (IMSS; 2008).

En los principales motivos de consulta en medicina familiar el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 2005, reporto, (IMSS; 2007) como primeros motivos a enfermedades crónicas, colocándose en primer lugar las enfermedades del corazón (9 918 904 consultas), seguido de la Infecciones respiratoria agudas (8 981 527 consultas), encontrándose en tercer lugar la Diabetes Mellitus (3 648 766 consultas); mientras para el año 2006 se muestra un aumento en el total de consultas de enfermedades crónicas; ubicándose en primer lugar las enfermedades del corazón (11 103 747 consultas), en segundo lugar la Diabetes Mellitus (7 779 198 consultas) y ahora en tercer lugar están las infecciones respiratorias agudas con 5 057 147 consultas.

El INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2009) dentro de las tres principales causas de muerte para el 2005 reporta a las enfermedades del corazón en primer lugar, en segundo lugar la Diabetes y en tercer lugar los tumores malignos, manteniéndose esta mismos resultados para el 2006 y 2007.

Específicamente dentro de los diversos tipos de cáncer que padecen las mujeres las estadísticas del IMSS para el año 2004 (IMSS; 2007) reportaron la

presencia de 270 casos más de mortalidad a causa de cáncer de mama (1295) en comparación con el cáncer cervico uterino (1024), el INEGI (INEGI,2009) para el 2006 reporto el fallecimiento de 4.461 mujeres por cáncer de mama mientras que por cáncer cervicouterino fue de 4.134; y para el año 2007 se reportaron 563 casos mas de fallecimientos a causa del cáncer de mama (4.609 casos) en comparación con los casos de cáncer cervicouterino (4.046 casos).

Con relación a la consulta de especialidades con diagnóstico de cáncer de mama en el 2004 el 98.2% fueron mujeres (188 248 consultas) y el 1.8% (3 379 consultas) hombres y para el año 2006 se muestran que el 97.8% fueron mujeres (205 858 consultas) y el 2.2% hombres (4 539 consultas), observándose un aumento en el numero de consultas a especialidades en cáncer de mama para ambos sexos.

Finalmente respecto a las defunciones por cáncer de mama según grupo de edad IMSS para el año 2006 reporta que son 791 casos para el rango de edad de 20 a 59 años, mientras que para el grupo de edad de 60 y más son 532 casos de defunciones, por lo que podemos ver que se presentan defunciones a causa tumor maligno de la mama desde los 20 años de edad. Lo anterior indica que en los primeros lugares de defunciones se encuentran las enfermedades de tipo crónico degenerativo, siendo el cáncer de mama una de las primeras causas de defunciones en mujeres

En base a lo anterior se puede decir que:

Ψ A partir de los datos estadísticos, es de gran relevancia trabajar a nivel preventivo, principalmente en las poblaciones consideradas como de riesgo a desarrollar cáncer de mama.

Ψ Realizar trabajos enfocados a la prevención de enfermedades crónicas, podrían evitar muchos de los problemas de salud pública que actualmente aquejan a la población mundial y para la cual se nos demanda solución.

- Ψ El programa se realizó desde el enfoque cognitivo conductual, pues ha resultado efectivo para modificar, eliminar o disminuir conductas que son consideradas como de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas degenerativas como es el cáncer de mama.
- Ψ Mediante el programa propuesto los factores de riesgo presentados por las mujeres estudiantes de la FES Iztacala se modifiquen; previendo de forma temprana la aparición de un cáncer de mama como resultado de los cambios que perduraran después de la intervención.
- Ψ La población de éste programa adquieran un papel activo dentro de su estado de su estado de salud-enfermedad, lo pongan en práctica como participantes y a su vez como profesionales de la salud.
- Ψ Dicho programa sea aplicado no sólo a las universitarias de la FES Iztacala, sino que se haga extensivo a poblaciones que compartan características similares, como lo es la presencia de 2 o más factores de riesgo.
- Ψ Cabe mencionar que dicho programa podría ser aplicado a la población masculina, que presenten dos o más factores de riesgo modificables relacionados con el cáncer de mama.
- Ψ El interés y trabajo de los universitarios en investigaciones como la presente enfocada en las enfermedades crónicas degenerativas, contribuya al incremento de recursos humanos y materiales en el campo de la psicología salud y de las demás profesiones.
- Ψ Si la población que cuenta con preparación a nivel licenciatura en el área ciencias biológicas presenta ya factores de riesgo a desarrollar las enfermedades crónicas como lo son las universitarias de la FES Iztacala, que se espera de la población que no cuentan con dicho conocimiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, A. (1990). Salud pública y medicina preventiva. México: Manual moderno.
- Amigo, V; Fernández R. y Pérez (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid, España: Pirámide.
- Becoña, E; Vázquez L. y Oblitas A. (1995a). "Antecedentes y desarrollo de la Psicología de la Salud". En: Psicología contemporánea, 2 (1), 4-15.
- Becoña, E; Vázquez y Oblitas. (1995b). "Estado Actual y perspectiva de la Psicología de la Salud". En: Psicología contemporánea, 2 (1), 100-111.
- Belcher, A. (1995). Enfermería y cáncer. España: Mosby y Doyma.
- Beneit, M. (1981). La Enfermedad Crónicas. En: Latorre, J y Beneit, M. Psicología de la Salud. Buenos Aires, argentina: Lumen.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). Psicología de la Salud. Madrid, España: Thomson Learning.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001^a). Cap. 11 Vivir con una enfermedad crónica. Psicología de la Salud. Madrid, España: Thomson Learning.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001^b). Cap. 3 La búsqueda de atención sanitaria. Psicología de la Salud. Madrid, España: Thomson Learning.
- Buceto, Bueno y Mas. (2002). Intervención psicológica en Trastornos de la Salud. España, Madrid: Dykinson.
- Buela-Casal, G. Y Moreno S. (1996). Intervención Psicológica en Cáncer. En: Mujer y Salud Una perspectiva feminista. México: Paidós.
- Casillo, B. (2001). Reporte de trabajo profesional: el psicólogo como promotor de educación para la salud. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Chance, P (1995). Aprendizaje y Conducta. México: Manual Moderno.
- Colomer, R. Y Álvarez D. (2000). Concepto de salud. Promoción de la salud y cambio social. España: Masson.
- Comino, D. (2001). Actualizaciones en Ginecología, Prevención del cáncer ginecológico. Madrid, España: DRUG farma.

- Cruz, H. (1999). Lecciones de Oncología Clínica. España: Arán.
- Cruzado, A. & Olivares, E. (2000). Evaluación y Tratamiento psicológico del cáncer. En: intervención psicológica en Trastornos de la salud. De: Buceto, T.; Bueno, A. & Mas, B. Madrid, España: Dykinson.
- Del Barco y Gómez. (1999). Cáncer de mama. En: Rodríguez, S. (coord.) (1999). Lecciones de Oncología Clínica. España: Aran.
- Del Barco, Fonseca y Rodríguez. (1999). Cáncer de colon y recto. En: Rodríguez, S. (coord.) (1999). Lecciones de Oncología Clínica. España: Aran.
- Díez (2000).Clínica. En: Vallejo, R. y Gastó, F. Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson.
- Donker, J. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la salud. En: Buela-Casal G. y Caballo, V. (Coords)(1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Durán, G. (1998). La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: Rodríguez O. y Rojas, R. (Coords)(1998).La Psicología de la Salud en América Latina. México: Facultad de Psicología UNAM y Miguel Ángel Porrúa.
- Echeburúa y De Coral. (1997).Evaluación y tratamiento de un caso clínico de alcoholismo. En: Macías, A y Méndez C. Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos. Madrid, España: Psicología-Pirámide.
- Examen Médico Automatizado (EMA)(2004) y (2006). Datos estadísticos. Universidad Nacional autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Grupo de Investigación Interacciones sociales (GIIS).
- Frías, O. (2002).Salud Pública y Educación para la Salud. México: Masson.
- Fuentes (2004). Cáncer Urológico. En: Martínez y Gordan. Cuidados Paliativos. Asociación Sociosanitaria: Logos.
- Fusté-Escolano (2004). Comportamiento y salud. En: Oblitas (ED.) (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson.
- Galván M. y Hernández, F. (2003). Psicología de la salud, relación enfermedad crónica-hábitos saludables. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.

