



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Programa de Intervención Psicoterapéutica
enfocado en Estrategias de Afrontamiento
para pacientes oncológicos.**

**Tesis para obtener el título de:
Lic. en Psicología**

P R E S E N T A

Xóchitl Janette Salinas Sánchez



Directora de Tesis: Lic. Liliana Hernández Mendoza.

Oaxaca, Oax. Julio de 2011.



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.

AGRADECIMIENTOS

A MIS HIJOS LENDIR Y KEVIN, LAS RAZONES DE MI EXISTENCIA.

A MI MADRE CON ADMIRACIÓN Y CARIÑO.

A MI PADRE CON EL DEBIDO RESPETO QUE SE MERECE.

A MI HERMANA VIRNA A QUIEN QUIERO TANTO.

AL DR. FRANCISCO GUTIÉRREZ DELGADO, POR SU APOYO PROFESIONAL.

**AL DR. JUAN HENESTROSA ZÁRATE, POR SU REVISIÓN Y VALIOSA
COOPERACIÓN.**

A TODOS AQUELLOS QUE CONFIARON EN MÍ.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	5
¿QUÉ ES EL CÁNCER?	5
1.1 Modificación y prevención de los riesgos	7
1.1.1 Datos a nivel nacional	8
1.1.2 Medidas efectivas para controlar al cáncer	11
1.2 Tipos de cáncer con mayor frecuencia	11
CAPÍTULO II	21
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	21
2.1 variables en la adherencia al tratamiento	22
2.1.1 Variables de la relación médico-paciente	23
2.1.2 Variables del régimen terapéutico	23
2.1.3 Variables de la enfermedad	24
2.1.4. Variables psicosociales del paciente	24
CAPÍTULO III	26
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	26
3.1 EL AFRONTAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA	28
3.1.1 Tipos generales de estrategias de afrontamiento	29
3.1.2 Clasificaciones	29

CAPÍTULO IV	32
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	32
4.1 Programa de terapia cognitiva conductual combinada	33
4.1.1 Objetividad del programa	36
4.1.2 Literatura de cada módulo	40
4.2 Metodología	50
4.3 Variables contempladas dentro del programa	71
CAPÍTULO 5	86
LA PSICO-ONCOLOGÍA	86
5.1 Oncología y psicología	86
5.2 Proceso psicológico en la intervención del tratamiento	90
5.2.1 Fase de diagnóstico	90
5.2.2 Fase de tratamiento oncológico	91
5.2.3 Fase de remisión	91
5.2.4 Fase de recaída	91
5.2.5 Fase terminal	92
5.2.6 Fase de agonía	92
5.2.7 Muerte	93
5.3 Líneas de investigación	94
5.4 Áreas de la Psico-oncología	95
5.5 Alternativas de tratamiento Psico-oncológico	96

CONCLUSIÓN	97
APÉNDICE	101
BIBLIOGRAFÍA	118

INTRODUCCIÓN

Al margen de que el cáncer se trata de una patología, que crece exponencialmente en México y el mundo, debido a la adopción de malos hábitos dietéticos y el mantenimiento de costumbres perjudiciales (Erazo-Valle, 2008), este trabajo vendría a ser una recomendación para comprender la importancia de incluir la psicoterapia, no como un complemento del tratamiento médico oncológico, sino como parte importante del mismo, puesto que la salud y el bienestar del paciente, no sólo dependerá de la toma de medicamentos, sino también de la manera como afronte los efectos psicológicos que le traiga consigo su enfermedad. Como podrá verse, en este programa se pone especial esmero en la motivación del paciente para mejorar su calidad de vida, incluyendo su estado emocional, sus respuestas de afrontamiento, sus relaciones sociales y su autoestima, entre otros aspectos.

Con el objetivo de dejar patente el potencial de las aportaciones de la psicoterapia en la población oncológica, ya sea en tareas de prevención o modificación de conducta, se debe difundir entre la población el concepto de salud, no como algo que se adquiere o se pierde, sino identificándolo como algo que se desarrolla mediante un estilo de vida (Bazan, 2005), tal como lo muestra la siguiente literatura:

Ehrenzweig (2007), afirma que se tiene conocimiento que los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país, se encuentran ligados a patrones particulares de conducta que pueden ser modificados, y que cualquier individuo puede adoptar conductas saludables para contribuir a su salud y bienestar. Por su parte, Álvarez, Álvarez-Gordillo, Dorantes, y Halperin (2000), afirman que existe una significativa relación entre el padecimiento y las variables socioeconómicas, culturales e ideológicas del sujeto.

Según Gómez y Escobar (2006), más del 40% de todos los cánceres podrían prevenirse si no se consumiera tabaco, se hiciera actividad física regular y se tuviera una dieta saludable. Lo mismo opina Arbizu (2001, citado en Velázquez,

García, Alvarado y Ángeles, 2007), quien afirma que entre los hábitos de conducta relacionados con pacientes con cáncer se encuentra la exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras; exposiciones solares y la combinación de todos estos factores.

La obesidad, inactividad física, exceso de alcohol, tabaquismo y una dieta alta en grasas y/o baja en frutas, vegetales o fibra, traen consigo el incremento en el riesgo de adenomas y cáncer colorrectal; también se ha visto que la incidencia es 10 veces mayor en países desarrollados que aquellos en vías de desarrollo; las diferencias en la dieta y el estilo de vida podrían explicar tal incidencia (Morgan, Silva-Urbe y Sat, 2008). En síntesis, más del 70% de todas las defunciones por cáncer, se producen en países con ingresos bajos y medios, cuyos recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, son limitados o inexistentes (Ochoa, 2008).

Existen teorías que correlacionan enfermedades con estilos de vida, relacionados con la dieta (alto consumo de sal y grasa), conducta tipo "A" (personalidad perfeccionista), estrés, hábitos como el tabaquismo, alcoholismo, vida sedentaria, entre otros (Bazan, 2005).

Es notable la existencia de una lista de desafíos en torno al tema del tratamiento oncológico, por lo que se espera que en un futuro cercano, se logre la inserción de la psicoterapia, incorporando estrategias más detalladas que permitan abordar de manera más amplia el tema. Quizás uno de los principales limitantes en este tipo de estudios sea que un enfermo oncológico está consciente que su tratamiento no será por un tiempo corto.

Los avances tecnológicos han permitido el desarrollo de potentes medicamentos que han incrementado la calidad de vida, ya que pueden curar e incluso prevenir la progresión de muchas enfermedades. Sin embargo, el impacto positivo de dichos

avances pierde fuerza en la medida que los pacientes no siguen las indicaciones médicas (Silva, Galeano y Orlando, 2005).

En la práctica médica, una parte importante de los tratamientos queda bajo la responsabilidad del paciente, de ahí que el incumplimiento de las prescripciones indicadas se ha convertido en un serio problema para la salud pública contemporánea (Martín, Sairo, y Bayarre, 2003). En el momento actual este tema tiene gran trascendencia debido a su importancia, sobre todo en las enfermedades crónicas, pues ese incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito –produciendo un aumento en la morbilidad y mortalidad-, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Además la falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social; aunado a esto, el incumplimiento puede traer complicaciones y secuelas irreversibles y progresivas (Ginarte, 2001).

Uno de los problemas que enfrenta el abordaje de este tema, es la definición conceptual del fenómeno de cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones. En la literatura médica y psicológica, se reconoce un conjunto de términos para referirse al mismo aspecto, algunos de ellos aportando matices diferentes, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por los investigadores y profesionales interesados en el tema.

Por otra parte, la diversidad de conceptualizaciones trae aparejada confusión e incompreensión. No es poco frecuente observar, incluso entre profesionales de la salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término “adherencia terapéutica”, lo que conduce inevitablemente al cuestionamiento acerca del sistema de acciones que estén realizando para lograr la conducta de cumplimiento adecuado de las prescripciones en sus pacientes (Libertad, 2004).

Es posible asegurar que la aplicación de este programa de intervención, basado en el Modelo Cognitivo Conductual, conjugado con otras técnicas propuestas, permitirá abordar diversos problemas que enfrentan los pacientes oncológicos. Confiando que

las herramientas metodológicas aquí planteadas permitan identificar, alterar conductas y crear nuevos hábitos, se logrará que el paciente sea partícipe de su apego al tratamiento médico.

Se espera que en un futuro cercano existan más documentos que proporcionen información sobre esta línea de estudios, ya que la mortalidad por cáncer a nivel mundial presenta un claro patrón ascendente. Así, vemos que en 1940, las patologías neoplásicas no figuraban dentro de las 10 primeras causas de muerte, mientras que hoy es la segunda causa de morbilidad nacional (Erazo-Valle, 2008). Ante esto, se calcula que para el año 2020, habrá 30 millones de casos, provocando más de 11 millones de muertes por año (Ochoa, 2008).

Estos hallazgos, hacen pensar que en el tercer milenio, la prevención de las enfermedades será la estrategia de mayor impacto en la salud (Silva, 2008), donde la intervención de la Psico-oncología será imprescindible, debido a que se encarga del estudio de los factores bio-psico-sociales que afectan la morbi/mortalidad por cáncer y las respuestas emocionales de los enfermos, familiares y profesionales (Velázquez, et al., 2007).

En varios países se acepta la existencia de un modelo integral de salud, donde se combinan, entre otras, la ciencia médica y conductual, reconociendo a estos dos sectores como una alternativa valiosa para entender las relaciones entre conducta y salud-enfermedad, puesto que es indudable que hay conductas que fomentan la salud y conductas de riesgo que generan enfermedades, además de que la enfermedad altera el comportamiento.

CAPÍTULO I

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

El cáncer es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo. Según Hipócrates (citado en Olivares, Naranjo, y Alvarado, 2007) el término cáncer viene del griego karkino que significa cáncer, por la semejanza con las patas del cangrejo; padecimiento que se origina en cualquier tipo de célula y tejido corporal produciendo formas distintas en las células (Fig. 1).

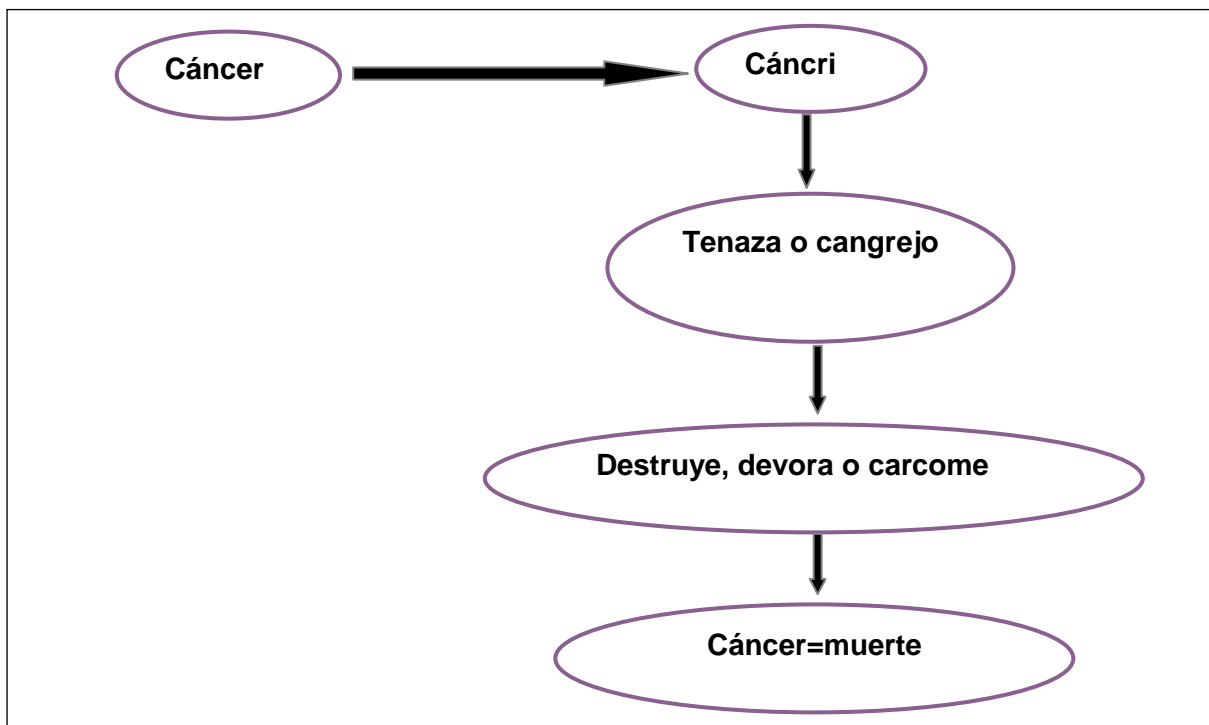


Figura 1. Etimología de cáncer (Aranda, 2009).

Mundialmente, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad (Fig. 2). Este flagelo es resultado de la interacción de factores genéticos y externos (físicos, químicos y biológicos) que produce la degeneración de las células, con lo que se originan lesiones precancerosas y finalmente tumores malignos. La incidencia del cáncer se relaciona directamente con la edad, ya que las personas están más tiempo expuestas a factores causales relacionados con esta enfermedad (Inegi, 2009).



Figura 2. El cáncer, principal causa de mortalidad en el mundo (Aranda, 2009).

El cáncer no es una enfermedad estática, al contrario, puede avanzar con el tiempo, a veces rápido y otras veces lento. El inicio del cáncer se debe a que algunas células del cuerpo se alteran y empiezan a dividirse y a crecer sin control. Dependiendo de la parte del cuerpo en que eso suceda, las células cancerosas pueden crecer y unirse a otras formando tumores y los tumores invadir órganos vecinos. También las células pueden esparcirse por el cuerpo viajando por la sangre o por el sistema linfático, y formar nuevos tumores en otros órganos (*metástasis*). Todo eso sucede en cuestión de semanas o meses (Aranda, 2009).

El cáncer constituye un grupo de enfermedades crónico-degenerativas (son más de 100 tipos), provocadas por factores genéticos heredados o externos, representando aproximadamente 13% de las defunciones mundiales; 7.9 millones de muertes por año, de las cuales más del 72% se registran en países de ingresos bajos y medio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que entre 2007 y 2030, aumentará 45% la mortalidad por cáncer a nivel mundial, pues se estima que pasará de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año, esto, por resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población; además, se prevé que durante el

mismo periodo, el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones.

El cáncer es un padecimiento crónico-degenerativo que por su evolución agresiva puede acabar con la vida del huésped, por lo que requiere tratamientos oncológicos violentos, como la misma enfermedad, desencadenando una serie de reacciones psicológicas, psiquiátricas, sociales, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas (Aranda, 2009).

En México, el cáncer ocupa la segunda causa de muerte, siendo el Distrito Federal el que tiene las tasas más altas de mortalidad del país, cobrando dos vidas diarias. En cambio, en el estado de Quintana Roo sólo se presentan cinco defunciones al año. Asimismo, se tiene una supervivencia global de un 70% a los 5 años, independientemente de la resistencia inmunológica que la persona presente ante esta enfermedad (Olivares, et al., 2007).

Cabe señalar que la OMS afirma que el cáncer de pulmón está aumentando en los últimos tiempos y genera un elevado número de muertes cada año. En los hombres, el 90% de este tipo de cáncer se debe al tabaco mientras en las mujeres es el 70%.

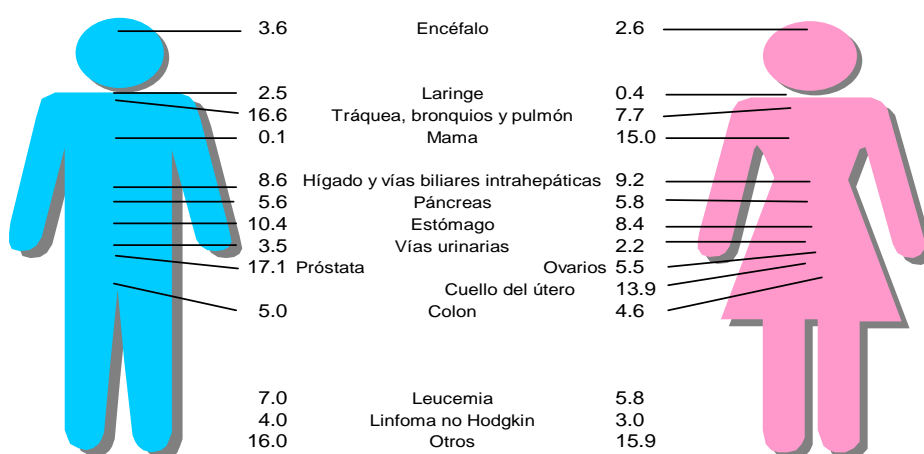
1.1 Modificación y prevención de los riesgos

Es importante destacar que, más del 30% de los cánceres podrían evitarse modificando o evitando los siguientes factores de riesgo:

- El consumo de tabaco;
- El exceso de peso o la obesidad;
- El consumo insuficiente de frutas y hortalizas;
- La inactividad física;
- El consumo de bebidas alcohólicas;
- La infección por el Virus del Papiloma Humano;
- La contaminación del aire de las ciudades;
- El humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos.

1.1.1 Datos a nivel nacional

En 2006, las defunciones por cáncer en varones fue así: próstata, 17.1%, tráquea, bronquios y pulmón, 16.6%, y estómago, 10.4%. Las defunciones en mujeres reportó la siguiente incidencia: mama, 15.0%, cuello del útero, 13.9%, e hígado y vías biliares intra-hepáticas, 9.2% (Fig. 3).



La distribución es para cada sexo

Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales. Defunciones 2006. Base de datos.

Figura 3. Distribución porcentual de defunciones del 2006 (Merle, 2004).

Durante 2007, los tres principales tipos de cáncer que causaron defunciones en las mujeres fueron el de mama (13.8%), cuello del útero (12.1%) e hígado (7.6%). En los hombres, el cáncer de próstata (15.7%), tráquea, bronquios y pulmón (14%) y estómago (9%).

La Secretaría de Salud (SSA) reportó que del egreso hospitalario por cáncer en 2008 a nivel nacional, la leucemia tuvo mayor presencia (8.7%), seguida del cáncer de mama (5.8%), de cuello del útero (3.3%) y ovario (2.1%). Allí también observamos cómo la leucemia afecta principalmente a los hombres (15.2%), mientras que el cáncer de mama a las mujeres (8.3%) (Fig. 4).