- Galván, M. & Hernández, F. (2003). Psicología de la Salud. Relación enfermedad crónico- hábitos saludables. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- García (1999). Cáncer de Próstata. En: Rodríguez, S. (coord.) (1999). Lecciones de Oncología Clínica. España: Aran.
- García y Rodríguez (1999). Cáncer de Pulmón. En: Rodríguez, S. (coord.) (1999). Lecciones de Oncología Clínica. España: Aran.
- Garfield, (1979). Terapias de las conductas. En: Psicología clínica. El estudio de la Personalidad y Conducta. México: Manual Moderno.
- Godoy, F. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En: Buela-Casal G. y Moreno, S. (Coords)(1999). Manual de la Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. España: Biblioteca Nueva.
- Golman (1996) Psiquiatría General. México: El manual Moderno.
- González M. (1999). Estilos de vida en estudiantes. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Guillem, V. (2002). Avances de oncología. España: Arán.
- Gullatte (1999).Cáncer de mama. En: Shirley E. Otto. Enfermería Oncológica. México: Harcourt Brace y Mosby
- Gutiérrez, M. (2005). Ansiedad y Estrés. En: Arturo, H y Oblitas, L. Terapia cognitivo conductual. Colombia: Psicom.
- Hernández (1998). Cáncer de mama. México: Mc Graw Hill.
- Howard (1987). Diccionario de Psicología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)(2004 y 2007).Estadísticas de salud. www.imss.gob.mx
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)(2007).Estadísticas de salud. www.imss.gob.mx.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI)(2004 y 2007).Estadísticas de salud. www.inegi.gob.mx

- Juárez, T. (1997). Aportaciones de la Psicología a la medicina en el estudio de las enfermedades crónico-degenerativas. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Kazdin, A. (1996). Manual de Modificación de la Conducta. México: Manual Moderno.
- Kendall P. (1988). Intervenciones con individuos terapia conductual, cognoscitiva y cognitivo conductual. En: Psicología clínica. México: Limusa.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la Psicología de la Salud. En: Oblitas, A. (Coord)(2004). Psicología de la Salud y Calidad de vida. México: Thomson Learning.
- León del Villar y Zachs. (2002). La influencia de la Psicología en la Salud y el Bienestar. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera. (2004). Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona: UOC
- León, R. y Medina A. (2004). Definición y delimitación conceptual de la Psicología de la Salud. En: León, R.; Medina A.; Barriga J.; Ballesteros, R. y Herrera, S. (Coords)(2004). Psicología de la Salud. Barcelona, España: Editorial UOC.
- López, A., Mancilla, D. y Álvarez, R. (1998). Factores Sociales y Psicológicos de la Obesidad. Revista de Psicología Iberoamericana. 6(2).pp.3-9.
- Martínez (2004). Cáncer Ginecológico. En: Martínez y Gordan. Cuidados Paliativos. Asociación Sociosanitaria: Logos.
- Martorell, J. (1996). Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos. Madrid, España: Pirámide.
- Morales, C y Piña L. (1995). Psicología y salud en el siglo xx: aproximación desde la psicología como disciplina y profesión. En: Psicología y salud, (2) julio- diciembre, 143-156.
- Morales, C. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Argentina: Paidós

- Nava, Anguiano y Vega (2004). Fiabilidad del Inventario de Estrés cotidiano: estudio transcultural. En: Revista de Psicología Conductual. 12 (2), 323-331.
- Novoa Niz, J. (1989). Historia natural y social de la enfermedad y sus niveles de prevención. En: Martínez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. 2ª Edición. México: Salvat.
- Novoa, N. (1989). Historia natural y social de la enfermedad y sus niveles de prevención. En: Martínez y Martínez. (Coords) (1989). La salud del niño y del Adolescente. México: Salvat.
- Oblitas y Becoña (2002). Psicología y Salud. México: Plaza y Valdéz.
- Organización Mundial de la salud. OMS (1996). Instrumento WHOQoL. Breve Versión en Español. Traducción y adaptación en González-Celis y Sánchez-Sosa (2001). Facultad de Psicología. UNAM.
- Pereyra, M. (2004). Estrés y Salud. En: Oblitas (Ed) Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Thomson.
- Pérez (1999). La modificación de la conducta en adolescentes. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Pérez, T. (1988). El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez-Palacios, Miranda y Carreón (2005). Validación clínica de un método inmunoanalítico de tamiz en la detección de cáncer mamario: Un estudio piloto. En: Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 48 (5) Sep- Oct, 175-178.
- Phares, J. & Trull, T. (1999). Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.
- Prosnitz, Dirk y Winer (2003). Cáncer de mama. En: Rubin, P. (Coord). (1993). Oncología clínica. Enfoque Multidisciplinaria para médicos y estudiantes.
- Reynoso, E. (2005). Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México: Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo L. y Seligson I. (2002). Psicología y Salud en México. En: Reynoso-Erazo L. y Seligson I. (coords) (2002). Psicología y Salud. México: Facultad de Psicología- UNAM.

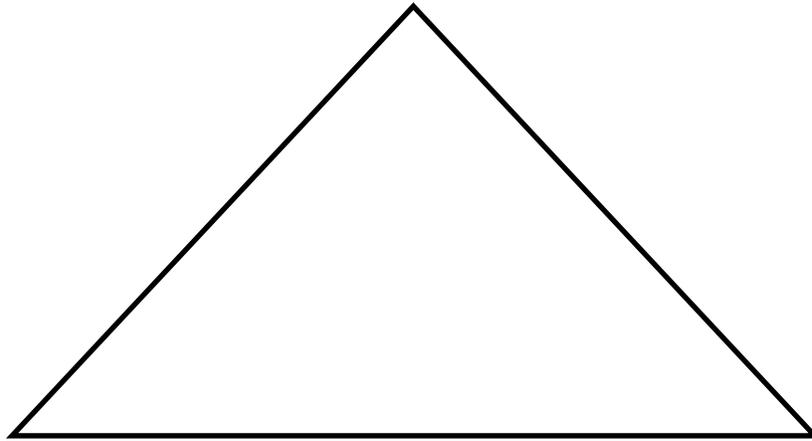
- Reysono-Erazo, L. y Seligson I. (2000). Salud, Psicología y Psicología de la Salud. En: Revista Psicología y Ciencia Social, 4 (1), 45-52.
- Ribes, Balada, Borrás, Moreno, Viladiu y Bosch (2000). Epidemiología de los tumores humano. En: Díaz-Rubio, Oncológica Clínica Básica. España: Arán.
- Rimm D. (1987). Terapia de la conducta. México: Trillas.
- Ríos, S. (2002). Evaluación de Habilidades Sociales. En: Aragón y Silva (Coord). Evaluación Psicológica en el área clínica. México: Pax México.
- Rodríguez, G. & Rojas, M. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rodríguez, M., López, C., Murguía, M, Hernández, S. y Martínez, B. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC. Revista Médica IMSS. 41(3).pp.211-220.
- Rodríguez, R; Uscanga, S; Gutiérrez, V y Jiménez G. (2003). Factores asociados a la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama. Revista de Sanidad Militar en México. 57 (5) Sep-Oct, 291-298.
- Rodríguez, V. (2000). La influencia de la Psicología en la Salud y el Bienestar. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Rojas, S. (1990). Crisis y Proceso salud-enfermedad. En. Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica. México: Plaza y Valdez.
- Romero, P.; Grau, A.; Gómez, S.; Infante, P.; Chacón, R.; Asén, M.; Llantá A.; Molina, C.; Camacho, R. y Grau, A. (2003). Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. Revista de Psicología y Salud. 13 (1) Enero-Junio, 87-101.
- Salazar y Rodríguez. (1999). Cáncer de cabeza y cuello. En: Rodríguez, S. (coord.) (1999). Lecciones de Oncología Clínica. España: Aran.
- Saldaña, C. y García, E. (1997). Tratamiento multicomponente de la obesidad crónica: terapia de conducta, dieta y actividad física. En: Macías, A y Méndez C. Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos. Madrid, España: Psicología-Pirámide.

- San Martín, H. (2003). La noción de salud y la noción de enfermedad. En: Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Salud y Enfermedad. México: La prensa Médica Mexicana.
- Sánchez, G. (2000). La inserción del psicólogo en los hospitales públicos y privados en el Tratamiento a pacientes con cáncer. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Sandín, F, (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física En: Estrés y Psicopatología, Buendía Vidal (compilador) Madrid, España: Pirámide.
- Santacreu, M. J; Márquez, S. Ma. O. Y Rubio F. V; (1997). La prevención en el marco de la psicológica de la salud. En: Psicología y Salud. Julio-Diciembre. 81-92.
- Santacreu, Márquez y Rubio (1997).La prevención en el marco de la psicología de la salud. Revista de Psicología y Salud.(2) Julio- diciembre, 81-92.
- Santos (2004). Cáncer de Mama. En: Martínez y Gordan. Cuidados Paliativos. Asociación Sociosanitaria: Logos.
- Senra (2002). El cáncer. Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención. Madrid, España: Harcourt.
- Simón M. (1999). Intervención psicológica en cáncer. En: Manual de psicología de la salud. Fundamentos metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca nueva.
- Torres, F. y Beltrán G. (1986).La Psicología de la Salud: Campos y Aplicaciones. Xalapa, México: Centro de Estudios Psicológicos. Universidad Veracruzana.
- Torres, T. (1994). Tumores de mama. Diagnóstico y tratamiento. México: Interamericana. Mc Graw Hill
- Torrico, L; Santín, V; López, L y Andrés V. (2002).Actitudes ante el cáncer de mama: miedos y realidad. Revista de Psicología y Salud. 12 (1).41-48.
- Trull, J y Phares, J. (2003).Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y aspectos Básicos de la Profesión: México: Thomson internacional.
- Tubiana, M. (1989). El Cáncer. México: Fondo de Cultura Económica.

- Ureña (2004). Cáncer Digestivo. En: Martínez y Gordan. Cuidados Paliativos. Asociación Sociosanitaria: Logos.
- Uribe, E. M. Y López, C. M. (2001). Reflexiones acerca de la salud en México. México: Medica Sur y Medica Panamericana.
- Vázquez y Pérez (1998). Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
- Vázquez, Fernández & Pérez M. (1998). Cáncer. En: Manual de Psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
- Velázquez C. (2001). Psicología de la salud: estrés y afrontamiento. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Villalobos, E. (2004). Diabetes, Adherencia al tratamiento y apoyo social. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Walker (1998). Manejo Conductual. México: Manual Moderno.
- Wolpe J. (1985). Entrenamiento asertivo. (95-110). En: Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.
- Yoshiko, H. (2005) La salud del individuo y de la comunidad. En: Educación para la salud. México: Mc Graw Hill Interamericana.

ANEXOS

ACTIVIDAD 1.1 LAMINA PIRAMIDAL



Objetivos:

- Ψ Que las participantes de forma visible observen los avances del programa de intervención, ello al final de cada una de las sesiones.

Recursos Materiales:

- Ψ Lamina o cartoncillo, hojas de colores
- Ψ Plumones, diurex, pegamento, impresiones

Duración:

- Ψ 5 minutos al final de cada sesión

Desarrollo de la actividad:

Al inicio de cada sesión se colocara la lamina piramidal a un costado del pizarrón la cual se contiene dibujado un triangulo dividido en el numero de las sesiones del programa de intervención, y al final de esta un dibujo que haga alusión a la meta del programa de intervención. Al término de cada sesión se colocara en una hoja de color con la frase que mejor describa la sesión, ello en el espacio dedicado a esta y se realizara un breve resumen resaltando los puntos relevantes de lo revisado y vivido en la sesión.

ACTIVIDAD 1.2 COLLAGE

Objetivos:

- Ψ Facilitar la comunicación en pequeños grupos
- Ψ Expresión de tensiones, intereses y motivaciones personales

Recursos Materiales:

- Ψ Un trazo de cartulina o cartoncillo para cada participante
- Ψ Papel, pegamento, tijeras, plumones y revistas para cada grupo
- Ψ Salón suficientemente iluminado, amplio y con mesas para trabajo

Duración:

- Ψ Aproximadamente de 15 a 20 minutos

Características del Grupo:

- Ψ El tamaño del grupo ilimitado, ya que la disposición del grupo es por equipos de 5 a 6 personas

Desarrollo de la actividad:

Cada participante debe contestar a la pregunta ¿Quién soy?, ello mediante recorte que pegaran en el cartoncillo o cartulina, posteriormente cada uno de ellos interpretarán el “collage” de cada uno de sus compañeros de equipo; cuando cada uno de los miembros del equipo hayan expresado su punto de vista, el autor del “collage” explicará y dará respuesta a la pregunta ¿Quién soy?. Una vez que los equipos han terminado se hace una mesa redonda general con el objeto de evaluar la experiencia y expresar los sentimientos que se vivieron durante la actividad.

ACTIVIDAD 1.3 FORMANDO EQUIPOS

Objetivos:

- Ψ Lograr la integración e identificación en grupos grandes

Recursos Materiales:

- Ψ Un salón suficientemente iluminado y amplio para que los participantes puedan moverse y trabajar libremente
- Ψ Hojas de papel, lápices y plumas

Duración:

- Ψ Aproximadamente 20 minutos

Características del Grupo:

- Ψ El tamaño del grupo ilimitado, ya que la disposición del grupo es por equipos, el número de integrantes por equipo es variada y de acuerdo a las necesidades del instructor

Desarrollo de la actividad:

Cada participante se enumera en pares y nones, una vez hecho esto se dividirán en dos grupos y cada uno se va a los extremos del salón; cada participante *par* forma pareja con un *non* que no se conozca. Se forman dos nuevos grupos integrados por las parejas y nuevamente se van a cada extremo del salón.

Cada pareja invita a otra del lado opuesto a que se les una, formándose equipos de 4 integrantes o cuartetos, cada integrante de equipo expresa sus expectativas e intereses respecto del taller, las anotaran en una hoja y las expresara verbalmente ante el grupo.



ACTIVIDAD 1.4 CUESTIONARIO CANCER DE MAMA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como propósito conocer la información que tienes a cerca del cáncer de mama, factores de riesgo, su diagnostico, tratamiento, etc.; por ello lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se te presenta y contéstalas con la verdad, sin dejar de contestar ninguna y si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este instrumento.

1.- ¿Qué entiendes por cáncer?

2.- ¿Qué entiendes por cáncer de mama?

3.- ¿Cuál es el rango de edad en el que se presentan mayores incidencias del cáncer de mama?

4.- ¿Qué se entiende por factores de riesgo?

5.- ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama?

6.- ¿De los factores de riesgo que mencionaste consideras que tú podrías modificarlos? ¿De que forma?

7.- ¿Cuáles son los síntomas que se presentan en el cáncer de mama?

8.- ¿Qué métodos de diagnóstico para la detección del cáncer de mama conoces?

9.- ¿Cómo se lleva a cabo el autoexamen mamario y con que frecuencia se debe de realizar?