Distribución porcentual de egresos hospitalarios por tipo de tumor maligno para cada sexo 2008

Tipo de tumor maligno	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
Leucemias	8.7	15.2	5.6
Mama	5.8	0.4	8.3
Cuello del útero	3.3	0.0	4.8
Ovario	2.1	0.0	3.1
Tráquea, bronquios y pulmón	2.0	4.1	1.0
Próstata	1.9	6.0	0.0
Del estómago	1.8	3.1	1.1
Del colon	1.8	3.2	1.2
Higado	1.2	1.9	0.8
Del rectosigmoides, recto y ano	1.1	2.0	0.7
Vejiga	1.0	2.2	0.4
Labio, cavidad bucal y faringe	0.9	1.9	0.5
Páncreas	0.9	1.5	0.7
Cuerpo del útero	0.8	0.0	1.1
Melanoma y otro tumores de la piel	0.5	0.6	0.3
Esófago	0.4	1.1	0.1
Otros	65.8	56.8	70.3

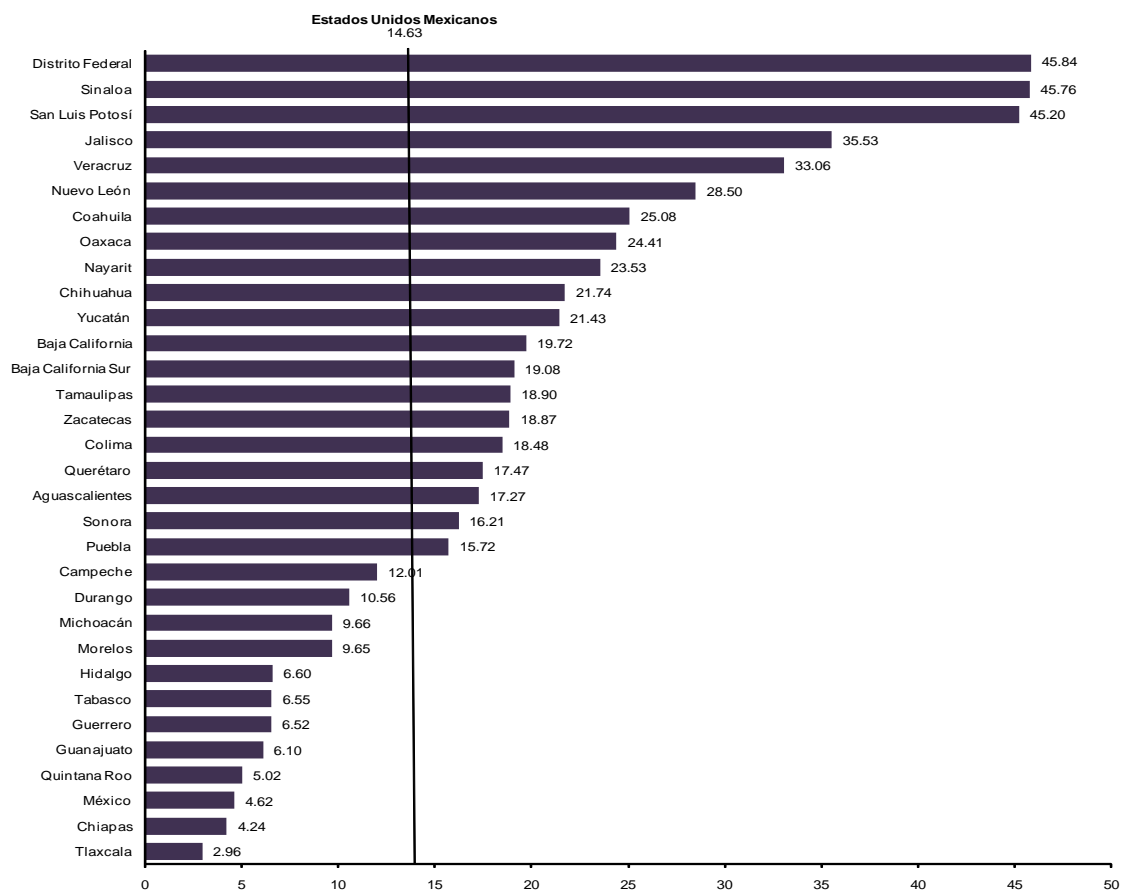
Fuente: SSA, DGIS (2008). Egresos Hospitalarios 2008. Procesó INEGI.

Figura 4. Distribución porcentual de egresos hospitalarios en el 2008 (Merle, 2004).

Para el 2008, la incidencia de cáncer de mama fue de 14.63 por cada 100 mil mujeres de 15 años y más (Fig. 5).

**Incidencia de tumor maligno de mama en la población femenina por entidad federativa
2008**

Por cada 100 mil mujeres de 15 años y más



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud (2011). *Anuarios de morbilidad*. Revisado el 12 de enero de 2011 de: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

Figura 5. Incidencia de cáncer de mama a nivel nacional (Merle, 2004).

La población masculina de 60 años y más, presenta una tasa de mortalidad por cáncer de próstata, de 121.69 por cada 100 mil hombres, mientras entre las mujeres de 60 años y más, el cáncer en el cuello del útero tiene una tasa de mortalidad observada de 41.88 por cada 100 mil mujeres.

1.1.2 Medidas efectivas para controlar al cáncer

La OMS propone los siguientes seis módulos de acción como medidas efectivas para controlar el avance de la enfermedad cancerosa a nivel mundial:

- Planeación. Crear planes de control efectivos de acuerdo con los recursos disponibles; sugiere integrar los planes de acción de las enfermedades crónicas, pues de esta forma se potencian las políticas de salud pública.
- Prevención. Reducir los riesgos de padecer la enfermedad al controlar el mayor número posible de factores de riesgo.
- Detección temprana. Mejorar la detección, pues el cáncer es una enfermedad tratable y curable si se inicia el tratamiento en etapas tempranas.
- Diagnóstico y tratamiento. Los programas de tratamiento deben estar ligados a los diagnósticos tempranos; el mismo debe ser digno, ayudar a curar la enfermedad y promover el mejoramiento de la calidad de vida.
- Cuidado paliativo. Aún cuando la enfermedad se detecte en una etapa tardía, el dolor del enfermo puede reducirse; se sugiere el uso de un modelo de atención comunitario e integral.
- Participación política y social. Plantear estrategias para el control de la enfermedad desde el ámbito político, en conjunto con la sociedad civil.

1.2 Tipos de cáncer con mayor frecuencia

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Este cáncer es producto del crecimiento incontrolable de células anormales, iniciando en el pulmón y diseminándose en los nódulos linfáticos u otros tejidos del pulmón (Coronado, García, Velásquez, Morales y Alvarado, 2007).

Debido a la sintomatología, la incapacidad que provoca en los pacientes y las concepciones culturales asociadas con este padecimiento, se desencadena una serie de cambios físicos que provocan reacciones psicológicas tales como ira,

ansiedad, depresión, culpa, negación, estrés, desesperanza, aislamiento. Dentro de éstas, la más representativa es la culpa, debido a que se asocia al tabaquismo.

Los síntomas de cáncer de pulmón dependen del sitio de localización del tumor; los más frecuentes son: tos, hemoptisis, fatiga, edema de cara y cuello; fiebre, disnea y pérdida de peso; infecciones de vías respiratorias bajas, pérdida de apetito, dolor torácico, obstrucción de la tráquea o de algunos órganos circundantes, síndrome de vena cava superior (Coronado, et al., 2007).

La Asociación Americana del Cáncer, reporta que esta enfermedad es la causa principal de muerte por cáncer entre los hombres hispanos y la segunda entre las mujeres hispanas. Debido al tamaño de los pulmones, el cáncer puede crecer en ellos por muchos años antes de ser detectado sin provocar ningún indicador de enfermedad y su sintomatología puede confundirse con un resfriado, bronquitis o alergias; razón por la cual la mayoría de los hallazgos se diagnostican en etapas avanzadas del cáncer, dependiendo de la extensión de la enfermedad, según lo establecido por la American JointCommitteeonCancer (AJCC).

Para Arbizu (2001, citado en Coronado, et al., 2007), el tabaquismo es el factor más asociado al cáncer de pulmón. Este causa el 30% de todos los cánceres y 80% de los de pulmón. Sin embargo, no todos los fumadores lo desarrollan, en algunos casos, las personas que nunca han fumado pueden presentarlo. Otros factores de riesgo son el asbesto o gas radón, nitrosaminas, así como la predisposición genética.

A pesar del avance mencionado en los tratamientos médicos, el cáncer de pulmón implica una serie de manifestaciones psicológicas en el paciente y en su familia; Eysenck, (1986, citado en Coronado, et al., 2007) menciona que existe una relación directa en pacientes con cáncer de pulmón y niveles bajos de neurosis, poca emotividad, vulnerabilidad a la pérdida de un vínculo importante, tendencia a la extroversión, así como hostilidad, frustración y fracaso dirigidas hacia el interior.

La población con cáncer de pulmón se divide en los fumadores y los no fumadores: Camacho (2003, citado en Coronado, et al., 2007) establece que los fumadores presentan respuestas cognitivas diferentes a otros enfermos, ya que el paciente atribuye parte de su problemática a la culpa y a la voluntad de fumar, lo que puede bloquear los recursos personales para desarrollar estrategias de afrontamiento y adaptación.

Mientras que los pacientes que no fumaron y adquirieron la enfermedad por necesidades económicas o de trabajo, tienen reacciones emocionales cargadas de enojo, desesperación o desesperanza por no haberse provocado el cáncer y culpan al exterior. Lo que sí es cierto es que estos pacientes requieren tanta atención psicológica como el grupo de fumadores, de tal forma se pueden trabajar las emociones que genere la enfermedad.

Cáncer de cuello de la matriz (cérvix)

El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe (Merle, 2004).

En México, el cáncer de cervix ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer en la mujer mexicana. Cada año se diagnostican 16,000 casos nuevos, muriendo anualmente 4,500 mujeres (Saldaña, Gutiérrez, Marcial y Cortés, 2005).

En la última década, la frecuencia del cáncer cervicouterino es mayor en poblaciones rurales y marginadas. Desde la década de los años 50, el gobierno federal ha implementado el uso del Papanicolau como política oficial en la detección oportuna del cáncer de cervix, sin embargo, los resultados han sido limitados, ya que la mortalidad por esta enfermedad no ha disminuido y México ocupa una tasa de incidencia mayor de 20 por 100,000 habitantes, comparable con países de África y Asia.

Un cúmulo de pruebas en todo el mundo confirma que ciertos tipos genéticos de papilomavirus humanos (VPH) desempeñan una función causal en la carcinogénesis del cuello uterino (Merle, 2004). También se han evaluado agentes ambientales tales como el humo del tabaco, los anticonceptivos hormonales, el régimen alimentario y diversos microorganismos infecciosos como posibles cofactores del VPH en la carcinogénesis cervical.

Estudios epidemiológicos bien controlados, han demostrado que las pacientes con cáncer cervicouterino positivo al VPH, tienen el doble de probabilidades de haber sido fumadoras que las testigos positivas al VPH. Además, algunos estudios recientes en mujeres positivas al VPH, han indicado que el riesgo de cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han usado anticonceptivos orales durante más de 10 años (Merle, 2004).

El cáncer cervicouterino representa uno de los pocos cánceres comunes en los cuales se ha identificado un agente causal específico. Sería sumamente útil poder realizar un *tamizaje* y diagnosticar a las mujeres infectadas por tipos de VPH de alto riesgo, ya que ello facilitaría una vigilancia más estrecha de aquellas persistentemente infectadas, incluso las que tienen una citología normal del cuello uterino.

Hoy en día, el cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para *tamizaje* en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito (Merle, 2004).

Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la Región de las Américas (Merle, 2004). El Papanicolau no ha sido del todo eficaz, debido a recursos

financieros insuficientes, déficit de infraestructura, escasos recursos humanos, bajos niveles de escolaridad en la población, pobreza, marginación, tabúes y patrones culturales. Todos estos factores se conjuntan para que un porcentaje importante de mujeres no acudan a realizarse la prueba o los resultados se entreguen tardíamente o sean erróneos hasta en un 50%. Además, la desinformación que existe en la población mexicana acerca del cáncer y de las pruebas diagnósticas es muy alta y alarmante (Saldaña, et al., 2005).

Estudios realizados en mujeres de los Estados Unidos de América, Bélgica y el Reino Unido, han evaluado el nivel de información y la actitud de éstas con respecto al cáncer de cérvix. Han reportado que la gran mayoría de ellas carecen de la información suficiente y adecuada, lo que favorece que no asistan a realizarse estas pruebas. En México, este problema no ha sido estudiado, por lo que se desconoce el nivel de conocimiento de nuestras mujeres respecto a estos problemas de salud que son causa de una morbilidad y mortalidad importante.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es alarmante, ya que a lo largo de su vida, una mujer tiene la posibilidad de 1 en 10 de desarrollar cáncer de mama. Se prevé que las neoplasias de mama ocuparán el primer lugar en la incidencia de nuevos casos de cáncer en el mundo (Sánchez, Bustos, Camus, Álvarez, Goñi, León y Besa, 2007).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2008, la incidencia de cáncer de mama en nuestro país fue de 7.57 casos por cada 100 mil habitantes, representando el segundo lugar como causa de muerte en la mujer con una incidencia de 14.63, frente a la de 0.27 de los varones. Cada año se diagnostican 10,000 casos nuevos. Se registra que anualmente fallecen 3,500 mujeres por este padecimiento.

La mayor incidencia se presenta en el Distrito Federal (45.84), seguida por Sinaloa (45.76) y San Luis Potosí (45.20). En contraparte, la incidencia más baja se observa en el estado de México (4.62), Chiapas (4.24) y Tlaxcala (2.96) (Fig. 5).

En las mujeres hispanas este cáncer ocupa el número uno de las muertes, y es la segunda causa de muerte en mujeres caucásicas y de raza negra.

La causa del cáncer de mama es multifactorial: la predisposición genética, la dieta, factores hormonales y reproductivos; el consumo de alcohol y tabaco; además, es una de las patologías asociadas al envejecimiento, al retraso en el inicio de la vida reproductiva y a los estilos de vida. Según la OMS, a nivel mundial, el cáncer de mama afecta al 16% de la población femenina que padeció algún tipo de cáncer (INEGI, 2009).

Hossfeld (1992, citado en Olivares, et al., 2007), considera como principal factor de riesgo los antecedentes heredo-familiares de primer grado, aumentando de 3 a 10 veces más con respecto a la población normal.

A diferencia del cáncer de cérvix, no existe un programa oficial de detección del cáncer de mama. Asimismo, existe una difusión insuficiente en la población acerca de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de esta enfermedad, como tampoco se ha fomentado la práctica de la autoexploración mamaria. El número de mastógrafos con que cuenta el sector salud es insuficiente, no es mayor de 150, lo que resulta que sólo el 7% de la población femenina se practique este estudio. Hay que agregar que estos equipos no son utilizados para detección oportuna, sino para la estadificación del tumor, es decir, para las mujeres que ya han sido diagnosticadas de un cáncer de mama o de las que se tiene la sospecha de padecerlo (Saldaña, et al., 2005).

Debido a que la mama es un órgano con una carga afectiva, el impacto psicológico que produce en la paciente el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas de un cáncer, afectan a la mujer en diferentes niveles; es decir, en la esfera somática, ya que ve alterada su simetría corporal, su función reproductora y su función materna. La deformidad física altera el establecimiento de relaciones íntimas.

Asimismo, algunos efectos secundarios adicionales producto del tratamiento médico, tales como la alopecia, náuseas, vómito y el cansancio, afectan adversamente la calidad de vida de la enferma, aislándola de sus seres queridos y de sus actividades sociales usuales, provocando efectos devastadores sobre la autoestima (Olivares, et al., 2007).

Cáncer de estómago

El cáncer de estómago representa un 2% de los casos nuevos de cáncer en los Estados Unidos, 25,500 nuevos casos cada año.

El cáncer del estómago es más frecuente en Japón, Chile, Costa Rica, Corea, Gran Bretaña, china, Venezuela y otros países en Asia y Sudamérica. Se ha reportado un riesgo mayor en pacientes hispanos con úlcera péptica. Está asociado con un elevado consumo de sal de mesa en la dieta, el fumar y la baja ingesta de frutas y vegetales. La infección con la bacteria *Helicobacter pylori* es el factor de riesgo más importante en un 80% o más de los cánceres gástricos (Rivera, Nago, Bussalleu, Medina, Lizama y Loayza, 2000).

El cáncer de estómago puede ser difícil de detectar en sus inicios ya que a menudo no hay síntomas, y en muchos casos, el cáncer se ha extendido antes de que se encuentre. Cuando ocurren los síntomas, son a menudo tan discretos que la persona no se preocupa por ellos.

El cáncer del estómago puede causar los siguientes efectos:

- Malestar o dolor abdominal
- Náuseas y vómitos
- Diarrea y estreñimiento
- Crecimiento del estómago después de comer
- Pérdida del apetito
- Debilidad y fatiga
- Sangrados inhabituales
- Cambios en el ritmo intestinal o urinario
- Heridas que tardan en cicatrizar
- Dificultad en ingerir alimentos
- Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas
- Tos persistente o ronquera
- Pérdida de peso
- Mal aliento

Cáncer de hígado

También conocido como cáncer hepático, causa aproximadamente 60 mil muertes al año. Su incidencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, generalmente en personas entre los 50 y los 60 años de edad, aunque se reconocen importantes variaciones geográficas en su prevalencia (Serrano, 2007).

El hígado es uno de los órganos más grandes del cuerpo y es responsable de llevar a cabo más de 500 funciones muy importantes, entre las que pueden mencionarse los procesos bioquímicos en los azúcares, proteínas, grasas y vitaminas, los cuales son transformados en energía que necesita el organismo para funcionar adecuadamente. Asimismo, es el sitio donde se realizan diversos trabajos de desintoxicación para eliminar compuestos que pueden resultar nocivos a la salud. El hígado resulta ser un órgano altamente susceptible de verse afectado, pero tiene la cualidad de no manifestar anomalías en su funcionamiento, sino hasta que se ha

visto dañado en un 75%. Como cualquier otro tipo de cáncer, el de hígado se desarrolla cuando aparece una mutación en la célula, el cual provoca que ésta se reproduzca a un ritmo más elevado y/o genere una célula sin apoptosis (muerte).