10.- ¿Qué tratamientos para combatir el cáncer de mama conoces?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ACTIVIDAD 1.5 BINAS Y CUARTAS

Objetivos:

- Ψ Integración de grupos y pautas para la formación de equipos y Ruptura de la tensión inicial

Recursos Materiales:

- Ψ Un salón suficientemente iluminado y amplio para que los participantes puedan trabajar libremente
- Ψ Hojas de papel, lápices y plumas
- Ψ Sillas preferentemente movibles, para formar binas y cuartas

Duración:

- Ψ Aproximadamente 20 minutos

Características del Grupo:

- Ψ El tamaño del grupo ilimitado, ya que la disposición del grupo es por equipos, el número de integrantes por equipo es variada y de acuerdo a las necesidades del instructor

Desarrollo de la actividad:

Cada participante se enumera en pares y nones, una vez hecho esto se dividirán en dos grupos y cada uno se va a los extremos del salón; cada participante *par* forma pareja con un *non* que no se conozca y se forman en equipos. Cada pareja se presentará brevemente para posteriormente invitar a otra para que se integren y formen equipos de 4 integrantes o cuartetos, cada integrante de equipo comentará sus expectativas sobre el taller, los temas que deseaban abordar y algunas sugerencias que pudieran realizarles a los ponentes expresa sus expectativas e intereses respecto del taller; finalmente las anotaran en una hoja y las expresara verbalmente ante el grupo.



ACTIVIDAD 1.6 CUESTIONARIO BIOGRÁFICO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como propósito conocer como es el cuidado de tu salud y aquellos hábitos que llevas acabo, los cuales conforman tu estilo de vida; lee cada una de las preguntas que se te presenta y contéstalas con la verdad, esto nos posibilitara brindarte las herramientas para el mejoramiento de tu estilo de vida. Si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este cuestionario.

1.-Nombre: _____ 2.-Edad: _____

3.-Estado civil:

a) Soltera b) casada c) unión libre d) otro: _____

4.- ¿Tienes hijos? _____ A que edad lo(s) tuviste(s) _____

5.-Carrera: _____ Nivel de Escolaridad: _____

6.-Trabajas: si () no ()

7.- ¿Alguno de tus familiares ha padecido cáncer? ¿Quiénes y de que tipo?

8.- ¿Aproximadamente con que frecuencia acudes a revisión medica?

9.- ¿Asistes a revisión ginecológica, con que frecuencia?

10.- ¿A que edad presentaste la menarca, eres regular? y ¿Presentas dolor en tu periodo menstrual?

11.- ¿Te realizas exámenes auto exploratorios de mama? ¿Con que frecuencia?

12.- ¿Usas métodos anticonceptivos? ¿Cuales?

13.- ¿Actualmente como es tu estado de salud?

14.- ¿Padeces alguna enfermedad crónica degenerativa (cáncer, diabetes, hipertensión arterial, etc.), cual? ¿Te encuentras en tratamiento?

15.- ¿Consumes algún medicamento, cuál y por qué motivo?

16.- ¿Cuántas horas al día te quedan libres y qué actividades realizas?

17.- ¿Si no realizas ninguna actividad, cuál es el motivo?

18.- ¿Fumas, con que frecuencia y ante que situaciones?

19.- ¿Consumes alcohol, con que frecuencia y ante que situaciones?

21.- De los siguientes alimentos ¿Cuántos días a la semana los consumes?

	0-1	2-3	4-5	6-7
Agua natural o jugo de frutas				

Bolillo y tortilla				
Carne de res, cerdo y tocino, etc.				
Frutas y/o verduras				
Helado, pasteles, galletas				
Leche, yogurt, quesos blancos				
Leguminosas: fríjol, lentejas etc.				
Pan y/o cereales de caja, barras				
Pizzas, frituras hamburguesas,				
Pollo, y pescado				
Productos Light,				
Refrescos, gaseosas y café				
Sopes, tortas y tamales				

22.- ¿De los 7 días de la semana en cuantos realizas tus tres comidas?

23.- ¿Cuántos días comes en casa?

24.- ¿Comes entre comidas; que tipos de alimentos llegas a consumir?

25.- ¿Cuándo no comes en casa que tipos de alimentos consumes?

GRACIAS POR TU COLABORACION



ACTIVIDAD 1.7 CUESTIONARIO: CLIMA GRUPAL

Universidad Nacional Autónoma de México

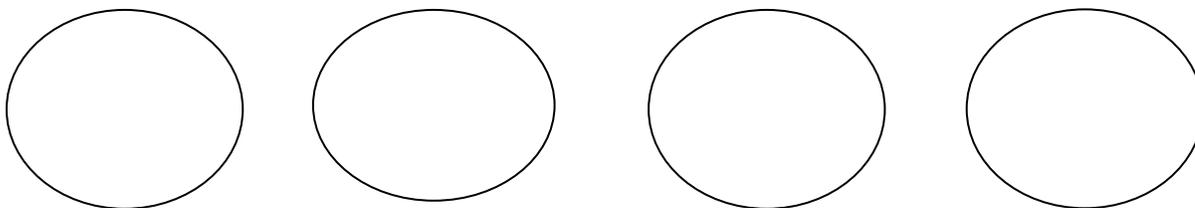
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



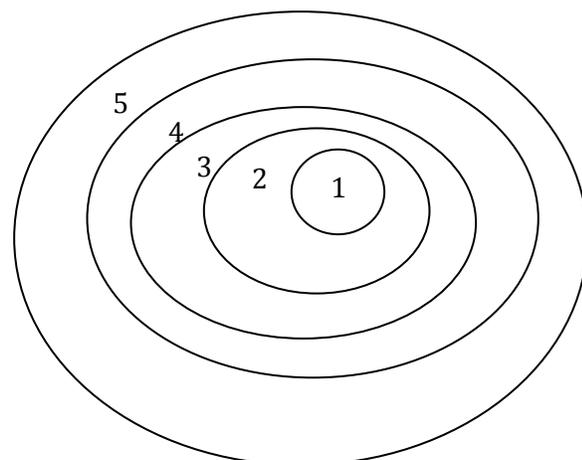
Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito conocer como percibe el ambiente grupal cada una de ustedes, respecto a las relaciones que se pueden dar, el grado de pertenecía y libertad, además de las cualidades y defectos del grupo; por ello lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se te presenta y contéstalas con la verdad, sin dejar de contestar ninguna y si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este instrumento.

1.- ¿Cuál de estas figuras representa mejor las relaciones existentes en el grupo; pon una X debajo del círculo apropiado y una * en la figura que representa mejor las posibles relaciones en el grupo?



2.- Con este gráfico se trata de representar el grado de pertenencia al grupo. Sitúate en aquel círculo que represente mejor tu grado de pertenencia al grupo. Si te sientes muy identificado con el grupo pon una X en el círculo no. 1. Si te sientes como no perteneciente por una X en el no. 6.



3.- Pon una A encima del número que represente mejor el grado de libertad que sientes para comunicarte abiertamente con los demás.

4.- Pon una B encima del número que creas que van a escoger la mayoría de los demás

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No hay clima de apertura

Hay un clima muy abierto

(No se puede decir todo lo que se siente)

(Se puede decir lo que se siente)

5.- Sugiere un par de razones por las que podría darse en este grupo una mayor cohesión (unión)

6.- ¿Cuáles son, en tu opinión, las dos mejores cualidades de este grupo?

7.- ¿Cuáles son, en tu opinión, los dos defectos de este grupo?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN



ACTIVIDAD 2.1 FORMATO DE REGISTRO PARA LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este formato tiene como propósito que tú registres con que frecuencia haces uso de la técnica de relajación que acabas de aprender, conocer si te es fácil utilizarla y los beneficios y/o desventajas que está te trae. Es conveniente que lleves acabo el registro; ya que esto te permitirá observar los resultados que obtendrás al hacer uso o no de la técnica de relajación progresiva; si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este formato.

DIA	SITUACIÓN	USO DE LA TÉCNICA	TIEMPO	RESULTADOS

OBSERVACIONES:

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ACTIVIDAD 2.2 SITUACION ESTRESANTE IMAGINARIA: USO DE LA TÉCNICA DE IMAGINACIÓN GUIADA.