Entre los síntomas del cáncer de hígado, destacan:

- Sensibilidad o dolor abdominal, particularmente en el cuadrante superior derecho
- Agrandamiento del abdomen
- Tendencia al sangrado o a la formación de hematomas
- Ictericia: coloración amarillenta de la piel y los ojos

Cualquier proceso que condicione una cirrosis hepática: infección por el virus de la hepatitis B (la hepatitis B es un virus transmitido principalmente por contacto sexual, transfusiones sanguíneas, uso de jeringas contaminadas, etc.), hepatitis C; alcoholismo, hemocromatosis, etc. (Serrano, 2007).

Cáncer colorrectal

Serrano (2007), señala que este tipo de cáncer es la segunda causa más importante de mortalidad asociada a cáncer en América y la decimoquinta forma más común de cáncer. El cáncer colorrectal causa 639,000 muertes a nivel mundial cada año. El cáncer colorrectal, también llamado cáncer de colon, incluye cualquier tipo de neoplasias del colon, recto y apéndice.

El riesgo de contraer cáncer de colon, en los Estados Unidos, es de alrededor del 7%. Ciertos factores aumentan el riesgo de que una persona desarrolle esta enfermedad, entre ellos:

- Edad: la mayoría de los casos ocurren entre los 60 y 70 años,
- Pólipos de colon, en particular pólipos adenomatosos,
- Historia de cáncer: quienes previamente hayan sido diagnosticados y tratados por tener cáncer,

- Herencia: historia en la familia de cáncer colorrectal,
- Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn,
- Fumar,
- Alimentación: una dieta baja en frutas, fibras, vegetales, aves de corral y pescados,
- Sedentarismo: este factor es preponderante en este tipo de cáncer,
- Virus: el estar expuesto a ciertos virus, en particular el Virus del Papiloma Humano (VPH),
- Bajo contenido corporal de selenio

CAPÍTULO II

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica, como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas. Quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett (citados en Libertad, 2004), sea más completa, al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por su médico, siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones.

Libertad (2004), considera que adherencia terapéutica, es el término más adecuado –dentro de los propuestos hasta el momento-, por el sentido psicológico que éste entraña. La define como una conducta compleja, que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos. Todos ellos conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente, así como del plan para su cumplimiento de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

Siguiendo a este autor, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de éste, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Para que se produzca la adhesión al tratamiento, es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

- a) Aceptación del tratamiento, convenida entre el paciente y su médico, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantice el cumplimiento y la aceptación de ésta por ambos.

- b) Cumplimiento del tratamiento, medida en que la persona enferma ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- c) Participación activa en el cumplimiento, siendo el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones, llevando a cabo los esfuerzos necesarios y así garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

A decir de Galeote (2005), la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados. Factores que están relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para mejorar la adherencia terapéutica, por lo que se deben utilizar varios de ellos, con el fin de paliar las insuficiencias que todos ellos poseen.

Después de realizar una investigación entre 500 médicos y otros tantos pacientes que recibían tratamiento en cinco países europeos (Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido), la doctora Galeote subraya que animar a los pacientes de manera positiva y explicar las razones para continuar con el tratamiento, puede proporcionar mayor motivación en lugar de resaltar las consecuencias negativas de abandonarlo.

2.1 Variables en la adherencia al tratamiento

A decir de Ginarte (2001), existen cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento, los cuales pueden clasificarse de la manera siguiente:

- A. Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.
- B. El régimen terapéutico.
- C. Las características de la enfermedad.
- D. Los aspectos psicosociales del paciente.

2.1.1 Variables de la relación médico-paciente

Una laguna de comunicación entre los médicos y sus pacientes, amenaza la efectividad de los tratamientos a largo plazo. Según Galeote (2005), el médico debe asegurarse que el paciente entienda y participe activamente en las decisiones terapéuticas, tanto farmacológicas como higiénico-dietéticas.

De igual forma la satisfacción del paciente –desde el punto de vista afectivo- con la relación establecida con el terapeuta, se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico (Ginarte, 2001).

2.1.2 Variables del régimen terapéutico

Aún cuando los médicos convengan en la importancia del tratamiento a largo plazo, se ha observado que al entrevistar a las pacientes, más del 50% dijeron no recordar si se les había dicho cuánto tiempo debía seguir el tratamiento medicinal (Galeote, 2005).

De los pacientes que solicitan asistencia psicoterapéutica, entre el 25% y el 50% abandonan el tratamiento antes de su término por diversos motivos (Libertad, 2004). Muchos son los factores que intervienen para que esto ocurra. Entre ellos creemos que son los factores cognitivos los que, al ser visualizados y abordados por el profesional tratante (a través de estrategias específicas), pueden facilitar la adherencia al tratamiento y disminuir la vulnerabilidad al abandono (Palacín, Silva y Krotter, 2002).

2.1.3 Variables de la enfermedad

Estas variables pueden ser: Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno como confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas, entre otras (Meichenbaum y Turk, 1991, citados en Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006).

Es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia terapéutica. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para éstos al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción, y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo (Ginarte, 2001).

En estas variables están contempladas la mala reputación sobre la facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características del tratamiento; desembolso económico y efectos secundarios de la medicación (Meichenbaum y Turk, 1991, citados en Holguín, et al., 2006).

2.1.4. Variables psicosociales del paciente

Acá se citan las relacionadas con las características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión y falta de recursos (Meichenbaum y Turk, 1991, citados en Holguín, et al., 2006).

La no adherencia al tratamiento entonces sigue siendo un problema universal, sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento. Por su parte, Rodríguez-Velázquez, Olmeda-García y Alvarado-Aguilar (2010), con relación a los pacientes hipertensos, plantea que la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento es realmente muy baja dados los cambios en el estilo de vida y la toma de medicamentos que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos. El mismo autor citado, complementa que a medida que el tratamiento se prolonga, los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento (Holguín, et al., 2006).

CAPÍTULO III

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, tales como las enfermedades crónicas (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

A lo largo de su historia, las estrategias de afrontamiento han adquirido una rica variedad de definiciones. Frecuentemente estas definiciones han sido utilizadas de forma intercambiable, ocasionando una considerable confusión entre los investigadores clínicos (Ruano y Serra, 2001).

Por su parte Gard (1999, citado en Flores-Sarazúa, Borda-Más y Pérez-San, 2006), conceptualiza las estrategias de afrontamiento como un conjunto dinámico de respuestas, cuya expresión está basada en las situaciones estresantes, ambientales y en factores personales del individuo.

Lazarus y Folkman (1986, citados en Krzemien, Monchietti y Urquijo, 2005), ofrecen una visión algo más amplia, definiéndola como: "...esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo..." (p. 4).

La mayoría de los teóricos del afrontamiento (Carver et al., 1989; Lazarus&Folkman, 1986; Moos, 1988; Moos & Billing, 1982; Páez Rovira, 1993) concuerdan en clasificar tres dominios generales, según estén dirigidas a:

- 1.- La valoración (afrontamiento cognitivo): es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable.
- 2.- El problema (afrontamiento conductual): es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.

- 3.- La emoción (afrontamiento emocional): es la regulación de los aspectos emocionales y el intento de mantener el equilibrio afectivo.

En general, la finalidad adaptativa de las estrategias de afrontamiento consiste en:

- (1) Mantener un balance emocional,
- (2) Preservar una imagen satisfactoria de sí mismo, así como el sentido de competencia personal,
- (3) Sostener relaciones sociales, y
- (4) Prepararse para futuras situaciones problemáticas.

Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985), las estrategias de afrontamiento, antes que la naturaleza de los estresores, pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés. Lo que sí es cierto, es que cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, bien sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986, citados en Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, s/f): adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo. Las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo y sirven para erosionar la salud a largo plazo.

De acuerdo con Martínez-Correa, Reyes, García-León y González-Jareño (2006), existe un gran cúmulo de evidencias que muestran la influencia de ciertas estrategias de afrontamiento en la determinación del curso o pronóstico de algunas enfermedades. Concretamente, se ha constatado que la negación y la evitación, tienen un efecto negativo en fases avanzadas de enfermedades de cáncer, bien porque conllevan la búsqueda tardía de atención médica (Lazarus, Cohen, Folkman y Schaefer, 1980; Moreno, 1985), o porque conducen a la larga la perduración de estados emocionales negativos, considerados de riesgo para el empeoramiento del estado de salud del paciente (Kunzendorff, Wilhelm, Scholl y Scholl, 1991).

Siguiendo con Martínez-Correa et al., (2006), afirma que en una serie de estudios realizados con pacientes cancerosos, se ha observado que los sujetos pesimistas mostraban un mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como la negación de la situación y la evitación cognitiva, así como una mayor manifestación de afectividad negativa (ansiedad y desesperanza/indefensión).

3.1 El afrontamiento desde la perspectiva psicológica

Es de gran importancia resaltar, que no todos los sucesos estresores influyen o repercuten con el mismo impacto en todos los individuos. De allí que las estrategias de afrontamiento intentan explicar el por qué, ante un mismo suceso potencialmente estresante, las personas reaccionamos de formas dispares.

En las primeras investigaciones sobre el estrés (década de los 50), se creía que todos los estresores influían de forma negativa en todos los organismos, pero pronto se observó que había grandes diferencias individuales para reaccionar y afrontar un mismo suceso. Por eso en la década de los 80 y los 90 se optó por adoptar una perspectiva más psicológica que explicara que un suceso, resulta estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o valore como tal (Sánchez, s/f).

Hay que señalar que lo primero que hace el individuo es la valoración primaria, es decir, analizar si el hecho es positivo o no. Posteriormente, el individuo hace una valoración secundaria en la que se centra en sus propias capacidades para afrontar el suceso, es decir, se plantea en qué medida tiene los recursos adecuados para superar el daño, el reto o la amenaza.

En este contexto se busca el objetivo de conocer los procesos que desarrollan los individuos para manejar las demandas específicas internas o externas, las que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.

3.1.1 Tipos generales de estrategias de afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (citados en Sánchez, s/f), existen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento:

- A. Estrategias de resolución de problemas, que son las directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
- B. Estrategias de regulación emocional, orientadas a aliviar el malestar que produce la situación. Son los métodos dirigidos a regular una respuesta emocional ante el problema.

Esto significa que, ante un problema específico, el individuo puede optar por:

- a) Estrategias de resolución de problemas como: acudir a un psicólogo en busca de ayuda, hablar con amigos que le ayuden a buscar soluciones, buscar a un experto en la materia para que le aconseje, entre otros.
- b) Estrategias de regulación emocional como: dedicar el tiempo a los hobbies, salir más y conocer gente nueva, concentrarse en pensamientos positivos.

Esto explica el por qué, sucesos como la aparición de una enfermedad crónica o la muerte súbita de un cónyuge, que culturalmente nos llevarían a esperar que haya una reacción de profunda desesperación que conduzca a la depresión, no a todos los individuos los conduce a ese estado anímico. Y no solo eso, también se han presentado frecuentemente reacciones positivas a los pocos días de ocurrir un suceso negativo de ese tipo.

3.1.2 Clasificaciones

Es importante saber que existen numerosas clasificaciones sobre las estrategias de afrontamiento. Una de estas clasificaciones es la elaborada por Frydenberg y Lewis (1996, citados en Fantin, Florentino y Correché, 2005), que consta de 18 estrategias de afrontamiento:

- 1) Buscar apoyo social: Compartir el problema y buscar apoyo en su resolución
- 2) Concentrarse en resolver el problema: Estudiar el problema y analizar los diferentes puntos de vista u opciones
- 3) Esforzarse y tener éxito: Describe compromiso, ambición y dedicación
- 4) Preocuparse: Temor por el futuro
- 5) Invertir en amigos íntimos: Búsqueda de relaciones personales íntimas
- 6) Buscar pertenencia: Preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás y por lo que los demás piensan de él
- 7) Hacerse ilusiones: Relacionada con la esperanza y la anticipación de una salida positiva
- 8) Reducción de la tensión: intención de sentirse mejor y relajar la tensión bebiendo alcohol, fumando o consumiendo drogas
- 9) Acción social: Dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades
- 10) Ignorar el problema: Rechazar conscientemente la existencia del problema
- 11) Auto-inculparse: Sentirse responsable de los problemas o preocupaciones
- 12) Reservarlo para sí mismo: Huir de los demás y no desear que conozcan sus problemas
- 13) Buscar apoyo espiritual: Refleja el uso de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o Dios
- 14) Fijarse en lo positivo: Buscar el lado positivo de la situación y considerarse afortunado
- 15) Buscar ayuda profesional: Basarse en la opinión de los profesionales, maestros u otros consejeros
- 16) Buscar diversiones relajantes: Actividades de ocio como leer o pintar
- 17) Distracción física: Hacer deporte, mantenerse en forma, entre otros

- 18) Falta de afrontamiento: Refleja la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de síntomas psicosomáticos.

En síntesis, dependerá de la estrategia que el paciente adopte, para que se mantenga y continúe con su tratamiento, logrando cambios significativos en su conducta que mejoren su vida (Bimbela, 2002, citado en Holguín, et al., 2006).

CAPÍTULO IV

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

A pesar de que las evidencias disponibles no permiten afirmar de manera rotunda qué intervenciones disminuyen las tasas de incumplimiento a las instrucciones médicas, se ha observado que los mejores resultados se han obtenido con intervenciones encaminadas a simplificar el tratamiento; implicar a la familia; refuerzos conductuales y la combinación de intervenciones (Orueta, 2003).

La intervención psicológica contribuye no sólo a la adaptación psicosocial de la enfermedad, sino a la adherencia al tratamiento médico, es decir, si se combina la medicación del paciente con la psicoterapia, se obtendrán mejores resultados, debido a que, además de la necesidad de la administración de medicamentos, el paciente requiere de apoyo para insertarse de nuevo a la sociedad (Rodríguez-Velázquez, et al., 2010).

Por su parte, Valadez (2002), refiere que la terapia debe enfatizar los siguientes puntos:

1. Entrenamiento en relajación: grado de reducción de tensión mediante ejercicios de relajación.
2. Reestructuración cognitiva: entrenamiento de habilidades concretas.
3. Entrenamiento asertivo.
4. Entrenamiento en manejo de contingencias.

Al igual que los anteriores autores, Salinas (1998), exhibe que en las sesiones terapéuticas deben conjugarse técnicas conductuales como son los programas de actividad, clasificación y ejecución de actividades placenteras; el entrenamiento asertivo; el juego de roles con el fin de atacar la pérdida de

motivación, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas. De igual manera, debe hacerse énfasis para que el paciente reconozca sus éxitos parciales, sus grados pequeños de placer y se le ayude a revalorar sus creencias positivas; además, la terapia debe enfocarse a examinar la relación cercana entre sentimiento, conducta y pensamientos.

Sin perder de vista que la salud es un fenómeno complejo e interdependiente de factores biológicos, psicológicos y sociales, donde sin duda los estados emocionales influyen en el estado de salud sea cual fuere éste, se tomó como base un estudio realizado por Ballester (2003), el cual aborda el apego médico desde una perspectiva integral, reforzando todas las áreas involucradas: biológica, sociocultural, entorno familiar, así como la relación con el médico, pues éste influye con su apoyo en el cumplimiento al tratamiento médico.

Los objetivos que se desean cumplir a través del presente programa son:

- ✓ Estudiar la decisión activa y voluntaria por parte del paciente
- ✓ Facilitar la adaptación a la enfermedad durante el proceso de tratamiento biomédico
- ✓ Potenciar emociones positivas y hábitos saludables
- ✓ Afrontar o prevenir los efectos nocivos del estrés
- ✓ Mejorar las percepciones de control
- ✓ Fomentar estilos de afrontamiento activos
- ✓ Entrenar estrategias para controlar cualquier alteración emocional (angustia y/o depresión) y facilitar el retorno del paciente a sus actividades cotidianas

4.1 Programa de terapia cognitiva conductual combinada

Partiendo de la evidencia anteriormente revisada, la elaboración de este programa comprende una combinación de terapia Cognitiva Conductual y técnicas fisiológicas. En los métodos cognitivos se trabajarán técnicas del método ABC de la Terapia Racional Emotiva de Ellis, mientras que en la conductual se trabajarán estrategias de

orientación para lograr que el paciente realice su vida lo más normal posible. Las técnicas fisiológicas por su parte, se enfocarán a entrenar al paciente a utilizar alguna técnica de relajamiento.

La inclinación hacia el Modelo Cognitivo Conductual, se debe fundamentalmente a que según el criterio de Ruano y Serra (2001), los terapeutas cognitivos conductuales se enfocan habitualmente en el estado actual, más que en el pasado, y se concentran en la visión y la percepción del paciente respecto a su vida, más que en rasgos de su personalidad. Estos terapeutas también intentan entrenar a los pacientes para que tengan más control sobre su existencia, ayudándoles a cambiar estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que funcionen mejor. Además, la terapia cognitivo-conductual es una forma de tratamiento basada en evidencia experimental que se orienta hacia el problema, generalmente de corta duración, basada en hallazgos de investigación procurando que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas. Las personas pueden aprender nuevas formas de actuar, aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo personal y conductas de afrontamiento (Reynoso y Seligson, 2005).

Para Contrada (1994, citado en Coronado, et al., 2007), la terapia cognoscitiva, la del comportamiento, la terapia dirigida a la solución de problemas y la psicoterapia interpersonal, son tratamientos eficaces para las manifestaciones psicológicas en el paciente con cáncer. Así mismo, la psicoterapia de apoyo breve, tiene como objetivo favorecer la adaptación a la enfermedad.

Die Trill (2003); Fawzy, Kemeny y Fawzy (1990, citados en Coronado, et al., 2007), también hacen referencia que la terapia de grupo es una de las alternativas que ha demostrado ser favorable, pues permite disminuir los efectos secundarios y dar apoyo psicológico.

La terapia a nivel grupal, busca disminuir el sentimiento de alienación al compartir experiencias con otros pacientes en situaciones similares, aclaración de dudas o creencias erróneas, información de cómo manejar problemas derivados con la

enfermedad, así como facilitar la expresión de emociones y aspectos personales; evitar el sentimiento de soledad, aislamiento, indefensión y rechazo percibido (Coronado, et al., 2007).

Por otro lado, es fundamental evaluar el estado de depresión y ansiedad de cada uno de los pacientes en cada sesión, ya que algunas de las técnicas propuestas en el presente programa, pueden resultar contraproducentes para la salud del paciente; no porque sean perjudiciales, sino porque el paciente puede esperar una pronta recuperación o porque requiera más esfuerzo del que él pueda dar. Las técnicas de relajación pueden resultarles dañinas, a pesar que todas ellas son buenas, aunque la efectividad radica en buscar la que sea adecuada para cada persona, puesto que algunas técnicas requieren tensar y estirar músculos, mientras que otras se centrarán en la concentración, etc. Hay, pues, necesidad de individualizar el programa.

En definitiva y resumiendo lo anterior, el objetivo primordial del presente programa es que los pacientes con cáncer –o quienes deseen prevenirlo-, identifiquen los problemas que tienen para adherirse a sus respectivos tratamientos médicos y crear acciones concretas para enfrentarlos.

Como indicador de la eficacia del programa se sugiere aplicar un pre-test y post-test. Este programa será de modalidad grupal, aplicado por dos terapeutas y desarrollado en 8 sesiones de dos horas cada una, sugiriendo se aplique una cada semana.

El desarrollo del programa estará distribuido de la siguiente manera:

SESIÓN	MÓDULO
	Presentación
1 ^a	Módulo educativo
2 ^a	Módulo cognitivo (I)
3 ^a	Módulo cognitivo (II)
4 ^a	Entrenamiento en autoestima
5 ^a	Entrenamiento en relajación
6 ^a	Entrenamiento en solución de problemas
7 ^a	Promoción de la salud: adhesión al tratamiento, hábitos de salud.
8 ^a	Prevención de recaídas

4.1.1 Objetividad del programa

Los objetivos enmarcados en esta intervención terapéutica son:

Presentación

Presentación de los terapeutas y de los miembros del equipo.

Explicación por parte del terapeuta y co-terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención.

Aplicación de un pre-test a modo de evaluación del programa.

Módulo educativo (1ª Sesión)

- Objetivo general:

Proporcionar información relevante acerca de lo que es el cáncer.

- Objetivos específicos:

Ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de las/los pacientes a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros.

Proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana

Que los pacientes aprendan a auto-registrar la adherencia al tratamiento médico, el cual básicamente será registrado en tres vertientes: toma de medicamentos, llevar una dieta adecuada y hacer ejercicios.

Que los participantes del taller reflexionen sobre los recursos que pueden utilizar para lograr el apego a los tratamientos médicos.

Que cada paciente busque una motivación para apegarse a sus tratamientos médicos.

Módulo cognitivo (2ª sesión)

- Objetivo general:

Identificar ideas erróneas sobre la enfermedad.

- Objetivos específicos:

Que los participantes expongan cómo perciben la enfermedad del cáncer

Que identifiquen cuáles ideas son irracionales y entrenarlos para cambiarlas por creencias racionales

Revisión de los registros sobre pensamientos negativos y de las dudas sobre el material exhibido

Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos.

Módulo cognitivo (3ª sesión)

- Objetivo general:

Explicación de los pasos para el trabajo cognitivo de los pensamientos negativos.

- Objetivos específicos:

Revisión de los registros sobre pensamientos negativos y entrenamiento para su erradicación.

Importancia del manejo de las emociones negativas

Que aprendan a erradicar ideas absolutistas; plan general del tipo de técnicas psicológicas que van a aprender para ello.

Importancia de la percepción cognitiva sobre los sucesos y los efectos en la calidad y cantidad de vida.

Entrenamiento en autoestima (4ª sesión)

- Objetivo general:

Entrenamiento para motivar su autoestima

- Objetivos específicos:

Crear discusión cognitiva de pensamientos negativos relacionados con la autoestima y generar ideas para incrementarla.

Entrenamiento para exponerse diario a un espejo para modificar la atención que prestan a su aspecto físico

Identificar miedos relacionados con su autoestima y contrarrestarlos

Realizar auto-verbalizaciones positivas y realizar actividades gratificantes.

Entrenamiento en relajación (5ª sesión)

- Objetivos generales:

Entender qué es la depresión

Identificar qué es la ansiedad

Entrenamiento de las técnicas de relajación

- Objetivos específicos:

Identificar síntomas fisiológicos de ansiedad

Que el paciente comprenda la finalidad de la técnica y la relación con su problema

Entrenamiento en solución de problemas (6ª sesión)

- Objetivo general:

Entrenamiento para identificar los problemas vinculados con el apego al tratamiento en pacientes oncológicos.

- Objetivos específicos:

Que los participantes del taller identifiquen sus obstáculos personales

Que aprendan estrategias para enfrentar los obstáculos

Enseñar acciones concretas que pueden poner en marcha para superarlos

Fomentar las evaluaciones realistas.

Promoción de la salud: adhesión al tratamiento, hábitos de salud (7ª sesión)

- Objetivo general:

Identificar qué problemas tienen para adherirse al tratamiento

- Objetivos específicos:

Que analicen y discutan acerca de la importancia de buscar motivadores para auto-cuidarse

Constatar la importancia de seguir cuidándose, promover hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación

Fomentar el auto-cuidado para cuidar su salud.

Lograr que los pacientes fomenten estrategias que les permitan buscar apoyo.

Prevención de recaídas (8ª sesión)

- Objetivo general:

Analizar las expectativas futuras y alternativas de solución ante posibles recaídas.

- Objetivos específicos:

Crear discusión sobre qué piensan que va a ocurrir cuando finalice la terapia.

Comprendan la importancia de seguir practicando las técnicas aprendidas.

Ensayo del enfrentamiento con los retrocesos.

4.1.2 Literatura de cada módulo

El enlistado de los objetivos que se buscan en cada módulo, surgió a raíz de una revisión minuciosa de cada uno de los puntos a tratar. A continuación se han seleccionado aportaciones precisas sobre cada tema:

Módulo educativo

En virtud que la quimioterapia (tratamiento fundamental en la enfermedad del cáncer) trae consecuencias no sólo que alteran la salud del paciente, sino que produce graves alteraciones psicosociales y familiares (Cervantes y Torrecillas, 2004), es importante entrenar a los pacientes a afrontar los cambios drásticos a los que se enfrentarán a raíz de enterarse de su enfermedad.

Las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer, deben incluir la educación, la aplicación de técnicas conductuales como la relajación para reducir el estrés psicológico, psicoterapia individual y las intervenciones grupales (Rodríguez-Velázquez, et al., 2010).

La participación del psicólogo es indispensable, ya que él cumplirá la función de orientar al paciente a manejar sus problemas en la “vida real”, para tener un rol aceptable y buenas relaciones interpersonales, haciendo hincapié en que sólo ellos

deben enfrentarse al medio ambiente, en vez de sucumbir a él, ayudando a favorecer la salud más que a reducir los síntomas; además deben reforzar la autoconfianza en su potencial productivo (Rodríguez-Velázquez, et al., 2010).

La intención de pedirles que lleven un amuleto, se debe a que éste puede estimular a la gente a dirigir sus acciones hacia la consecución de una meta u objetivo. En un estudio realizado por Ayllon, Kuhlman y Warzak (1982, citados en Milan y Mitchel, 1993), mostraron el potencial de un objeto importante para facilitar la transferencia de los efectos del entrenamiento.

Módulo cognitivo

En la terapia racional emotiva, Albert Ellis (1961, citado en Reynoso y Seligson, 2005), asume que la gente aprende en su vida a reaccionar ante las creencias irracionales por él desarrolladas, que el aprendizaje y cambio cognitivo se presenta antes de las reacciones emocionales, y que los pensamientos irracionales pueden ser cambiados mediante confrontar las ideas y creencias de las personas.

Como Ellis, Beck señala, en su terapia cognitiva de la depresión (1981), que los problemas del paciente derivan de sus distorsiones cognitivas. La meta de la terapia cognitiva consistió en reemplazar los esquemas mal adaptativos o, al menos, tener un mayor control sobre estos esquemas.

Cogniciones tales como creencias, pensamientos y convicciones, pueden modular tanto la conducta instrumental como la afectiva. Por ejemplo, en el seguimiento de las indicaciones del médico; las creencias sobre lo que puede ocurrir si se siguen o no las instrucciones, determinan parcialmente esa conducta (Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa, 2005).

Por su parte, Deffenbacher(1998, citado en Carlen, Kasanzew y López, 2009), opina que resulta útil, para trabajar sobre los sesgos que se producen en el procesamiento de la información, los ejercicios de relajamiento, de respiración y la reestructuración de las cogniciones.

Con esta intervención se busca que la persona tome conciencia de la irracionalidad de sus pensamientos y aprenda estrategias para eliminarlos y sustituirlos por otros más adaptativos (Goldfried, 1979, citado en Carlen, et al., 2009). La inclinación hacia las técnicas que ofrecen esta teoría, se debe a que según las investigaciones, se ha demostrado ser efectiva en un porcentaje muy elevado (casi el 95%) en los casos de trastorno emocional neurótico (Peña, s/f).

Entrenamiento en autoestima

Las consecuencias que trae consigo el cáncer pueden alterar significativamente la imagen de quien la padece. Los siguientes autores proponen los programas cognitivo-conductuales para afrontar estas alteraciones: Raich, Mora, Soler, Avila, Clos y Zapater (1994); Grant y Cash (1995); Raich, Soler y Mora (1995); Rosen, Reiter y Orosan (1995); Raich, Mora y Marroquín (1999, 2000); Key, George, Beattie, Stammer, Lacey y Waller (2002). Ellos utilizan la psico-educación (fase educativa-informativa), reestructuración cognitiva, exposición, eliminación progresiva de las conductas de seguridad, entrenamiento en autoestima, actividades corporales placenteras y prevención de recaídas (Mora y Raich, 2004).

Es muy generalizado que una pobre imagen corporal vaya asociada a una baja autoestima. Es decir, que uno se siente poco adecuado como persona. Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima, se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo corporal (Raich, 2004).

Sentimientos de vergüenza por padecer una enfermedad oncológica, o por la ausencia de la mama a consecuencia de una mastectomía, lastiman. La autoconciencia de estar deformada impide en muchas ocasiones mantener relaciones sociales adecuadas (la mujer evita determinadas situaciones) y puede

producir un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, aun cuando la deformidad no sea obvia para los demás (Erazo y Silva, 2009).

Rojas-May (2006), señala que los efectos del cáncer de mama sobre la autoestima son especialmente delicados, muchas pacientes van a tener la percepción de que a partir del momento del diagnóstico dejaron de ser sexualmente atractivas, de que no volverán a ser capaces de experimentar ni dar placer, e incluso que su capacidad de ser amadas y amar está mermada definitivamente.

Hay que saber que una cosa es la apariencia física y otra muy distinta la imagen corporal. Existen personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza, pero se sienten bien con su imagen corporal. Por el contrario, hay personas socialmente evaluadas como bellas, pero que no pueden sentirse así (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

Los pacientes con Trastorno de Imagen Corporal desarrollan alteraciones graves del estilo de vida como consecuencia de su enfermedad. El 97% de los pacientes con este tipo de trastorno, evitan las actividades sociales y ocupacionales normales debido a que se avergüenzan de su apariencia (Patterson, Bienvenu, Chodynicky, Janniger y Schwartz, 2001).

Entrenamiento en relajación

La supervivencia global en pacientes con cáncer de mama se incrementó a consecuencia del tratamiento multidisciplinario, que incluye radioterapia entre otros estudios, pero contempla ejercicios de sincronización de la respiración y sostenimiento de la respiración en inspiración profunda (Poitevin, 2009).

Ansiedad: Los individuos cuyo malestar se centra en los síntomas de ansiedad, son propensos a ser afectados por un componente recurrente, al igual que sucede con las personas cuyo problema presente implican alguna variante de la ansiedad social. Descripciones de un proceso similar a la ansiedad recurrente aparecen tanto en el DSM-III y DSM-III-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades

Mentales, por sus siglas en inglés). Los problemas que pueden no ser clasificados como trastornos de ansiedad, pueden tener variaciones basadas en la ansiedad recurrente, que son individuos afectados que suponen son el objeto de una vigilancia detallada y continua por parte de los demás, dándole a sus conductas una cantidad desproporcionada de significado social (Ascher y Hatch, 1998).

Estrés: “Cuando el estrés se repite con demasiada frecuencia o su intensidad excede las demandas objetivas de la situación, se vuelve un importante factor de riesgo para la salud, comprometiendo el funcionamiento adaptativo de los sistemas biológicos” (Vera y Vila, 1998, p. 4). Gómez-González y Escobar (2006), afirman que “las hormonas que se liberan durante la exposición del organismo al estrés, pueden incidir sobre el inicio y curso de las enfermedades y prolongar el tiempo de tratamiento, con lo que aumentan los costos sociales y económicos de la enfermedad y su tratamiento” (p. 1).

“La relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos del estrés” (Benson, 1975, citado en Vera y Vila, 1998, p. 4).

No obstante, “para una pequeña parte de los pacientes, el entrenamiento de relajación aumenta, en vez de disminuir la ansiedad” (Heide y Borkovec, 1984, citado en Deffenbacher, 1998, p. 10). Por tal motivo Vera y Vila (1998) afirman que es importante que el paciente utilice auto-registros donde anote la hora del día, el grado de relajación (escala de 0 a 10) antes y después de la práctica y los problemas que surjan durante la misma.

“En clínica es importante tener en cuenta que ni siquiera una técnica aparentemente sencilla y buena para todo, puede ser aplicada directamente sin evaluar primero el problema. Sería una pérdida de tiempo y un esfuerzo inútil llevarla a cabo si no se está seguro de que un incremento en la habilidad para relajarse va a ser un factor importante en la resolución del problema que

presenta el paciente. De hecho, si el paciente no percibe una mejoría progresiva perderá la motivación para seguir trabajando, no sólo con ese terapeuta sino probablemente también con cualquier otro” (Vera y Vila, 1998, p. 5).

“En la relajación progresiva de Jacobson el principal mecanismo de aprendizaje podría ser la discriminación perceptiva de los niveles de tensión en cada grupo muscular, a través de los ejercicios sistemáticos de tensión-distensión” (Vera y Vila, 1998, p. 4).

En la relajación autógena de Schultz (citado en Vera y Vila, 1998), “el mecanismo podría estar relacionado según la teoría ideomotora de Willian James, con la representación mental de las consecuencias motoras de la respuesta – sensaciones de peso y calor— que dispararían las eferencias somáticas y viscerales correspondientes” (p. 4).

En las técnicas de relajación basadas en la respiración, el principal mecanismo se basa en las interacciones cardiorespiratorias del control vagal. Se sabe que el entrenamiento de patrones respiratorios, caracterizados por tasas respiratorias bajas, amplitudes altas y respiraciones predominantemente abdominales, incrementa el control parasimpático sobre el funcionamiento cardiovascular. (Vera y Vila, 1998).

Entrenamiento en solución de problema

“Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (Fernández-Abascal, 1997, citado en Martín, et al., s/f, p. 2).

Básicamente, los problemas representan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados (D`Zurilla, 1986; Nezu, 1987, citados en Nezu y Nezu, 1998).

Es probable que los problemas sean estresantes si son, de alguna manera difíciles y relevantes para el bienestar de las personas (D`Zurilla, 1956; Nezu, 1986b; Lazarus y Folkman, 1984, citados en Nezu y Nezu, 1998). Un problema puede ser un acontecimiento único, una serie de sucesos relacionados o una situación crónica. Las demandas de la situación problemática pueden originarse en el ambiente o dentro de la persona (Nezu y Nezu, 1998).

En este modelo una solución se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D`Zurilla, 1986; Nezu, 1987, citados en Nezu y Nezu, 1998). Las soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas y minimizan las negativas (D`Zurilla y Nezu, 1987, citados en Nezu y Nezu, 1998). A decir de Deffenbacher (1998), el afrontar y cambiar los patrones de hábitos es difícil de llevar a cabo; aún así, muchos pacientes no favorecen o incluso castigan sus propios esfuerzos, por ejemplo, pueden ser muy críticos consigo mismos y atribuir el éxito a factores externos.

El entrenamiento debe llevarse a cabo hasta que una determinada habilidad se haya adquirido de forma óptima. Las variaciones de los métodos de instrucción pueden incluir la discusión en grupo, el modelado de las habilidades, las tareas para casa, libros o folletos de trabajo, grabaciones en video con retroalimentación y representaciones de papeles (D`Zurilla, 1986 y Nezu, Nezu y Perri, 1989, citados en Nezu y Nezu, 1998). Nezu y Nezu (1998), enfatiza que independientemente del método de enseñanza, la práctica en cada una de las habilidades, especialmente en la puesta en práctica de la solución, es uno de los principales componentes del entrenamiento. En virtud de que estas deficiencias en la autorregulación pueden abordarse con el entrenamiento en pensamientos de auto-refuerzo y de autoeficacia, Deffenbacher (1998) propone una directriz general para la autoinstrucción:

- ✓ Fomentar las evaluaciones realistas de lo que sucedió, lo que sirvió de ayuda y lo que no. El objetivo es que los pacientes valoren de forma realista y apoyen sus propios esfuerzos.
- ✓ Fomentar las expectativas de un cambio pequeño, gradual. El cambio, por lo general, se produce poco a poco y no de una manera rápida y se fomenta el que los pacientes lo vean de esta manera. Por ejemplo, los pacientes pueden desarrollar y ensayar pensamientos como “Bien, rebajé la ansiedad de 8 a 3 (en la escala de 10 puntos)”.
- ✓ Fomentar la evaluación positiva por intentarlo. Deben alentarse los intentos de afrontamiento incluso cuando el resultado no es positivo. A veces es útil una diferenciación entre proceso y resultado. Si los pacientes lo intentan (proceso), pueden sentirse bien con respecto a éste, incluso si los resultados son negativos. Los resultados pobres pueden verse como retroalimentación negativa y como un momento de reciclar la solución de problemas. Si no lo intentan, están casi aseguradas unas pobres valoraciones del proceso y de los resultados.
- ✓ Fomentar las atribuciones auto-eficaces positivas. En cuanto sea posible, los pacientes se deben atribuir el cambio a sí mismos. Incluso si están implicados factores debidos a la suerte, se puede ayudar a los pacientes a que atribuyan parte de los resultados a su capacidad para sacar provecho de la situación.
- ✓ Fomentar directrices positivas realistas para la conducta futura. Cuando sea posible, el diálogo con uno mismo debería, por una parte, reforzar la conducta actual y, por la otra, impulsar de forma realista a la conducta futura. Por ejemplo: “¡Lo hice! Lo haré incluso mejor la próxima vez” o “¡Buen trabajo! La próxima vez intentaré hablar antes”.