Objetivos:

- Ψ Que las participantes imaginen una situación estresante, identifiquen las sensaciones y emociones que tal situación provoca.

Recursos Materiales:

- Ψ Salón suficientemente iluminado y amplio

Duración:

- Ψ Aproximadamente de 15 a 20 minutos

Características del Grupo:

- Ψ El grupo debe haber sido entrenado en la técnica de relajación de Jacobson.

Desarrollo de la actividad:

Se les pedirá a las participantes que refieran algunas de las situaciones que mayormente les produzcan tensión o estrés; de aquellas mencionadas se seleccionara la que principalmente les cause estrés. Con base en la situación elegida se les pedirá a las participantes que la definan, relaten lo que ocurre, mientras que el coordinador anota lo mencionado por las participantes.

A continuación se les indicara a las participantes que cierren los ojos y comiencen a imaginar o visualizar con detalle y de forma guiada la escena que la coordinadora va relatando; siendo esta la situación seleccionada con anterioridad. Se les mencionara que identifiquen las sensaciones y emociones que tal situación provoca.



ACTIVIDAD 2.3 CUESTIONARIO: ESTRÉS

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito conocer la información que posees acerca del estrés, las vivencias que has tenido, las reacciones físicas, etc.; por ello lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se te presenta y contéstalas con la verdad, sin dejar de contestar ninguna y si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este instrumento.

1.- ¿Qué entiendes por estrés?

2.- Menciona algún episodio o situación en las que has experimentado estrés

3.- ¿Cómo afecta el estrés a tu salud?

4.- ¿Cómo afecta el estrés a los demás contexto en donde te desenvuelves?
(académico, familiar, social)?

5.- ¿Las situaciones de estrés son ante personas y/o situaciones particulares?

6.- ¿Qué has hecho ante las situaciones que te producen estrés?

7.- ¿Que te gustaría hacer ante dichas situaciones que te producen estrés?

8.- ¿Qué respuestas fisiológicas y emocionales presentas ante situaciones que te producen estrés?

9.- ¿Qué características debe tener una situación para que la consideres estresante?

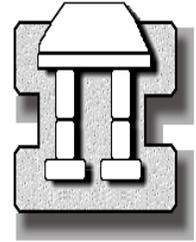
GRACIAS POR TU COLABORACIÓN



ACTIVIDAD 2.4 CUESTIONARIO TECNICA DE RELAJACIÓN

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito conocer la información e ideas que después de la exposición posees a cerca de la técnica de relajación, para iniciar con la práctica de esta técnica; por ello lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se te presenta y contéstalas con la verdad

1.- ¿Cuál es propósito de la técnica de relajación progresiva?

2.- ¿Ante que situaciones es conveniente utilizar la técnica de relajación progresiva?

3.- ¿Cómo se debe iniciar la técnica de relajación progresiva?

4.- ¿Cual es la ventaja de utilizar la técnica de relajación progresiva?

5.- ¿Aproximadamente cuanto tiempo hay que tensar los músculos; y cuanto tiempo tienes que ocupar para relajar el músculo?

6.- ¿Que parte del cuerpo es la primera que tienes que tensar-relajar y con la cual de inicio la técnica de relajación progresiva?

ACTIVIDAD 2.5 TÉCNICA DE RELAJACIÓN

Relajación progresiva y muscular: Técnica de Jacobson).

La técnica de relajación profunda fue publicada por Edmund Jacobson en 1938 (citado en Gutiérrez; 2005) y se basa en la premisa de que la ansiedad que experimenta una persona se traducen en pensamientos y actos que comportan tensión muscular, por lo cual, si se hace desaparecer la tensión, desaparece también la ansiedad. La relajación es lo opuesto fisiológicamente de la tensión. Si se tensan y se relajan sistemáticamente varios grupos de músculos y se aprende a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación.

La ventaja de este tipo de relajación es que puede practicarse en cualquier parte, sin que nadie se percate de ello. Se llama progresiva porque comienza con los músculos de una parte del cuerpo y se extiende hacia otras partes. Se enseña al individuo a contraer y relajar los músculos alternativamente, de modo que la tensión pueda ser reconocida y autocontrolada de manera inmediata. La premisa es que si el individuo reconoce el momento el que el músculo se encuentra tenso y cuándo está relajado, entonces podrá aprender a buscar un estado de relajación. Por lo tanto la técnica de Jacobson implica tensar un grupo muscular específico en ambos lados del cuerpo, sostener esa tensión de cinco a diez segundos y luego relajar durante treinta o cuarenta segundos. Este proceso se repite varias veces para cada grupo muscular principal.

PROCEDIMIENTO BASICO DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON.

Póngase en posición cómoda, cierre los ojos y deje el cuerpo libre de tensión. Cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte; observe la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha

desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora libere la tensión. Sienta la flacidez de su mano derecha compárela con la tensión que sentía hace algunos segundos. Repita nuevamente el proceso con su mano izquierda y por último hágalo con las dos manos a la vez. Ahora doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y repare en la sensación de tensión. Relájese y estire los brazos. Déjelos relajados y observe la diferencia.

Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente tanto como pueda y desarrúguela. Imagínese la forma en que su piel de la frente y de toda su cabeza se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa, en el momento que se ha sentido relajado. Ahora frunza el entrecejo e intente sentir la forma en que las vendas se extienden por la frente. Relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa. A continuación, cierre los ojos y luego apriételes fuertemente. Observe la tensión. Relájelos y déjelos cerrados suavemente. Luego, cierre la mandíbula y apriete con fuerza; note la tensión que se produce en toda la zona. Libérela. Una vez relajada, notará que los labios estarán ligeramente separados. Aprecie el contraste real que hay entre el estado de la tensión y el de relajación. A renglón seguido apriete la lengua contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese. Apriete los labios y haga con ellos "O". Relájese. Observe cómo su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están, en este momento, relajados. Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, sin hacerse daño. Observe la tensión que aparece en el cuello. Hágala girar hacia la derecha y fíjese en que se ha desplazado el foco de tensión; ahora hágala girar hacia la izquierda. Enderece la cabeza y muévala hacia delante, a la vez que aprieta la barbilla contra el pecho. Observe la tensión que siente en la nuca. Relájese dejando que la cabeza vuelva a una posición natural. Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza le quede hundida entre ellos. Relájese. Ahora bájelos y sienta cómo la relajación se extiende hacia el cuello, nuca y hombros, relajación pura, más y más profunda.

Dé a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Siente la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene de aire sus pulmones. Sostenga la respiración. Observe la tensión que se produce. A continuación, espire y haga que el tórax se deshinché y relaje, dejando que el aire salga poco a poco. Continúe relajándose y trate de que la respiración se produzca de forma espontánea y agradable. Repita esta rutina varias veces, y observe la forma en que, paulatinamente, la tensión desaparece a medida que el aire sale de su cuerpo. Tense el estomago y manténgalo así. Note la tensión y luego relájese. Después, coloque una mano en esta región. Respire profundamente y apriete la mano contra la pared del estomago. Aguante la respiración y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire. Ahora arquee la espalda sin llegar hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda. Ahora relájese más y más profundamente.

Tense las nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia. Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce. Libérela. Luego, extienda con fuerza los dedos y dirija las puntas hacia arriba, con lo cual sentirá la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese otra vez. Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se profundiza. Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas. Luego deje que la relajación se extienda hasta el estómago, la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos. Más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara.

Llegando a este nivel profundo de relajación, le aconsejamos imaginarse a si mismo en un lugar tranquilo y sosegado en el cual pueda disfrutar plenamente de dicha sensación.



ACTIVIDAD 3.1 FORMATO DE REGISTRO PARA LA TÉCNICA DE INOCULACIÓN AL ESTRÉS.