Por otro lado, Rehm (1998) propone el auto-refuerzo encubierto. En él se pide a los participantes que generen un “Menú de Recompensas” –una lista de actividades positivas- para ser utilizada a favor del paciente cuando cumpla con los objetivos

difíciles planteados. Estas recompensas deben estar fácilmente bajo el control del paciente. El auto-reforzamiento es una forma de motivar y mantener el cambio.

Promoción de la salud: adhesión al tratamiento, hábitos de salud

Según Deffenbacher (1998), los déficits surgen de una exploración y una evaluación conjuntas, por lo tanto, se definen de forma específica y se delinea un programa para empezar a mejorar las habilidades para afrontar el problema en cuestión. Por ejemplo, se podrían delinear los déficits en asertividad y luego modelarse y ensayarse –manifiesta o encubiertamente- la conducta alternativa.

Rehm (1998) opina que es imprescindible que los pacientes fomenten la auto-evaluación en términos del establecimiento de objetivos o patrones realistas, y en descomponer los objetivos en sub-objetivos, de modo que se reconozca el progreso. Por lo general, las personas deprimidas tienden a fijarse patrones perfeccionistas para ellos mismos, y ven continuamente que no llegan a alcanzar los objetivos, debido a que no los definen adecuadamente. Aquí se podría utilizar una “Hoja de Trabajo para el Establecimiento de Objetivos”.

Rehm (1998) ofrece cuatro principios para el establecimiento de objetivos:

- ✓ Los objetivos deben definirse en una dirección positiva, es decir, como algo que hay que aumentar, no como algo que hay que disminuir o evitar. Por ejemplo, más interacciones positivas con los compañeros de trabajo, no menos discusiones.
- ✓ Los objetivos deben definirse a niveles que sean realistas. Si la posibilidad de lograr el objetivo final es cuestionable, entonces se debe escoger un objetivo intermedio más fácil de conseguir. Por ejemplo, en vez de plantear el objetivo de “un trabajo bien remunerado”, sería más factible plantear un incremento de las habilidades laborales.

- ✓ Los objetivos deben encontrarse dentro del control de la persona, o sea, saber que el objetivo “conseguir que el jefe me conceda un aumento de sueldo” depende del jefe, no de la persona.
- ✓ Los objetivos deben definirse en términos específicos y concretos. Es imprescindible que el objetivo se operacionalice tanto como sea posible. Es común que la gente deprimida establezca objetivos que son vagos y difícilmente accesibles.

Prevención de recaídas

A fin de evitar las recaídas, Deffenbacher (1998) expone tres estrategias comunes:

1. Comunicar que los retrocesos son inevitables, pero que se pueden prevenir las recaídas

Un problema de naturaleza atribucional, donde los pacientes a menudo atribuyen los problemas de mantenimiento a factores globales, estables, y, frecuentemente internos. Por ejemplo, fracasar debido a un defecto personal o como una señal de que todo está perdido.

A veces es útil la distinción entre “retroceso” y “recaída”. Se espera que todo el mundo tenga retrocesos (traspies o errores), porque el ambiente cambia de modo que no se puede prever o porque no hay suficiente práctica. Esos errores son elementos naturales de la vida y, como tal, esperados. Constituyen simplemente oportunidades para aprender y los pacientes tienen la capacidad de analizar los retrocesos, de emplear las estrategias de afrontamiento y de decidir si necesitan más ayuda. Esto no quiere decir que hayan tenido una recaída (es decir, que han vuelto a donde empezaron), sino sólo un retroceso cuya recuperación es completamente posible.

2. Ensayo del enfrentamiento con los retrocesos

Aquí se identifican retrocesos reales, recientes o pasados, se discuten y se desarrollan planes específicos para manejarlos. Entonces los pacientes ensayan estas estrategias, vía representaciones simuladas o en la imaginación. En algunos casos los pacientes planifican y experimentan en vivo, a propósito, los retrocesos, con el fin de adquirir práctica en el afrontamiento de los mismos.

3. Mantener contacto con los pacientes más allá de los períodos de seguimiento

En opinión de Ust (1989, citado en Deffenbracher, 1998), existe buena evidencia clínica y de investigación de que el contacto continuo favorece la consolidación y el mantenimiento de los beneficios. Dicho contacto parece estimular una atención continua hacia los esfuerzos de afrontamiento. Los pacientes informan, a menudo, que simplemente el saber que iban a hablar con el terapeuta o con los miembros del grupo, les ayuda a centrarse en el afrontamiento continuo.

4.2 Metodología

Para facilitar la aplicación del programa a continuación se especifican cómo aplicar cada una de las sesiones, los tiempos establecidos para cada actividad, así como el material sugerido. Como ya se mencionó anteriormente, cada sesión durará dos horas, sólo la presentación será de una hora y en todas las sesiones se evaluará el estado de depresión y ansiedad de cada uno de los pacientes, utilizando el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología, el cual está en la figura 6.

Presentación

La presentación tendrá una duración de una hora, contemplando las siguientes actividades:

ACTIVIDAD: “Me presento”

A fin de crear un ambiente de confianza, entre los presentes se hará una dinámica. Ésta consistirá en que uno de los participantes, al tiempo que se presenta ante todos, lanzará a otra persona una madeja de estambre y ésta repetirá la misma acción con el siguiente hasta pasar todos. Al final de esta presentación se les explicará que así como quedaron todos enlazados por el estambre, simbólicamente deben unirse para afrontar los efectos que traiga consigo la enfermedad, ya que cada uno está expuesto día con día a perder el interés por su salud.

OBJETIVO: Presentación de los terapeutas y pacientes

MATERIAL: Madeja de estambre

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: “En qué consiste el Programa de Intervención”

Se les explicará a todos que el Programa comprenderá 8 sesiones, se fijará el horario, su duración, los temas a tratar y se les informará de la importancia de seguir la secuencia de las mismas.

OBJETIVO: Explicar que temas se tratarán en cada una de las sesiones

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “Aplicación del pre-test”

Como se mencionó anteriormente, se aplicará al inicio de la intervención un pre-test con el propósito de medir la validez del programa, el cual se encuentra en el Apéndice.

OBJETIVO: Hacer un diagnóstico de los pacientes

MATERIAL: Pre-test y lápices

TIEMPO: 25 minutos

Módulo educativo (1ª Sesión)

ACTIVIDAD: “Evaluando el estado de depresión y ansiedad”

Entregarles el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología y que cada uno lo conteste.

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: “Qué es el cáncer”

Se les expondrá diapositivas sobre el cáncer, se les pedirá a todos los integrantes del grupo que participen dando su punto de vista o exponiendo sus dudas.

OBJETIVO: Que conozcan qué implica la enfermedad del cáncer

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 30 minutos

Tomar un receso de 15 minutos

ACTIVIDAD: “Auto-registro mi adherencia terapéutica”

Se les entregará un auto-registro (que abarque los días de la semana) donde deben registrar cada día si tomaron adecuadamente sus medicinas, si llevaron correctamente sus dietas y si hicieron sus ejercicios.

Se les explicará que su recuperación o prevención del cáncer, dependerá de 3 puntos fundamentales: la toma de medicamentos, llevar una buena dieta y hacer ejercicios varios minutos al día. Se les enseñará cómo deben utilizar el auto-registro.

OBJETIVO: Que conozcan la utilidad del auto-registro

MATERIAL: Auto-registro, lápices

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: “Mi auto-registro mensual”

Se les entregará un calendario con todos los días del mes, cada quien pegará su calendario en el salón del taller, allí van a auto-registrar los datos que obtengan en el auto-registro semanal.

OBJETIVO: Aprender que la elaboración de registros es de gran utilidad para modificar conductas

MATERIAL: Papel bond y plumones

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “Equipo de frutas”

Se formarán tres grupos los cuales se formarán al azar al escoger cada persona tiras de papel dobladas. Las tiras con nombres similares –por ejemplo, manzanas con manzanas, naranjas con naranjas, etc.-formarán un equipo, cada uno discutirá quien o qué motivo los lleva a cuidar su salud. Finalmente cada uno llegará a una conclusión donde expondrán con qué recursos cuentan para seguir las indicaciones del médico.

OBJETIVO: Reflexionar sobre los recursos que pueden utilizar para apegarse a los tratamientos médicos

MATERIAL: Tiras de papel, 1 charola y Masking tape

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “El amuleto”

Como tarea se les pedirá que cada uno lleve en la segunda sesión un objeto pequeño que para ellos tenga un valor emocional significativo el cual será una especie amuleto.

OBJETIVO: Que se motiven en algo o alguien

TIEMPO: 15 minutos

Módulo cognitivo (2ª sesión)

ACTIVIDAD: Tarea “El amuleto”

Cada uno de los participantes pegará su amuleto en la parte superior de su auto-registro mensual y expresarán brevemente qué significa para ellos.

OBJETIVO: Fomentar la motivación

MATERIAL: Resistol

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Auto-registro”

Se les entregará a todos un bote con figuras de tres colores. Las figuras pueden ser botecitos que simulen ser un medicamento, representando la toma del tratamiento, manzanas que representarán la dieta y moños que representando la actividad física. Los colores por su parte serán de color verde, amarillo y rojo.

Ahora bien, si cumplieron eficazmente la toma de medicamentos, pegarán en el calendario un bote de color verde, si no tomaron todos o no lo hicieron en el horario indicado, colocarán un botecito amarillo, si no tomaron ninguno, pondrán un botecito rojo.

De igual forma, registrarán cómo llevaron su dieta. La manzana verde significará excelencia, el color amarillo podrá considerarse como buena y el rojo pésima.

Los moños verdes mostrarán que el paciente realizó el tiempo sugerido de ejercicios, el amarillo podrá ser considerado como insuficiente y el rojo que no se realizó ejercicio alguno. Lo ideal es que los pacientes realicen media hora de ejercicios todos los días, pero todo dependerá del estado de salud del paciente.

OBJETIVO: Incentivarlos a auto-registrar su adherencia terapéutica

MATERIAL: Resistol, Figuras y botes

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: “Evaluando el estado de depresión y ansiedad”

Utilizar el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: “Percepción de la enfermedad”

Se hará un semicírculo, se les pedirá que sean breves y rápidos al contestar la siguiente serie de preguntas, las cuales serán grabadas previa autorización de los interesados.

¿Cómo se relaciona con su familia a raíz de que se enfermó?

¿Cómo se lleva con sus antiguos amigos?

¿Cómo le ha afectado su vida laboral?

¿Creó que su enfermedad le ha traído algo positivo?

¿Cómo le ha afectado su vida social?

¿Cree que su enfermedad le ha traído otras enfermedades?

Si responde sí, preguntarle, ¿cuáles?

¿Cuándo se enfermó adoptó una religión o se alejó?

Antes de que se enfermara, ¿cómo se divertía?

Desde que se enfermó, ¿ha dejado de ir a las fiestas o asiste más?
¿Cree que su enfermedad hizo que su autoestima disminuyera?
¿Cómo percibe su vida desde que se enfermó?

OBJETIVO: Identificar las ideas erróneas

MATERIAL: Grabadora

TIEMPO: 30 minutos

Receso de quince minutos

ACTIVIDAD: “Identificar mis errores”

Se les expondrá diapositivas donde se exhiba la diferencia de percibir con optimismo o negatividad su enfermedad. Después cada uno escuchará lo que contestó cuando se les hizo las preguntas, esto, con el fin de que identifiquen su percepción negativa, analicen cuáles son ideas erróneas y busquen cómo afrontar con optimismo los efectos de su enfermedad.

OBJETIVO: Explicarles que nuestra forma de percibir las situaciones o cosas determina nuestra conducta

MATERIAL: Cañón, hojas y lápices

TIEMPO: 40 minutos

ACTIVIDAD: Dejar tarea “De negativo a positivo”

Que todas las noches escriban una idea irracional respecto a su enfermedad y la cambien por una racional y seguirán con el auto-registro.

OBJETIVO: Fomentar el optimismo.

TIEMPO: 10 minutos

Módulo cognitivo (3ª sesión)

ACTIVIDAD: Tarea “Auto-registro”

Los terapeutas revisan que el paciente pase correctamente los datos al auto-registro

OBJETIVO: Incentivarlos a auto-registrar su adherencia terapéutica

MATERIAL: Resistol, Figuras y botes

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: “Evaluando el estado de depresión y ansiedad”

Utilizar el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “De negativo a positivo”

Exponer resultados de la tarea e identificar sus ideas erróneas. Explicarles que los pensamientos negativos podemos volverlos a registrar en nuestro cerebro con pensamientos positivos o alternativos.

OBJETIVO: Identificar sus ideas erróneas

MATERIAL: Hojas y lápices

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: “Las 11 ideas irracionales expuestas por Ellis”

Los pacientes identificarán cuáles son las ideas absolutistas y verán la importancia de erradicarlas, a fin de encontrar un punto de armonía en la vida cotidiana

OBJETIVO: Erradicar ideas absolutistas.

MATERIAL: Hojas y lapiceros

TIEMPO: 30 minutos

Tomar un receso de quince minutos

ACTIVIDAD: Presentación del modelo ABC

Mostrar por medio de diapositivas la “Presentación del modelo ABC”, se les explicará cómo un suceso puede ser percibido y afrontado de distintas formas, como se muestra en la tabla 1.

A	B	C
Acontecimientos activadores	Creencias y pensamientos sobre A	Consecuencias emocionales y conductuales

Tabla 1. Presentación del modelo ABC

OBJETIVO: Comprender que la manera de percibir las situaciones influye en las emociones y conducta del ser humano

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: “Discusión en equipo”

Se formarán tres equipos. En una caja se pondrán 3 hojas dobladas, donde en cada hoja se expondrá el caso de una persona enferma. Cada equipo analizará cómo enfrentará la enfermedad, cuando la persona adopta una actitud negativa y cuando lo hace de manera optimista

OBJETIVO: Saber que una misma situación puede ser percibida de diferentes formas

MATERIAL: Hojas y lapiceros

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Me he enfrentado con optimismo a”

Que en la siguiente sesión expongan un caso donde ellos hayan enfrentado con optimismo un caso, aunque no sea relacionado con su enfermedad

OBJETIVO: Fomentar el optimismo

TIEMPO: 5 minutos

Entrenamiento en autoestima (4ª sesión)

ACTIVIDAD: Tarea “Auto-registro”

Los terapeutas revisan que el paciente pase correctamente los datos al auto-registro

OBJETIVO: Incentivarlos a auto-registrar su adherencia terapéutica

MATERIAL: Resistol, Figuras y botes

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: “Evaluando el estado de depresión y ansiedad”

Utilizar el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Me he enfrentado con optimismo a”

Que cada quien exponga su caso de manera breve y qué resultados obtuvieron

OBJETIVO: Fomentar el optimismo

TIEMPO: 10 minutos

ACTIVIDAD: "Escala para evaluar la autoestima"

Se les entregará una hoja con las siguientes oraciones, ellos pondrán su percepción; después, se les entrenará a buscar ideas alternativas positivas

1 (NADA SEGURO), 2 (SEGURO) ó 3 (MUY SEGURO).

"¡No puedo hacer nada!"

"No soy suficientemente bueno"

"Soy un inútil"

"Nadie me quiere"

"No soy indispensable para nadie"

"Todo me sale mal"

"Tengo mala suerte"

OBJETIVO: Comprender que las emociones influyen en el desarrollo de habilidades y capacidades, haciendo que muchas veces no percibamos nuestras cualidades.

MATERIAL: Hojas y lapiceros

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: "Percepción corporal"

Se exhibirán en un espejo, al tiempo que reflexionen sobre el cambio que han experimentado en su físico. Explicarles que no deben enfocarse a las deformidades de su cuerpo, porque muchas veces las deformidades no son percibidas o no existen; deben hacerse el propósito de modificar la percepción que ellos tienen de su cuerpo.

OBJETIVO: Identificar los factores que les haga sentirse inferior y se propongan retarlos

MATERIAL: Espejo

TIEMPO: 25 minutos

Tomar un receso de quince minutos

ACTIVIDAD: “Mis cualidades o habilidades son...”

Que formen equipos y que cada uno exponga a qué se dedicaba o se dedica actualmente, la importancia que tiene o tuvo dicho trabajo, en qué vivencias de familia participaron y los enorgullece, qué obras o hechos los hace sentirse orgullosos

Se fomentará la práctica de analizar sus virtudes o habilidades, las cuales pueden conservar e incluso incrementar, a pesar de su aspecto físico o de la enfermedad. Que expresen qué actividades les resultan gratificantes e incentivarlos a buscar tareas creativas y productivas.

Con el propósito de motivar al paciente a su auto cuidado se le incentivará a alcanzar metas a corto y largo plazo relacionadas con el cuidado de su salud. Estas metas deberán estar a su alcance y de preferencia no incluir a terceras personas, esto con la finalidad de ser autosuficientes (si el paciente necesita de terceros debe cooperar al máximo en su tratamiento)

OBJETIVO: Que comprendan que las virtudes no están determinadas por el físico de la persona.

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “Retar un temor”

OBJETIVO: Fijarse metas que sirvan de motivación a su auto cuidado, mejorar las redes sociales y confiar en sus tratamientos médicos.

MATERIAL: Hojas y lapiceros

TIEMPO: 10 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Me acepto”

Que todos los días anoten una cualidad o habilidad que tengan y verse todos los días al espejo enfocándose en la parte(s) de su cuerpo que les guste o no les desagrade

OBJETIVO: Que fomenten la autoestima

TIEMPO: 5 minutos

Entrenamiento en relajación (5ª sesión)

ACTIVIDAD: Tarea “Auto-registro”

Los terapeutas revisan que el paciente pase correctamente los datos al auto-registro

OBJETIVO: Incentivarlos a auto-registrar su adherencia terapéutica

MATERIAL: Resistol, Figuras y botes

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: “Evaluando el estado de depresión y ansiedad”

Utilizar el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Me acepto”

Que expongan brevemente si hicieron la tarea, si no lo hicieron, porqué, alentarlos a hacerlo
OBJETIVO: Que fomenten la autoestima

TIEMPO: 10 minutos

ACTIVIDAD: “Qué es el estrés”

Exponer detalladamente mediante diapositivas qué es el estrés, cómo enfrentarlo y crear discusión sobre el tema

OBJETIVO: Conocer los efectos que trae consigo el estrés

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 10 minutos

ACTIVIDAD: “Qué es la depresión”

Exponer diapositivas sobre lo que es la depresión, constatar que ésta nos puede llevar a trastornos severos, crear discusión sobre el tema

OBJETIVO: Conocer cómo se puede eliminar la depresión

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 10 minutos

ENTRENAMIENTO

ACTIVIDAD: “Qué es la ansiedad”

OBJETIVO: Identificar cuando los esté invadiendo la ansiedad y saber cómo aprender a relajarse

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 10 minutos

Tomar un receso de quince minutos

ACTIVIDAD: “Qué son las técnicas de relajación”

Explicar en qué consisten las técnicas de relajación, las ventajas y desventajas de cada una (ver Apéndice). A cada uno se le entregará un disco donde explique cómo aplicar la técnica de relajación se analizará cuál es la adecuada para cada uno. Las técnicas son: Relajación progresiva, Relajación pasiva, Relajación autógena y La respuesta de relajación

OBJETIVO: Comprender la finalidad de la técnica y la relación con su problema

MATERIAL: Cañón y discos

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “Qué técnica es adecuada para mi”

Se les entregará una hoja para que el paciente anote el grado de relajación (escala de 0 a 10) antes y después de la práctica y los problemas que surjan durante el entrenamiento

OBJETIVO: Saber que ni una técnica es mejor que otra, todas son igual de importantes y efectivas, la efectividad radica en su entrenamiento

MATERIAL: Hoja de auto-registro y lápices

TIEMPO: 30 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Aprendo a relajarme”

Se les entregará una hoja donde deberán anotar todos los días la hora en que practicaron la técnica o qué les impidió hacerlo; cómo se sentían antes, cómo se sintieron después y anotar cualquier observación. La segunda tarea será continuar con el auto-registro de la toma de medicamentos, la dieta y ejecución de ejercicios.

OBJETIVO: Saber que el auto-registro les servirá de recordatorio y compromiso

MATERIAL: Hoja de auto-registro

TIEMPO: 5 minutos

Entrenamiento en solución de problemas (6ª sesión)

ACTIVIDAD: Tarea “Auto-registro”

Los terapeutas revisan que el paciente pase correctamente los datos al auto-registro

OBJETIVO: Incentivarlos a auto-registrar su adherencia terapéutica

MATERIAL: Resistol, Figuras y botes

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: “Evaluando el estado de depresión y ansiedad”

Utilizar el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Aprendo a relajarme”

Verificar si anotaron en la hoja la hora que practicaron la técnica o porqué no lo hicieron

OBJETIVO: Verificar que lleven a cabo las tareas y orientarlos a realizar los ejercicios

MATERIAL: Hoja auto-registro

TIEMPO: 10 minutos

ACTIVIDAD: “Estrategias de afrontamiento”

Se mostrarán diapositivas explicando que las situaciones por sí solas no provocan una reacción emocional, sino que ésta dependerá de la interpretación que el

individuo le dé a dicha situación. Las estrategias consideradas como eficaces serán aquellas respuestas que logren minimizar las consecuencias negativas, al tiempo que maximizan las positivas. Se hará ahínco que, el exterior influirá de acuerdo a como cada individuo afronte las situaciones.

OBJETIVO: Estimar que los problemas pueden ser afrontados de diferentes maneras.

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “Qué Estrategias de afrontamiento utilizo...”

Se les pedirá contesten un cuestionario de 18 preguntas mixtas (abiertas y cerradas), a través del cual se analizará si el paciente está afrontando adecuadamente los cambios que le trae consigo su enfermedad (ver Apéndice).

OBJETIVO: Analizar cómo orientarlos en las estrategias de afrontamiento

MATERIAL: Hojas y lapiceros

TIEMPO: 15 minutos

Tomar un receso de quince minutos

ACTIVIDAD: “Analizando mis estrategias de afrontamiento”

Se les entregará una hoja donde anotarán cómo enfrentan un problema específico y qué resultados han obtenido; analizar y anotar qué creen que deben hacer.

OBJETIVO: Estimar hasta qué punto el paciente posee una percepción precisa de su situación a partir de la cual pueda organizar y dirigir su propia vida

MATERIAL: Hojas y lapiceros

TIEMPO: 35 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Menú de recompensas”

Se les entregará una hoja con el siguiente título: “Menú de recompensas”, allí cada quien anotará mínimo 5 auto-recompensas que se darán en caso de lograr durante la semana un objetivo que se hayan propuesto, que no sea perjudicial para la salud

OBJETIVO: se les entregará una hoja con el siguiente título: “Menú de recompensas”. En él cada quien anotará mínimo 5 auto-recompensas que se darán en caso de lograr durante la semana un objetivo que se hayan propuesto y seguirán con el auto-registro de medicamentos, dieta y ejecución de ejercicios.

MATERIAL: Hojas

TIEMPO: 10 minutos

Promoción de la salud: adhesión al tratamiento, hábitos de salud (7ª sesión)

ACTIVIDAD: Tarea “Auto-registro”

Los terapeutas revisan que el paciente pase correctamente los datos al auto-registro

OBJETIVO: Incentivarlos a auto-registrar su adherencia terapéutica

MATERIAL: Resistol, Figuras y botes

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: “Evaluando el estado de depresión y ansiedad”

Utilizar el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: Tarea “Menú de recompensas”

Revisar la tarea y analizar en conjunto si los objetivos que desea alcanzar y las auto-recompensas propuestas son adecuados y si están a su alcance, de no ser así se harán las modificaciones pertinentes

OBJETIVO: Que el paciente fomente la auto evaluación y esté consciente de sus pequeños logros

MATERIAL: Hojas

TIEMPO: 10 minutos

ACTIVIDAD: “Mi salud depende de...”

Se exhibirán diapositivas haciendo énfasis en que su salud y recuperación dependerá de aplicar las estrategias adecuadas, no olvidando que la estabilidad que logren se deben a sus propios esfuerzos y no de terceras personas; deben tener presente que deberán estar alertas a los cambios graduales que surjan y que deben aprender a evaluar de manera positiva los logros alcanzados.

En equipo discutirán la importancia de buscar el apoyo de otras personas, cómo creen que deben buscarlo, los obstáculos a los que se han enfrentado y cómo los afrontarán.

OBJETIVO: Constatar la importancia de seguir cuidándose y promover hábitos saludables MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 30 minutos

Tomar un receso de quince minutos

ACTIVIDAD: “Fomentando la adhesión al tratamiento”

Que formen equipos y discutan qué problemas tienen para adherirse al tratamiento y qué efectos les ocasionan

OBJETIVO: Fomentar las estrategias de “buscar apoyo”

TIEMPO: 25 minutos

ACTIVIDAD: "A mí me ha ayudado"

Se pedirá a cada miembro del grupo que se pasen la pelota a la vez que expongan a raíz de lo aprendido qué creen que les ha ayudado y servido a cuidar su salud, explicándoles que pueden citar los auto-registros que les pueden servir como recordatorios, la aplicación de las técnicas de relajación, ver todos los días su reflejo en un espejo, auto recompensarse después de cumplir un objetivo, retar sus miedos, fomentar su autoestima, realizar actividades gratificantes, entre otros.

OBJETIVO: Fomentar el auto cuidado para cuidar su salud

MATERIAL: Pelota

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: Tarea "Resumen recordatorio"

Entregarles un resumen del tema para que les sirva de recordatorio, pedirles que lo peguen en un lugar visible.

OBJETIVO: Que fomenten día con día estrategias que les permitirán auto-cuidarse y buscar apoyo social

MATERIAL: Hojas

TIEMPO: 5 minutos

Prevención de recaídas (8ª sesión)

ACTIVIDAD: Tarea "Auto-registro"

Los terapeutas revisan que el paciente pase correctamente los datos al auto-registro

OBJETIVO: Incentivarlos a auto-registrar su adherencia terapéutica

MATERIAL: Resistol, Figuras y botes

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: "Evaluando el estado de depresión y ansiedad"

Utilizar el Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

OBJETIVO: Conocer el nivel de depresión y ansiedad

MATERIAL: Modelo Evaluativo de la Unidad de Psico-Oncología

TIEMPO: 15 minutos

ACTIVIDAD: Tarea "Resumen recordatorio"

Preguntar si les sirvió de recordatorio pegar en un lugar visible el resumen

OBJETIVO: Que se propongan seguir fomentando el cuidado a la salud

MATERIAL: Hojas

TIEMPO: 5 minutos

ACTIVIDAD: "Evaluación post-test"

Contestar el "Post-test" (se encuentra en Apéndice) y discutir los avances o retrocesos.

OBJETIVO: Valoración de los logros obtenidos, analizar sus fallos y buscar nuevas alternativas

MATERIAL: Post-test

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: "Modelo ABC"

Hacer un repaso del modelo y generar discusión sobre el tema

OBJETIVO: Reflexionar sobre los recursos que pueden utilizar

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “Dudas o análisis de problemas residuales”

A través de diapositivas explicar las estrategias a las que puedan recurrir a modo de evitar las recaídas expuestas por Deffenbracher (1998)

OBJETIVO: Comunicar que los retrocesos son inevitables, pero se pueden prevenir las recaídas

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 20 minutos

ACTIVIDAD: “Expectativas futuras...”

Generar discusión sobre qué retrocesos creen tendrán al concluir el taller, la importancia de seguir practicando las técnicas de prevención y saber qué estrategias utilizarán en caso de que tuvieran problemas para apegarse a sus respectivos tratamientos, de ser posible tener comunicación con los terapeutas y entre ellos

OBJETIVO: Fomentar la confianza hacia el médico y los integrantes del equipo

MATERIAL: Cañón

TIEMPO: 25 minutos

4.3 Variables contempladas dentro del programa

Después de haber expuesto los objetivos que se buscan conseguir a través de esta intervención, se explica el por qué se creyó oportuno utilizar estas variables:

- 1) Variables relacionadas con el grado de información y adhesión al tratamiento;
- 2) Variables relacionadas con el estado emocional de los pacientes;

- 3) Conducta de enfermedad;
- 4) Grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida;
- 5) Percepción de apoyo social; y
- 6) Locus de control sobre la salud.

Grado de información y adhesión al tratamiento

Para evaluar la adherencia terapéutica, se han propuesto diversos sistemas de métodos, a saber: auto-informes y auto-registros de los pacientes; informes de personas próximas a éstos; las evaluaciones del médico y el control del consumo de medicamentos (Ginarte, 2001).

Con relación a la utilización del método ideal, Paya (citado en Ginarte, 2001), plantea que lo idóneo es combinar la entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas.

Exploración del estado emocional de los pacientes

Sabiendo que el impacto que desencadena el cáncer, desde el momento del diagnóstico, se manifiesta en una serie de reacciones y trastornos psicológicos y psiquiátricos (Alvarado, 2004), la evaluación del estado emocional de los pacientes, será explorada desde tres vertientes: ansiedad, depresión y autoestima.

La enfermedad crónica por sí sola no es lo más difícil de afrontar por parte del paciente que la padece, sino la forma en que percibe los cambios en su entorno. En el diagnóstico del cáncer existe una fase inicial crítica en la que, al igual que en las enfermedades agudas, los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. Posteriormente, el curso del trastorno implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, estos pacientes deberán adaptarse a las nuevas condiciones en que se van a ver implicados por un trastorno que puede durar toda la vida, y asumir

psicológicamente el rol de paciente crónico (Higashida, 1995, citado en Olvera y Soria, 2008).

Los estados emocionales intensos y el estrés ocurren cuando pasa algo que fuerza al individuo a realizar un esfuerzo suplementario; a cambiar su conducta habitual, a realizarla con mayor precisión o intensidad o a buscar nuevas formas de actuar. Esto se produce cuando hay algo imprevisto, o simplemente nuevo; cuando hay una amenaza de daño o pérdida, o posibilidad de obtener alguna ganancia. Quizás un rasgo común de todo ello es que se produce una interrupción de la conducta. Si consideramos la conducta habitual como un curso de acción que implica un flujo continuo de intercambio entre el individuo y su entorno, basado en unas relaciones relativamente estables, cualquier tipo de interrupción de este curso de acción, sea cual sea la causa, implica una necesidad de cambio o de nueva adaptación (Fernández y Edo, 1994).

Trastorno adaptativo

Es de importancia notificar que, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), el *Trastorno adaptativo* es otro de las afecciones que frecuentemente se manifiesta en los pacientes con cáncer, puesto que se sienten sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Este se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad o depresión) o del comportamiento (cambios en la conducta), en respuesta a un factor estresante externo identificable (pérdida de empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas económicos, laborales, sociales, familiares, entre otros). Es bien sabido que las reacciones agudas al estrés se resolverán sin medicación; sin embargo, es fundamental no descartar la necesidad de tratamiento psicofarmacológico (Velásquez, et al., 2007).

Según Van 'tStijker y cols (1997, citado en Velásquez, et al., 2007) encontraron que no hay evidencia de que existan niveles más altos de ansiedad en pacientes con cáncer que en la población general; sin embargo, sí se ha demostrado que el nivel de

depresión es más alto en los pacientes con cáncer, 25% a 40%. Por su parte Salas, reporta que 68% de aquellos que padecen cáncer tienen cuadros compatibles con trastorno de adaptación en algún momento del transcurso de su enfermedad.

Una proporción significativa de pacientes es diagnosticada en estadios avanzados de la enfermedad cancerosa, cuando la sobrevida es menor. Eso ocurre por ejemplo en los pacientes con cáncer renal metastático, los cuales son detectados cuando tienen una sobrevivencia media de 13 meses, más o menos (Muciño-Ortega y Mould-Quevedo, 2010). En tales casos el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas y adaptarse bruscamente a una nueva realidad, que se va modificando en función de los tratamientos, y evoluciona hacia la curación completa, remisión temporal o la muerte. Entre los trastornos más estudiados están los síntomas de ansiedad, depresión, delirium y trastornos adaptivos (Álvarez, et al., 2000).

Ansiedad

Kaplan (1997, citado en Velásquez, et al., 2007), señala que las causas de ansiedad en los pacientes con cáncer, pueden ser de diferente índole: situacionales, relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento o la exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente. Esto se traduce en el impacto del diagnóstico junto con la discusión de su pronóstico; la crisis que desencadena la enfermedad y el tratamiento; conflictos con la familia o con el equipo de atención; anticipación de un procedimiento atemorizante, la espera de los resultados de un análisis o de otro tipo de estudio, miedo a la recidiva, etc. Ello aunado a que algunos problemas médicos que por sí solos producen ansiedad, como estados metabólicos anormales.

Para Gutiérrez (citado en Chávez, 2004), la ansiedad aparece cuando se presentan situaciones donde se encuentra implícita una evaluación social o un potencial rechazo de los demás, posibles críticas laborales o una pérdida de control sobre el ambiente. Esto se debe a que las personas que son vulnerables

al desarrollo de trastornos de ansiedad, atienden selectivamente a los estímulos amenazantes del ambiente, dándole esta interpretación a los que son ambiguos.

Depresión

En muchas ocasiones existen dificultades para evaluar la depresión, ello debido a que ésta se confunde como parte de la enfermedad, puesto que los enfermos están tan debilitados físicamente por los tratamientos y por el estadio de la enfermedad, que no es posible diferenciarla. De allí que su pronta identificación permitirá la aplicación de intervenciones psico-farmacológicas y psicoterapéuticas necesarias a cada caso (García-Fabela, 2010).

Para algunos autores como Cesarco (citado en Velásquez, et al., 2007), la depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior que en la población general, y dos veces mayor en personas internadas por otros problemas clínicos. Son numerosos los factores de riesgo para padecer depresión, pues está relacionada con factores de índole personal, como con factores del tratamiento y de la enfermedad. Por ello es de suma importancia detectar y tratar psicoterapéutica y psicofarmacológicamente los cuadros depresivos en tales pacientes. Ello debido a que no sólo modifican su calidad de vida desde un punto de vista subjetivo, sino que también puede cambiar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema inmunológico.

Para evaluar tanto la depresión como la ansiedad, se utilizará como instrumento el Modelo Evaluativo Unidad de Psico-Oncología (Fig. 6):

Depresión (preocupación, tristeza, desánimo, desilusión)				
¿Cuál ha sido su estado de ánimo durante la semana pasada?				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____				
No depresión			Depresión severa	
Ansiedad (tensión, nerviosismo, angustia) ¿Cuál ha sido su nivel de ansiedad durante la semana pasada?				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____				
No ansiedad			Ansiedad severa	
¿En qué medida ha presentado los siguientes síntomas/problemas durante la semana pasada?				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
3. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
4. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
5. ¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4
6. ¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4
7. ¿Se sintió irritable?		2	3	4
8. ¿Ha afectado su estado de salud o el tratamiento médico, su vida familiar?	1	2	3	4
9. ¿Ha afectado su estado de salud o el tratamiento médico, sus relaciones sexuales?	1	2	3	4

Figura 6. Modelo Evaluativo Unidad de Psico-Oncología

Autoestima

La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de los pacientes como una deformidad; incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo del paciente. Esta deformidad física puede interferir frecuentemente con la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas pre-mórbidamente (De Trill, 1968, citado en Rojas-May, 2006).

Conducta de enfermedad

El diagnóstico de enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona, teniendo repercusión sobre el área personal, familiar y social del individuo.