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este formato tiene como propósito que tú registres lo que acontece antes, durante y después de una situación que tú consideras que produce estrés. Es conveniente que lleves acabo el registro; ya que esto te permitirá observar los resultados que obtendrás al hacer uso o no de la técnica de inoculación al estrés.

ANTECEDENTES	SITUACIÓN ESTRESANTE	CONSECUENCIAS
ACCIONES	ACCIONES	ACCIONES
PENSAMIENTOS	PENSAMIENTOS	PENSAMIENTOS
EMOCIONES	EMOCIONES	EMOCIONES

OBSERVACIONES:

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ACTIVIDAD 3.2 TÉCNICA DE ENSAYO CONDUCTUAL

El ensayo conductual es una técnica que se ha utilizado durante muchos años. Goldfried y Davidson (1994; citado en Timothy, 2003) consideran a esta técnica como un medio para entrenar patrones de respuesta nuevos y que a su vez proporciona al clínico de orientación conductual un medio simple y eficiente de muestreo de las habilidades y deficiencias conductuales del paciente. El principal objetivo de esta técnica es agrandar el repertorio de comportamientos de afrontamiento del paciente; su uso consta de cuatro etapas las cuales a continuación se enlistan:

- 1.- Preparar al paciente explicándole las necesidades de adquirir nuevos comportamientos, conseguir que acepte el ensayo conductual como un dispositivo útil y reducir cualquier ansiedad inicial que pudiera presentar el prospecto para la representación de roles.
- 2.- Se lleva a cabo la selección de metas; la cual se realiza mediante una lista jerárquica de situaciones de representación de roles. Esta jerarquía deberá relacionarse en forma directa con las situaciones en que el paciente tiene dificultades.
- 3.- Posteriormente se lleva a cabo el ensayo conductual donde el paciente representa los papeles apropiados conforme asciende la jerarquía, mientras el terapeuta lo instruye y retroalimenta respecto de lo adecuado de la ejecución. En algunos casos se utilizan como auxiliares algunas grabaciones de video o el terapeuta intercambia papeles con el paciente a fin de proporcionar un modelo adecuado.
- 4.- Esta etapa tiene como objetivo que el sujeto use las habilidades recién adquiridas en situaciones de la vida real. Después de dichas experiencias en vivo, paciente y terapeuta comentan la ejecución del primero y sus sentimientos respecto a las experiencias. En ocasiones se les pide a los pacientes que lleven a cabo un registro donde describan las situaciones en que estuvieron, su comportamiento y las consecuencias.

Objetivo:

- Ψ Que las participantes realicen la conducta que ellas consideren mayormente adecuada para afrontar la situación elegida con anterioridad; observen su probable comportamiento y consecuencias frente a la situación.

Recursos Materiales:

- Ψ Salón suficientemente iluminado y amplio

Duración:

- Ψ Aproximadamente de 15 a 20 minutos

Características del Grupo:

- Ψ El grupo debe haber sido entrenado en el primer paso de la técnica de inoculación al estrés.

Desarrollo de la actividad:

Tres o cuatro participantes (según sea la situación seleccionada) elegidas al azar o voluntariamente optarán por un papel para representar; entre ellas y con la ayuda de las coordinadoras dialogarán para llegar a un acuerdo de cómo y que características tendrá su papel a representar. Al resto de las participantes se les proporcionarán hojas en blanco para que registren lo observado en cada uno de los papeles representados.

Se realizará la representación de la situación. Las participantes que registraron realizarán comentarios acerca de lo observado en la representación, las cosas que ellas consideran fueron positivas o negativas durante la situación y si existe alguna otra alternativa que se pudo llevar a cabo que se considere sería la más adecuada a esa situación. Las participantes que llevaron a cabo la representación comentarán su sentir durante la actividad.



ACTIVIDAD 5.1 CUESTIONARIO TECNICA DE SOLUCIÓN DE PROBELMAS

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito conocer la información e ideas que después de la exposición posees a cerca de la técnica de solución de problemas, para que lleves de mejor manera el uso de esta técnica; por ello lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se te presenta y sin dejar de contestar ninguna de las preguntas; si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporcione este instrumento.

1.- ¿Para que te sirve la técnica de solución de problemas?

2.- ¿Cuál es la ventaja de la técnica de solución de problemas?

3.- ¿De cuantas fases se compone la técnica de solución de problemas?

4.- ¿En qué consiste la lluvia de ideas, dentro de la búsqueda de alternativas?

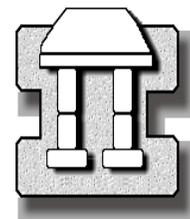
5.- ¿Qué características deben poseer las alternativas que se consideran las más adecuadas?

6.- ¿Cuál es la última fase de la técnica de solución de problemas y en qué consiste?



ACTIVIDAD 5.2 Y 5.4 FORMATO DE REGISTRO PARA LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este formato tiene como propósito que tú registres los pasos a seguir en la técnica de solución de problemas; además de que hagas uso de esta, ello en una situación que tú consideres problemáticas. Es conveniente que lleves acabo el registro; ya que esto te permitirá observar los resultados que obtendrás al hacer uso o no de la técnica de solución de problemas; si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este formato.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA (Percepción de la situación)	
GENERACIÓN DE POSIBLES SOLUCIONES (Lluvia de ideas)	
VALORACIÓN DE LAS OPCIONES (1 al 5; en donde 1 es menos viable y 5 mas viable)	
TOMA DE DECISIONES (elección de la opción; ¿Porque?)	

OBSERVACIONES:



ACTIVIDAD 5.3 CUESTIONARIO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como propósito conocer la información e ideas que después de la exposición posees a cerca de las estrategias de afrontamiento, para que unas vez que tengas los conocimientos elijas la estrategia de afrontamiento más adecuada, ello de acuerdo a la situación específica que se presente; por ello lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se te presenta y sin dejar de contestar ninguna de las preguntas.

1.- ¿Qué entiendes por afrontamiento?

2.- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de las que tú generalmente haces uso?

3.- Ejemplifica una situación en la que hallas hecho uso de la estrategia de afrontamiento de confrontación

4.- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que consideras son menos funcionales?

5.- Menciona tres de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema

6.- Menciona tres de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción

ACTIVIDAD 5.5 MODELADO

Gil y García (2000) señalan que el modelado es un proceso de los más efectivos para que la persona adquiera e incremente la conducta; esto lo logra por medio de la observación e imitación de un modelo quien realiza la conducta que es objeto de estudio, en presencia de los individuos que van a ser entrenados

Dicho proceso presenta múltiples modalidades, lo cual permite una amplia y diversas formas de aplicación; estas son:

1. Representación del papel de modelos

El papel de modelo puede realizarlo cualquier miembro del equipo de entrenamiento (monitor, coordinadoras, ayudantes, entre otros) o cualquier participante del programa que se ofrezca voluntariamente, siempre y cuando el que funga como modelo posea el comportamiento a entrenar y lo realice de manera eficaz.

2. Presentación de los modelos

Básicamente, puede tratarse de modelos reales, es decir, que realizan la conducta a entrenar en su vida cotidiana debido a su profesión, hobby o interés; la llevan a cabo ante la presencia de los participantes. O bien de modelos simbólicos cuyo comportamientos son mostrados mediante un video, un cassette o por medio de la descripción verbal que el entrenador puede hacer de estos comportamientos en un supuesto modelo.

3. Percepción de los modelos

Este modo da lugar a dos modalidades sumamente extendidas y aplicadas; estas son: el modelado manifiesto, en donde el individuo observa el comportamiento real o simbólico del modelo y el modelado encubierto ya que el sujeto se imagina, por medio de indicaciones verbales del coordinador en una situación hipotética.

Objetivo:

- Ψ Que las participantes tengan la oportunidad de observar (en un modelo lo mas similar a ellas) formas posibles de aquellas conductas objetivo de posteriormente tendrán que ensayar

Recursos Materiales:

- Ψ Salón suficientemente iluminado y amplio

Duración:

- Ψ Aproximadamente de 15 a 20 minutos

Características del Grupo:

- Ψ El grupo debe haber iniciado el entrenado en habilidades sociales y participado en la exposición previa.

Desarrollo de la actividad:

La persona que fungirá como modelo(s), será previamente seleccionada ello mediante la ejecución del comportamiento en una situación lo mas similar a la real. En el salón de clases las participantes acomodarán las sillas de tal forma que todas observen al frente, el modelo(s) realizará la conducta a entrenar enfrente de las participantes, mientras ellas observaran la conducta y en un hoja harán las observaciones que consideren relevantes en cuanto a la ejecución de la conducta, respecto a algunas sugerencias para mejorar, otros posibles comportamientos, características del modelo y ventajas de dicha conducta.

Finalmente voluntariamente leerán sus observaciones 3 o 4 participantes y se llevara a cabo la retroalimentación.



**ACTIVIDAD 6.1 FORMATO DE REGISTRO DE
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:
PARA EXPRESAR LAS OPINIONES PERSONALES,
INCLUIDO EL DESACUERDO**



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este formato tiene como propósito que tú registres los pasos a seguir en el entrenamiento de la habilidad social de expresar las opiniones personales, incluido el desacuerdo; además de que hagas uso de este entrenamiento, en situaciones que tú consideres problemáticas. Es conveniente que lleves acabo el registro; ya que esto te permitirá observar los resultados que obtendrás al hacer uso o no del entrenamiento en habilidades sociales; si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este formato.

REALIZABAN LA HABILIDAD EN SU VIDA COTIDIANA, NO CUAL?	
SI, DESCRIPCIÓN DE LA HABILIDAD	
CONDUCTA VERBAL	CONDUCTA NO VERBAL
SITUACIONES EN QUE REALIZAS LA HABILIDAD PARA EXPRESAR LAS OPINIONES PERSONALES, INCLUIDO EL DESACUERDO	

DESCRIPCIÓN DE LA HABILIDAD ENTRENADA	
EJECUCIÓN DE LA HABILIDAD PARA EXPRESAR LAS OPINIONES PERSONALES, INCLUIDO EL DESACUERDO	
CONDUCTA VERBAL	CONDUCTA NO VERBAL
RESULTADOS DE LA EJECUCIÓN	
SUGERENCIAS PARA MEJORAR	
VENTAJAS	DESVENTAJAS

OBSERVACIONES:

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Los formatos de las actividades que se enlistan a continuación no iguales al formato que se encuentra en la actividad 6.1.

Ψ ACTIVIDAD 8.1 FORMATO DE REGISTRO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: PARA LA EXPRESIÓN JUSTIFICADA DE MOLESTIA, DESAGRADO O ENFADO

Ψ ACTIVIDAD 9.1 FORMATO DE REGISTRO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: PARA RECHAZAR PETICIONES

Ψ ACTIVIDAD 10.1 FORMATO DE REGISTRO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: PARA HABLAR EN PÚBLICO

Ψ ACTIVIDAD 11.1 FORMATO DE REGISTRO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: PARA EL AFRONTAMIENTO A CRITICAS Y ADMITIR IGNORANCIA



ACTIVIDAD 12.1 FORMATO DE COMPORTAMIENTOS ASERTIVOS

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Este formato tiene como propósito que tú registres los comportamientos asertivos que realices durante tus diversas actividades en tu vida diaria. Es conveniente que lleves acabo el registro; ya que esto te permitirá observar los resultados que obtendrás al hacer uso o no de la conducta asertiva; si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este formato.

SITUACION	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA NO ASERTIVA
	CONDUCTA VERBAL	CONDUCTA VERBAL
	CONDUCTA NO VERBAL	CONDUCTA NO VERBAL
	EFFECTOS	EFFECTOS

OBSERVACIONES:

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN



ACTIVIDAD 13.1 FORMATO DE REGISTRO AUTOCONTROL

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Este formato tiene como propósito que tú registres el comportamiento que consideras perjudicial para tu salud. Es conveniente que lleves acabo el registro; ya que esto te permitirá observar los resultados que obtendrás de dicho registro; si tienes alguna duda pregúntale a la persona que te proporciono este formato.

DIA	ANTES	CONDUCTA	DESPUÉS	TOTAL
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				

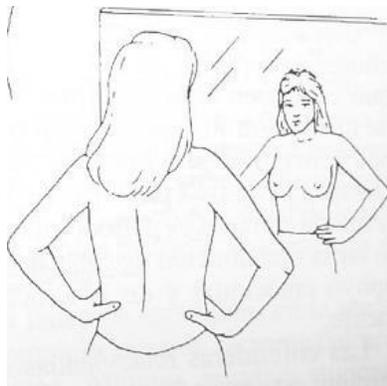
12.3 FORMATO DE AUTOREGISTRO: AUTO EXAMEN MAMARIO

En el presente formato encontraras la forma correcta de la realización paso a paso del autoexamen mamario. Recuerda que es recomendable la realización del autoexamen una vez al mes, siete o diez días luego de haber tenido su período menstrual ya que tus pechos estarán menos sensibles y más desinflamados.

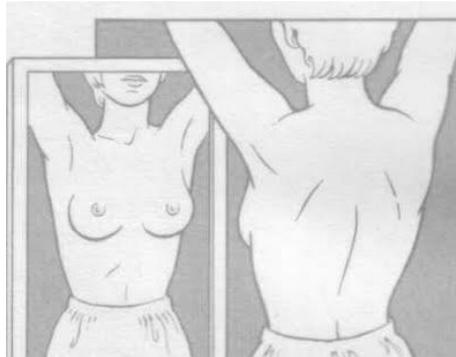
Recuerda que el objetivo es familiarizarse más con la apariencia de tus pechos y con la sensibilidad de los mismos, lo cual te ayudará a notar cualquier cambio o irregularidad que pueda presentarse en ellos; mejorando las probabilidades de poder obtener un diagnóstico temprano y un tratamiento exitoso.

Los autoexámenes mamarios son bastante sencillos de realizar; te tomarán cerca de 15 a 20 minutos. Debes asegurarte de seguir todos los pasos descritos a continuación lo más detalladamente posible.

1. Párese frente a un espejo con sus manos colocadas sobre sus caderas y sus hombros echados hacia atrás. Mire sus pechos y controle su forma, su tamaño y su simetría. Asegúrese de controlar cualquier signo de prurito o sarpullido, formación de hoyuelos.



2. Eleve sus brazos y continúe mirándose a través del espejo. Nuevamente, controle la forma, el tamaño y la simetría de sus pechos. Mire detenidamente si sus pezones han cambiado de posición o se han invertido. Fíjese si se han formado hoyuelos en su piel.



3. Presione suavemente ambos pezones. Controle cualquier tipo de descarga; ya sea lechosa, amarillenta o sangrienta.



4. Ahora, recuéstese sobre su cama o sobre el piso y coloque uno de sus brazos detrás de su cabeza. Use su mano derecha para poder examinar su pecho izquierdo, y su mano izquierda para examinar su pecho derecho. Utilizando los tres primeros dedos de su mano, palpe completamente cada uno de sus pechos; partiendo desde la clavícula hasta llegar al comienzo de su abdomen. Pálpelos realizando movimientos circulares, comenzando con sus pezones y desplazándose gradualmente hacia otras zonas.



5. A continuación, toque y controle la forma y la textura de sus pechos al sentarse y al pararse. Cubra toda la zona del pecho, buscando la presencia de algún bulto o cambio en la textura del mismo.



Fecha de menstruación	Fecha programada del autoexamen	Fecha de realización del autoexamen	Observaciones

ACTIVIDAD 15.1 CARTA EXPERIENCIA

Objetivos:

- Ψ Que las participantes expresen tanto por escrito como de manera verbal si se cumplieron sus expectativas respecto al taller, además de posibles sugerencias para mejorar

Recursos Materiales:

- Ψ Salón suficientemente iluminado y amplio, sillas, hojas, plumas, lápices

Duración:

- Ψ Aproximadamente de 20 a 25 minutos

Características del Grupo:

- Ψ El grupo debe haber participado en las sesiones del programa y asistir a la última sesión.