- *Área Personal:* el individuo presenta:
 - Malestar físico y emocional.
 - Cambios en los patrones de sexualidad.
 - Pérdida de la independencia.
 - Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
 - Alteraciones en la autoimagen.
 - Sentimiento de impotencia y desesperanza.
 - Miedo a lo desconocido.
 - Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

- *Área Familiar:* se produce una pérdida del equilibrio familiar y se manifiesta por:
 - Pérdida del rol del enfermo.
 - Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
 - Separación del entorno familiar.
 - Problemas de comunicación en la familia.

- *Área Social:* los problemas que surgen son:
 - Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
 - Aislamiento social.
 - Cambio en el nivel socioeconómico.
 - Cambio en la utilización del tiempo libre.

Las reacciones y trastornos dependen de la localización, estadio y evolución de la enfermedad, de los tratamientos oncológicos, de las características de personalidad de los pacientes, de sus mecanismos de afrontamiento, estilo de vida y rol familiar del paciente, entre otros.

Un desequilibrio entre los aspectos biológicos y sociales puede traer consigo un trastorno mental, ya que este desequilibrio puede alterar las funciones cerebrales como la atención, la memoria, el pensamiento, el estado de ánimo, la senso-percepción, así como el aprendizaje y la conducta. Clínicamente, estos trastornos se caracterizan por un síndrome conductual o psicológico, el cual se puede asociar con dolor de manera significativa, con el sufrimiento de percibir la muerte, invalidez o una pérdida importante de independencia.

Es común encontrar que las pacientes con cáncer cervical tengan anemia, reduciendo significativamente la calidad de vida y la respuesta a la quimio-radioterapia (Rocha-Zavaleta y López, 2008).

Grado de interferencia de la enfermedad

La etapa o fase de un cáncer habla sobre la extensión o gravedad de la enfermedad. Es decir, se refiere qué tan maligno es un tumor o qué tanto se ha extendido por el cuerpo. Éste es un dato sumamente relevante para el oncólogo, pues le permitirá pronosticar cómo puede seguir avanzando el cáncer y así definir qué tipo de tratamiento debe aplicarle al paciente, con qué urgencia lo necesita y cuáles son las posibilidades de recuperación.

Etapas en el proceso de intervención

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer, en general se puede considerar la descripción de las etapas o fases de la siguiente manera:

- Etapa 0: *Carcinoma in situ*, que quiere decir que el cáncer se encuentra todavía concentrado en su lugar original y aún no se ha esparcido a otros órganos.
- Etapa I, Etapa II y Etapa III: Entre más alto sea el número de la etapa quiere decir que el cáncer se ha extendido más, ya sea porque el tumor ha crecido o porque ha invadido órganos vecinos.
- Etapa IV: Cuando el cáncer se ha esparcido haciendo metástasis en otros órganos, es decir, ha formado nuevos tumores en otras partes del cuerpo.

La mayor parte de los pacientes diagnosticados de cáncer, independientemente del estadio de la patología que curse, vive un proceso psicológico adaptativo denominado “duelo oncológico”. Éste consiste en un conjunto de etapas, no necesariamente secuenciales, por los que el paciente pasa durante los meses que siguen al diagnóstico de su enfermedad. Cabe señalar que el duelo oncológico es no sólo muy frecuente, sino que también es, las más de las veces, un mecanismo de reconstitución psíquico fundamental, que le permite al paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales, a los cuales se va a enfrentar a partir ese momento. Existen varias teorías relacionadas con el duelo oncológico, algunas de ellas dividen las etapas de éste en cinco: negación, rabia, pena, negociación y aceptación (Rojas-May, 2006).

Es conveniente señalar que un grupo importante de pacientes inician el duelo oncológico hacia el final de los tratamientos médicos. La razón de ello sería que durante la primera etapa de diagnóstico y tratamiento, privilegian los aspectos médicos por sobre las variables emocionales, tanto a nivel individual como a nivel familiar.

No cabe duda que la estructura psicológica y de personalidad del paciente; la preexistencia de psicopatologías previas a la aparición del cáncer; la historia oncológica, es decir, sus experiencias previas con la enfermedad; las

enfermedades neoplásicas de sus familiares directos, amigos y conocidos; el desarrollo y desenlace de las mismas, influirán significativamente en la respuesta emocional tras el conocimiento diagnóstico (Rojas-May, 2006). Por ello, se debe intervenir desde una perspectiva psicológica, ya que el conducirse de cada paciente no sólo determinará su estado de salud, sino en qué forma la problemática se ha generalizado a otras áreas de interacción en las que se desenvuelve la persona, cuál ha sido su desarrollo, cómo se ha logrado mantener, qué recursos posee para cambiar el rumbo de su problemática y cuáles han sido los antecedentes históricos remotos recientes del problema (Silva y Aragón, 2002).

Rojas-May (2006) dice que la intervención psico-oncológica debe contar con un protocolo que permita predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psico-sociales a los que puedan enfrentarse los pacientes y familiares en las distintas fases del tratamiento. Ellos son los siguientes:

Fase de diagnóstico

Se debe constatar que el paciente y su familia adhieran correctamente los protocolos médicos, tengan la información adecuada para que se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos—psiquiátricos.

Fase de tratamiento

Se debe controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos (angustia, fobia, ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios, entre otros) asociados a los tratamientos médicos; orientar también al paciente y familiares; hacer frente a las reacciones emocionales propias de este escenario.

Fase Libre de Enfermedad

Lo primero que se debe indicar es que una de las principales fuentes de estrés son los controles médicos. Se debe ayudar a afrontar mejor las preocupaciones a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros.

Fase de Supervivencia

Se debe facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que haya podido provocar la enfermedad.

Facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para el paciente.

Fase de Recidiva

Prevención y tratamiento de psicopatologías.

Facilitación de la adaptación al nuevo estado de la enfermedad.

Reforzar la relación médico-paciente (pueden aparecer recriminaciones y cuestionamientos profesionales).

Establecer las necesidades emocionales de la familia frente a la recaída.

Fase final de la vida

Colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, náuseas, entre otros.

Detectar y atender dificultades psicológicas y sociales que el paciente y su familia puedan presentar.

Diagnosticar y tratar psicopatologías propias de esta etapa: delirios, alucinaciones, depresión, somatizaciones, entre otros.

Acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.

Percepción de apoyo social

Una buena red de apoyo social parece estar relacionado con una mejor calidad de vida para los pacientes de cáncer.

Muchos estudios han demostrado una ventaja psicológica para los pacientes que cuentan con un apoyo social, tal como lo muestra la siguiente literatura:

La existencia de las redes de apoyo social constituye un importante recurso de afrontamiento; su disponibilidad, recepción o percepción, se asocian con una mejor adaptación a la enfermedad crónica, e incluso, en muchos casos, a un mejor estado físico y funcional, es decir, con una mejor calidad de vida. Por otro lado, la “búsqueda de apoyo social”, es una respuesta de afrontamiento muy frecuente en los enfermos

crónicos, cuya adaptación depende, precisamente, de la existencia, conocida y disponible, de tales redes de apoyo social. Crearlas y/o mejorarlas, es contribuir a mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos (Rodríguez, Angeles y López, 1993).

De igual forma, los autores Escobar, Knobel, Polo, Ortega, Martín-Conde, Casado, Codina, Fernández, Galindo, Ibarra, Llinas, Millares, Riera, Fumaz, Segador, Segura y Chamorro (2004), realizaron un estudio para lograr la adherencia médica con pacientes identificados con VIH/Sida y señalaron que antes de concluir la entrevista se deberá comprobar que el paciente ha entendido las explicaciones e intentar solventarle las posibles dudas. En ese momento se debería seleccionar un apoyo externo (familiar, pareja, etc.) próximo, que pueda servirle como refuerzo positivo y punto de apoyo, ofertándole un teléfono de contacto de la consulta para resolver cualquier tipo de duda y poder trasladar al facultativo aquellas situaciones que requieran una atención prioritaria.

En un estudio realizado por Marín-Reyes y Rodríguez-Morán (2001), encontraron que no fue significativo en la adherencia el conocimiento que los pacientes tenían sobre su enfermedad, siendo el factor más relevante el apoyo familiar que recibía el paciente. Ellos señalan que la supresión, en la dieta habitual, de algunos alimentos y condimentos; la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos, son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia. Lo mismo opina Ginarte (2001), quien dice que el apoyo social puede contribuir a incrementar la adherencia terapéutica o disminuirla.

La familia, también debe ser un área de intervención importante para que sepan cómo actuar con el paciente y aceptar adecuadamente el transcurso de la enfermedad (Die Trill, 2003; Fawzy, y cols., 1990, citados en Coronado, et al., 2007).

Locus de control sobre la salud

El paciente se siente más empoderado cuando tiene información sobre su padecimiento, ya que ello puede darle un sentido de control.

Rotter (citado en Juan, 2001), introdujo el concepto de Locus de Control en la década de los años 60 dentro de la Teoría del Aprendizaje Social (TAS). De acuerdo con esta teoría, la conducta de las personas puede predecirse desde el conocimiento de cómo éstas ven la situación, desde sus expectativas sobre su propia conducta y desde sus evaluaciones sobre los resultados que podrían ocurrir a consecuencia de sus actos en esa situación.

El locus de control se define como la creencia generalizada en la cual los refuerzos que siguen a una acción, están directamente relacionados con la conducta del sujeto o, por el contrario, la creencia de que los refuerzos que siguen a la acción están bajo el control de otras personas, están predeterminados o son incontrolables, puesto que dependen de fuerzas como el destino o el azar (Linares, 2001, citado en Ortín, Olmedilla, Garcés de los Fayos e Hidalgo, 2008).

La influencia del locus de control sobre la salud ha sido estudiada en relación a diferentes aspectos como la afectividad (Averill, 1973; Cohen, Evans, Stokols y Krantz, 1986; Langer, 1977; Saenz-López, Jiménez, Jiménez e Ibáñez, 2007; Shapiro, Sandman, Grossman, y Grossman, 1995), la morbilidad y mortalidad (Alexander, Chandler, Langer, Newman y Davis, 1989; Rodin y Langer, 1977), o el cáncer (Font, 1989; Linares, 2001, citados en Ortín, et al., 2008). Tales estudios confirman que a mayor locus de control, mejor afrontamiento a la problemática. Por ejemplo, en el estudio de Alexander, Langer, Newman, Chandler y Davies (1989), se observó que al enseñar estrategias de autocontrol internas (de relajación, meditación y ocupación de la mente con pensamientos positivos) a un grupo de enfermos, éstos tendían a vivir más que el grupo control. En otro estudio de Rodin y Langer (1977, citados en Escobar, et al., 2004), se

observó que al proporcionar control a un grupo de enfermos sobre las decisiones de algunas variables externas (como por ejemplo, la hora de comer y el tipo de comidas, así como el tipo de películas que querían ver y a qué hora), éstos vivían más que el grupo control.

De forma similar, en algunos estudios de pacientes con cáncer, las investigaciones sugieren que una baja percepción de control y una actitud de indefensión ante la enfermedad, son poderosos predictores de la primera recidiva y de la muerte debido a la enfermedad (Anderson, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994; Antoni y Goodkin, 1988; Jensen, 1987; Watson et al., 1991, citados en Escobar, et al., 2004).

Wallston y colaboradores (1978, citados en Zdanowicz, Janne y Reynaert, 2004), desarrollaron la escala del locus de control de la salud multidimensional (LCSM), que investigaba las creencias de una persona en relación al control que creía tener para determinar su estado de salud. Esta escala identifica tres tipos distintos de creencias, dos “externas” y una “interna”. Los individuos con control interno creen que el bienestar que reciben depende de su comportamiento (LCSI). En cambio, los individuos con creencias “externas”, creen que su salud es resultado bien de la suerte o del destino (subescala del locus de control de la salud. “por azar”, LCSA), o bien de la acción de terceras partes (subescala del locus de control de la salud de los “otros con poder”, LCSP).

Los factores motivacionales juegan el papel más importante en lo que se refiere a conductas saludables, prevención y adherencia al tratamiento. Para conocer la etapa de motivación en la que se encuentra el individuo, Flórez (2003) propone una serie de preguntas donde se puede conocer si la persona cuenta con información necesaria para realizar un cambio. Algunas de estas preguntas son: ¿para qué me sirve esto?, ¿soy capaz?, ¿qué piensan los demás acerca de hacer esto?, ¿estoy decidido a hacerlo?, ¿cómo voy a hacer esto?, ¿manejo las

contingencias requeridas para hacer esto?, ¿lo que he hecho produjo resultados esperados?

Con estos cuestionamientos se puede determinar si un individuo se ha percatado de la situación que vive o del riesgo que corre para poder comenzar a tomar medidas preventivas; hacer cambios positivos en su conducta y adherirse al tratamiento. Por eso es importante una evaluación para valorar el estado psicológico del paciente y, en caso de requerir intervención en algún aspecto, poder hacerlo con la finalidad de que en el momento necesario se lleven a cabo acciones que favorezcan la salud y evitar los riesgos.

CAPÍTULO 5

LA PSICO-ONCOLOGÍA

Después de constatar la relevancia de la psicología en el ámbito oncológico, es fundamental abordar el tema de la psico-oncología.

Nesci y cols (citados en Velázquez, et al., 2007), mencionan que las nociones de la Psico-oncología las podemos encontrar desde los antiguos escritos médicos. Hipócrates, el padre de la medicina, menciona la influencia del cuerpo sobre la parte anímica y la del alma sobre el cuerpo, señalando una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad.

Por su parte, Galeno (150 a. C., citado en Velázquez, et al., 2007), fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer; en su tratado sobre tumores, “De Tumoribus”; donde señaló que las mujeres “melancólicas” eran más propensas que las “sanguíneas” a tener un cáncer de mama. En la medicina rusa de los siglos XVI y XVII se consideró la pena prolongada como causa remota de cáncer. Desde entonces, se sustenta la relación y vinculación clínica entre tres variables: personalidad-estrés-cáncer, la cual es frecuente en los tratados de medicina.

5.1 Oncología y psicología

La psico-oncología como sub-especialidad, surgió de la unión de la psicología y la psiquiatría con la oncología. Sus objetivos son la atención, enseñanza e investigación de los aspectos psicológicos, sociales, culturales, espirituales y religiosos de los pacientes con cáncer, así como la repercusión de los tratamientos oncológicos en el ámbito familiar y en el desgaste del equipo terapéutico en oncología (Alvarado, 2004).

Según Velázquez, et al., (2007), es hasta 1950 que nace la interacción entre la Oncología y la Psicología, con el primer referente que se origina en la Unidad de Psiquiatría del Memorial SloanKetteringCancer Center (MSKCC), de Nueva York, dirigida por A. Sutherland. En la década de los sesentas, Mastrovito se hace cargo de la unidad hasta 1977, en que la Psiquiatra JC Holland comienza a dirigir el servicio. Durante los veinte años siguientes se estudian “los efectos humanos” del cáncer generados por parte del contenido de una sub-especialidad de la Oncología denominada Psico-oncología. Para los años 80, en España, empiezan a interesarse por la problemática emocional asociada al cáncer.

La Dra. María Die Trill creó en el Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid, la primera unidad de Psico-oncología en 1996. Luego siguió la Unidad de Psico-oncología del Instituto Catalán de Oncología, creado por el Dr. Francisco Gildes en septiembre de 1998. De igual forma, a principio de 1980, nació en México, la Psico-oncología por iniciativa del Dr. Romero Romo (médico Psiquiatra), con el apoyo del Dr. Beltrán Ortega (cirujano oncológico y director del Instituto Nacional de Cancerología en aquellos años), y de destacados Oncólogos, Paliativistas y Psiquiatras. En 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psico-oncología, A.C., aunque fue hasta el año 2001, al ser nombrado presidente de la misma, el Psicólogo Oncólogo Alvarado Aguilar, cuando iniciaron sus actividades.

A decir de Alvarado (2004), esta sub-especialidad tiene como objetivos, además de lo antes expuesto, la enseñanza para la identificación de los trastornos psicológicos y psiquiátricos, y de las diferentes modalidades de tratamiento psico-oncológico, así como el promover la importancia de la investigación en psico-oncología, al reconocer que es un terreno muy amplio y poco estudiado en nuestro país.

Los significados simbólicos más frecuentes que provoca el cáncer son: muerte, dolor, sufrimiento, abandono, desfiguramiento, soledad, desamparo, incurabilidad,

dependencia, impotencia, desesperanza, pérdida del control, alteración de las relaciones interpersonales y desastre económico, entre muchas otras.

Los adelantos en la evaluación, diagnóstico oportuno, investigación y tratamiento han incidido en el pronóstico de los pacientes. En este contexto, la psico-oncología ha contribuido en el proceso vivencial y de afrontamiento, porque modifica el sentido importante de la enfermedad y modula algunos de los significados referidos. La psico-oncología plantea un modelo psico-educacional de prevención, intervención psicoterapéutica, rehabilitación y reintegración a la vida cotidiana; brinda los cuidados paliativos desde los parámetros psicológicos que conlleva al paciente a una mejor calidad de vida y le ayuda a afrontar, desde el inicio, la enfermedad y sus tratamientos oncológicos.

El psico-oncólogo es un especialista que brinda atención psicológica y emocional. Escucha, entiende, conoce, orienta, informa, atiende y acompaña al paciente en las alteraciones que surgen a partir del diagnóstico de cáncer, durante el proceso de tratamiento oncológico hasta la muerte, momento en el que se debe seguir un proceso de atención a la familia para la elaboración del duelo y disminución de los sentimientos de culpabilidad.