Desarrollo de la actividad:

A cada una de las participantes se les dará una hoja en blanco, la cual solo traerá el título de "Carta Experiencia" en la cual se le pedirá pongan lo que desde su punto de vista aprendieron en el taller, si se cumplieron sus expectativas o no y cuales fueron, algunos comentarios y sugerencias para mejorar tanto los contenidos del programa como la dinámica en el cual se fue desarrollando y aspectos relacionados con la forma de llevarlo a cabo por parte de las coordinadoras.

Posteriormente se les pedirá a 2 o 3 participantes que expresen de forma verbal lo vivido durante el programa, mencionando algunos aspectos de lo escrito en su carta experiencia y se realizara una retroalimentación por parte de las coordinadoras.

GLOSARIO

Adenocarcinoma: neoplasia perteneciente al grupo de tumores epiteliales malignos que tienen su localización en glándulas; los tumores se diagnostican y denominan mediante la identificación citológica del tejido afectado y así el adenocarcinoma del cuello uterino se caracteriza por la presencia de las células tumorales que recuerdan el epitelio glandular del cuello

Adenopatía: enfermedad de los ganglios, especialmente de los linfáticos.

Anaplasia: cambio en la estructura celular y en su orientación recíproca, caracterizada por la pérdida de diferenciación y la vuelta a una forma más primitiva. La anaplasia es característica de la malignidad

Amianto: silicato de magnesio y calcio, fibroso, incombustible, de uso limitado en cirugía y odontología, asbesto

Astenia: falta o pérdida de fuerza o energía; debilidad

Azufre: elemento no metálico que existe en varias formas alotrópicas; símbolo S, peso atómico 32,064. El azufre es laxante y diaforético, se emplea en las enfermedades de la piel y órganos respiratorios, en las hemorroides, estreñimiento habitual, entre otras

Capa basal: estrato basal

Carcinoma: neoplasia epitelial maligna que tiene a invadir los tejidos circundantes y a metastizar en regiones distantes del organismo. Se desarrolla con más frecuencia en la piel, intestino grueso, pulmones, estómago, próstata, cuello uterino y mama. Típicamente tienen una consistencia dura de contornos irregulares y nodulares y con un borde bien definido en algunas localizaciones; en consecuencia casi nunca puede disecarse claramente y extirparse sin eliminar a la vez parte del tejido circundante normal. Macroscópicamente tiene una coloración

blanquecina con muchas hemorragias oscuras y difusas y zonas amarillentas de necrosis en el centro. Microscópicamente las células tumorales se caracterizan por anaplasia, tamaño y forma anormal, núcleo desproporcionadamente grande y a cúmulos de cromatina nuclear.

Cervical: concerniente o relativo a un cuello

Cloruro: compuesto binario de cloro, sal metálica de ácido clorhídrico

Disfagia: dificultad para consumir alimentos

Disnea: dificultad para respirar que puede deberse a ciertas enfermedades cardíacas o respiratorias, ejercicio extenuante o ansiedad

Dispasia: anomalía de desarrollo, carácter físico de degeneración, estigma (cretinoide, fibrosa)

Disuria: micción dolorosa generalmente debida a infección bacteriana o a obstrucción de las vías urinarias

Edema: acumulación excesiva de líquido subcutáneo y espacio intersticial, en el tejido celular, debida a diversas causas: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas; aumento de la presión hidrostática en los capilares u obstrucción de las vías linfáticas

Epigástricos, ganglios linfáticos: ganglios pertenecientes a uno de los 7 grupos de ganglios linfáticos parentales que drenan linfa del abdomen y la pelvis, están constituidos por 4 ganglios situados a lo largo de la porción caudal de los vasos epigástricos inferiores

Epitelial: relativo a epitelio

Epitelio: cobertura o revestimiento de los órganos internos y externos del cuerpo, incluido los vasos. Está constituido por células unidas entre sí por material conjuntivo que se dispone en un número variable de capas y son de distintos tipos. Según las diferentes partes del cuerpo ésta constituido por las células escamosas simples, células cuboideas simples o células columnares estratificadas. El epitelio escamoso estratificado de la epidermis comprende cinco capas celulares distintas

Espujo: material expectorado de los pulmones a través de la boca, con la tos. Contiene moco, detritos celulares, microorganismos y en algunos casos, sangre o pus. La cantidad, color y constituyentes de espujo resultan muy importantes para el diagnóstico de numerosas enfermedades como la tuberculosis, la neumonía, el cáncer de pulmón y la neumoconiosis

Estrato basal: la más profunda de las cinco capas de la piel, compuesta de células cilíndricas altas. En esta capa se forman nuevas células por división mitótica, también se llama estrato germinativo.

Gastritis: inflamación aguda o crónica de la mucosa del estómago (atrófica, catorral)

Hematoma: tumor por acumulación de sangre (arterial, pélvico)

Hematuria: emisión por la uretra de sangre pura o mezclada con la orina, síntoma de enfermedades diversas

Leucemia: enfermedad neoplásica de los órganos formadores de las células sanguíneas, caracterizada por la proliferación maligna de leucocitos, eritrocitos o sus precursores en la médula ósea y sangre periférica. Clínicamente en leucemia y aleucemia (según exista o no aumento de células anormales en la sangre)

aguda y crónica (por la duración y carácter de la enfermedad) y mielóide y linfóide (de acuerdo al tipo celular proliferante).

Linfoma: nombre genérico de los tumores originados en tejido linfóide. En general se aplica para los malignos. Comprenden fundamentalmente: enfermedades de Hodgkin y de Burkitt, micosis fungoide, síndrome de Sézary, linfosarcoma y reticulosarcoma clásico.

Membrana Basal: capa frágil y acelular de tejido que asegura los demás planos suprayacentes de epitelio estratificado. Es la más profunda, contienen fibras de reticulina que se tiñen selectivamente con compuestos de plata.

Metástasis: proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia partes distantes del organismo. Puesto que los tumores malignos no tienen cápsulas, las células pueden escapar, convertirse en émbolos y ser transportadas por la circulación linfática o la sanguínea, para implantarse en los ganglios y en otros órganos distantes del tumor primario. Tumor que se desarrolla de esta forma

Monoclonal: relativo a células u organismos idénticos derivados de una sola célula

Neoplasia: (neoplasm) crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno

Neoplásico: relativo o perteneciente a la neoplasia, al neoplasma o a los tumores

Sarcoma: neoplasia maligna poco frecuente del tejido blando, se desarrolla en los tejidos fibroso, graso, muscular, vascular o nervioso. Suele iniciarse como una hinchazón dolorosa; aproximadamente el 40% de las veces se localiza en las extremidades inferiores, el 20% en las superiores, el 20% en el tronco y el resto en la cabeza, cuello o retroperitoneo. Esta compuesto por paquetes celulares incluidos en una matriz homogénea, tiende a ser vascular y muy invasivo, aunque no es probable que los traumatismos tengan que ver en su etiología, pueden

desarrollarse sobre las escaras de quemaduras o radiaciones. Los pequeños se extirpan quirúrgicamente y luego se aplica radioterapia, pero los grandes de las extremidades requieren amputación seguida de irradiación combinada con quimioterapia.

Sistema linfático: nombre colectivo para los ganglios, vasos y espacios linfáticos, quilíferos y serosos.

Tenesmo: deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar, producido de ordinario por una irritación del cuello vesical o del ano.

Úlcera: solución de continuidad con pérdida de sustancia de cualquier superficie epitelial del organismo, con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea

Úlcera péptica: úlcera de la membrana mucosa del estómago o del duodeno, causada por la acción del ácido gástrico y de la pepsina

Vinilo: radical univalente, C₂ H₃