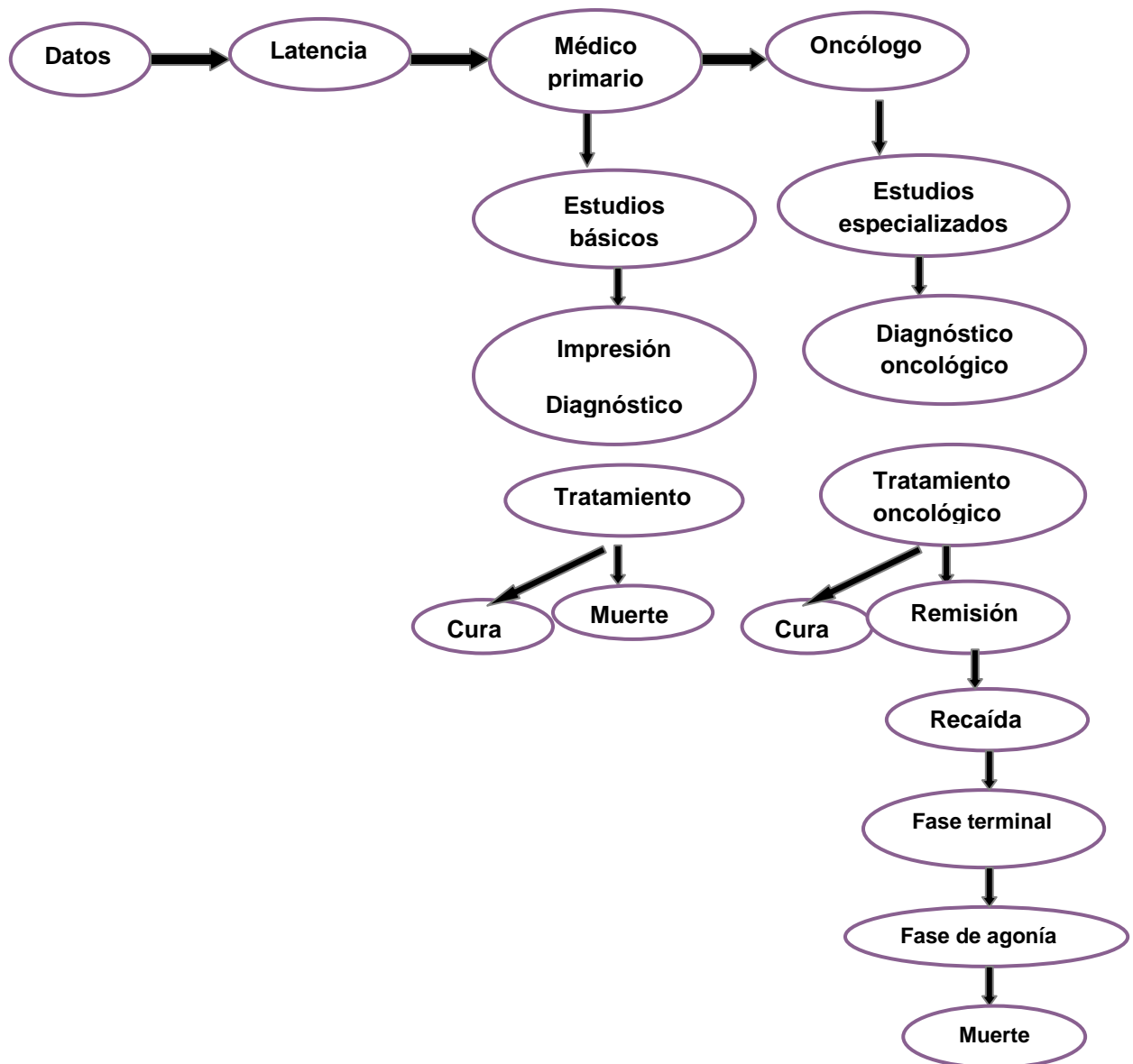


Figura 7. Algoritmo psicológico del cáncer

5.2 Proceso psicológico en la intervención del tratamiento

Es fundamental reconocer que el paciente es un ser humano que piensa, siente, escucha, dice, se responsabiliza y participa de forma activa en la toma de decisiones para sus tratamientos; características importantes en el proceso psicológico de su padecimiento y útiles en las etapas de diagnóstico, tratamiento, remisión de la enfermedad, recaída, fase terminal, de agonía y muerte, cuando se requiere de mucha atención.

5.2.1 Fase de diagnóstico

El paciente y la familia, ante el diagnóstico de cáncer, cruzan por un proceso psicológico de afrontamiento y duelo. La doctora Kubler Ross (1969, citado en Alvarado, 2004), menciona cinco fases: negación, depresión, cólera, reajuste y aceptación, y hace especial énfasis al mencionar que no tienen orden de presentación, e incluso se pueden presentar en forma conjunta.

Es frecuente que el paciente reaccione negando la información de su médico primario respecto al diagnóstico, y busque otras opiniones con el fin de confirmar que la información primera sea una equivocación. Se ha referido que no existe una forma sencilla de comunicar el diagnóstico de cáncer, el cual mucho depende del médico, de su experiencia, sensibilidad y sentido humanitario. Hoy día aún se discute la conveniencia del qué, cómo, cuándo, dónde y a quién informar sobre el diagnóstico. En un principio, el paciente es la persona más importante en la interrelación médico-paciente-familia, por lo tanto, es fundamental preguntarle al enfermo desde el inicio si desea tener dicha información, dado que es a quien se le ofrecerán y brindarán los tratamientos oncológicos. La comunicación debe ser clara, abierta, real y honesta con el fin de permitir una mejor adherencia a los tratamientos requeridos. Al mismo tiempo, es importante valorar las situaciones anímicas de la persona antes de dar la información o de iniciar cualquier tratamiento, dado que la incertidumbre genera

preocupación, ansiedad, miedo y angustia ante lo desconocido, por lo que se requiere de un soporte emocional para contender con dichas reacciones.

5.2.2 Fase de tratamiento oncológico

Según Alvarado (2004), los tratamientos oncológicos para el cáncer, como la cirugía, quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia, resultan ser agresivos y no es posible impedir el daño al paciente. Mientras el médico piensa en términos de curación, el paciente piensa en términos de la deformación por su enfermedad, sus tratamientos o ambos.

5.2.3 Fase de remisión

Es una etapa donde se demuestra a través de estudios y valoraciones que la enfermedad ya no está presente gracias a que los tratamientos oncológicos han resultado favorables. Los pacientes y la familia tienen reacciones emocionales encontradas. Por una parte, sienten tranquilidad y alegría con respecto al equipo terapéutico, y por otra, tienen inquietud ante la incertidumbre y desamparo por no estar en vigilancia estrecha de los médicos tratantes; entonces surge la necesidad de un proceso de contención emocional.

5.2.4 Fase de recaída

En la recaída se demuestra a través de nuevos estudios que la enfermedad ha regresado, ya sea en el lugar donde inició o en órganos contiguos o distantes, como metástasis. Se considera la etapa de mayor impacto y de difícil trato, debido a que desencadena reacciones más importantes en comparación a la fase diagnóstica. El paciente y la familia experimentan enojo, ira, agresividad e incluso es cuando se presenta con mayor posibilidad las demandas ante la inconformidad o la duda que los tratamientos previos no fueron los adecuados.

5.2.5 Fase terminal

El paciente terminal presenta dos o más disfunciones irreversibles y está fuera de tratamiento oncológico curativo, por lo tanto, se le ofrecen los cuidados paliativos con el objetivo de disminuir al máximo todos los signos y síntomas propios de la enfermedad, buscando mayor confort.

Tanto el paciente como la familia presentan desesperanza, tristeza, duelos anticipatorios y depresión ante el deterioro físico. Se ha demostrado que los pacientes que se reconocen en etapa terminal, junto con su familia, buscan con mayor frecuencia tratamientos alternativos.

Por el contrario, también manifiestan tranquilidad, calma y sensación de satisfacción. Es frecuente que el paciente ponga en orden sus cosas, pensamientos y pendientes con la finalidad de evitar problemas posteriores.

5.2.6 Fase de agonía

“Lo único cierto es, que vamos a morir; pero lo más incierto es, el cómo y cuándo de nuestra muerte”, señalaba Albert Camus en *La Peste*, y es en esta fase cuando la muerte es inminente. Es el periodo en el que sólo se espera su llegada, aun cuando el momento es incierto. Se requiere de gran apoyo para la familia debido a la enfermedad y al gran deterioro del enfermo, ya que resulta angustiante, desesperante y doloroso ver a su ser querido próximo a morir; sin embargo, cuando desde el inicio del proceso de enfermedad existe una comunicación clara, abierta, con la idea de compartir el sufrimiento, vivir juntos y apoyarse mutuamente, esta fase y el momento de morir resultan también un nuevo inicio, una nueva vida.

5.2.7 Muerte

Definir la muerte resulta difícil; por lo tanto, es necesario retomar los criterios de grandes estudiosos que explican que la muerte se presenta en un ser humano cuando existe:

- 1) Ausencia de respuesta cerebral (coma profundo);
- 2) Apnea (falta de respiración);
- 3) Carencia de actividad cerebral demostrada por electroencefalograma;
- 4) Pupilas dilatadas
- 5) Inexistencia de reflejos cefálicos (pupilares, auditivos).

Es importante referir las connotaciones socioculturales y filosóficas en relación al paciente que muere y la familia. El punto central corresponde el no estar, porque en nuestra mente, esos seres queridos, ya muertos, siguen presentes. Por ejemplo, cuando un padre muere sigue siendo papá, los hijos conservan su imagen, amor, protección, confianza, enseñanzas, sufrimientos, angustias y enojos que dieron forma y estructura a la idea y conceptualización. La familia del paciente muerto requiere de atención psicológica para el manejo del proceso de duelo ante la pérdida para no dejar secuelas importantes, dado que la mayoría de los familiares refieren que les faltó algo, lo que origina sentimientos de culpabilidad que los harán sufrir después. Algo similar sucede en los miembros del equipo terapéutico, quienes presentan reacciones emocionales de frustración, tristeza, ira, ansiedad y angustia. Los médicos sienten abandono, rechazo e ironía.

5.3 Líneas de investigación

Bajo este campo de acción, la Psico-oncología se ha desarrollado en tres líneas de investigación (Velázquez, et al., 2007):

- ❖ En primer lugar, el efecto desencadenante del cáncer sobre las emociones a través de temas tales como el impacto emocional ante la sospecha de un posible diagnóstico de cáncer, las consecuencias emocionales de la comunicación del resultado de las pruebas genéticas de vulnerabilidad al cáncer, el impacto traumático de la enfermedad neoplásica, hasta el punto de producir síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad por estrés post-traumático, las consecuencias de la comunicación del diagnóstico de cáncer, las secuelas psicológicas, especialmente síntomas de ansiedad, depresión, o malestar psicológico en pacientes con cáncer, y la carga emocional que se desencadena en los familiares del paciente.

- ❖ En segundo lugar se ha estudiado también una posible reacción inversa, es decir, si las emociones pueden desencadenar o al menos influir en el proceso neoplásico. Por ejemplo, se han investigado temas como el papel de los sucesos vitales estresantes previos en el desarrollo del cáncer, el papel de la depresión, la regulación emocional, la expresión emocional, el control percibido, el afrontamiento emocional, y un subconjunto de estos factores de vulnerabilidad en el desarrollo del cáncer.

- ❖ Por último, el efecto del tratamiento psicológico sobre la enfermedad neoplásica, desde diferentes puntos de vista, a saber: mejoramiento de la expresión emocional, el beneficio con respecto a diversos abordajes,

técnicas o teorías que propone el modelo psicosocial, y el efecto del tratamiento psicológico sobre la supervivencia.

La investigación, en particular los estudios controlados, necesitan expandirse. Ya existen investigaciones que demuestran el impacto positivo de la intervención a nivel de síntomas y bienestar psicosocial, que ha sido mostrado mediante un meta-análisis; también es de mencionarse el estudio clásico de Meyer y Fawzy (1995, citados en Velázquez, et al., 2007), cuyos datos muestran un resultado positivo en la calidad de vida y una reducción de los síntomas problemáticos. Así como el estudio de Spiegel (1989, citado en Velázquez, et al., 2007), desarrollado durante 10 años, que demostró que mujeres con cáncer de mama metastático que recibieron tratamiento psicológico, tenían mayor supervivencia que un grupo control.

5.4 Áreas de la psico-oncología

Finalmente, los niveles de atención de la Psico-oncología se desarrollan en las siguientes áreas:

- Prevención,
- Información al paciente,
- Preparación a la hospitalización y al tratamiento,
- Efectos secundarios al tratamiento,
- Dolor,
- Relaciones familiares,
- Fase Terminal,
- Entrenamiento al personal sanitario, y
- Adaptación general a la enfermedad.

Estos niveles se emplean siempre que se considere oportuno, como tratamiento complementario y en ningún caso sustituyendo las intervenciones biomédicas.

5.5 Alternativas de tratamiento psico-oncológico

Entre los procesos psicoterapéuticos se encuentran: la psicoterapia breve, la de apoyo, la de esclarecimiento; técnicas cognitivo conductuales; técnicas de relajación; técnicas de desensibilización sistemática; hipnosis; y psicoterapia de pareja, de familia y de grupo. El uso de psicofármacos es una herramienta fundamental para el tratamiento de los trastornos psicológicos y psiquiátricos, más frecuentes en los pacientes con cáncer, que solos o en combinación, dan resultados muy favorables (Alvarado, 2004). De acuerdo con lo publicado hasta ahora, se concluye que la Psico-oncología está evolucionando. De ser sólo una actividad al cuidado de alteraciones emocionales y afectivas, pasó a ser un tratamiento de las circunstancias de la enfermedad cada día más ineludible, más amplio, más efectivo y con un enfoque etiológico (Velázquez, et al., 2007).

Las áreas psicológica, social, ética y espiritual del cáncer, han comenzado a ser exploradas sistemática y activamente en los pasados 20 años, por pequeños grupos en diversos centros oncológicos del mundo. La psicoterapia junto con otros abordajes terapéuticos bien seleccionados, han demostrado utilidad para pacientes específicos. Claramente, la Psico-oncología ha llenado una necesidad en el abordaje del paciente con cáncer.

Para asegurar el interés en la calidad de vida y apoyar los aspectos de cuidado, hay necesidad de establecer una unidad de Psico-oncología por cada centro oncológico, lo que conlleva a la formación de más especialistas en esta área y mayor investigación de la misma.

CONCLUSIONES

Desafortunadamente, en nuestro país, la psicología no siempre es considerada como una necesidad en el ámbito hospitalario. De hecho, prácticamente los únicos trabajos de investigación en los escenarios de salud que se llevan a cabo, son los que solicita el personal en proceso de titulación, como la obtención de tesis de maestría o doctorado (Bazan, 2005).

A pesar de existir pocos estudios sobre la psico-oncología, hay una gran probabilidad que el programa en cuestión signifique de gran ayuda para que los pacientes fomenten el auto-cuidado, ya que las herramientas metodológicas aquí propuestas, contemplan un conjunto de variables correlacionadas en cuanto al paciente, su estado emocional, los efectos que provoca la enfermedad en el área personal, familiar y social; el grado de interferencia de la enfermedad, la percepción de apoyo social y el locus de control sobre la salud que tiene el individuo.

Es importante notificar que el desarrollo del presente programa se diferencia de otros que se enfocan exclusivamente en la toma de medicamentos. Aquí se encuentran valorados la fomentación al auto-cuidado, la autoestima, el locus control sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento. También hay que señalar que en el presente estudio se ofrece un pre-test y post-test, que nos indicarán el grado de efectividad del mismo.

Los pocos trabajos sobre el tema que nos ocupa señalan que aún falta mucho por hacer para que la psico-oncología obtenga un sitio en el sector salud. En términos generales, en el año 2004 en México, habían 2,000 psicólogos en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a 90 millones de habitantes (Rodríguez y Rojas, 1998, citados en Bazan, 2005), lo cual contrasta en gran medida con Cuba, país que por su estructura social tiene una cobertura de servicios de salud en su población al 100%, contando con 1,600 psicólogos (Grau, 1996, citado en Bazan,

2005) para su población. Por otra parte, en Estados Unidos, sí se aborda la estrecha relación existente entre comportamiento y salud-enfermedad, lo cual se ha conceptualizado como comportamientos de riesgo o conductas protectoras (Sánchez Sosa, 1998, citado en Bazan, 2005).

Reconocidos tanto la nueva situación sanitaria de la población mexicana como el papel esencial de las condiciones sociales, ambientales y personales en su determinación, a decir de Reynoso y Seligson (2005), el trabajo del psicólogo en el campo de la salud deberá enfocarse al cumplimiento de las siguientes premisas básicas:

- Cambios en la conducta (estilos de vida), pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades.
- La conducta y su relación con factores ambientales incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas.
- Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

Las principales áreas de investigación de la psicología en este sector, podrían ser:

- El estilo de vida de las personas como protector o disparador de enfermedades crónico-degenerativas.
- El papel del estrés en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas (p. ej., enfermedades cardiovasculares, cáncer, úlceras pépticas, etc.).
- El impacto del medio ambiente en el desarrollo de diversos tipos de neoplasias.
- El papel de regímenes alimenticios y de ejercicio en enfermedades crónicas como la hipertensión, coronariopatías y cáncer, entre otras.

Por otra parte, las líneas de desarrollo de la psicología pueden ser las siguientes:

- Realizar investigaciones con el objetivo de cambiar el estilo de vida de las personas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas.
- Diseñar y aplicar programas de intervención con el objeto de modificar conductas que por sí mismas constituyan un problema.
- Intervenir con el objetivo de enfocar el cambio de conducta hacia la persona que proporciona cuidados en el área de la salud, con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios.
- Diseñar y aplicar programas para mejorar la adherencia terapéutica, entendida como el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales.
- Diseñar y desarrollar programas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas (como problemas cardíacos, cáncer y diabetes, entre otros).

Actualmente existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y problemas de riesgo, para las cuales es factible establecer programas preventivos(Reynoso y Seligson, 2005).

La prevención ha sido dividida tradicionalmente por los médicos en tres niveles; sin embargo, vale la pena considerar cuatro categorías que son las siguientes:

- a) Prevención primaria. Consiste en intervenciones para prevenir enfermedades (p. ej., vacunas o cambios conductuales y medioambientales).
- b) Prevención secundaria. Intervención temprana que quizá incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad (p.ej., la detección temprana de cáncer).
- c) Prevención terciaria. Intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual

probablemente se incluya la medicina clínica (p. ej., un régimen dietético e insulínico para pacientes con diabetes que ayude a prevenir un daño orgánico).

- d) Prevención cuaternaria. Esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento (p. ej., terapia física o de lenguaje).

Con todo lo anterior y en base a los resultados observados, podría decir que todo paciente que enfrenta un padecimiento como el cáncer, debiera ser sujeto de un programa psico-oncológico para poder llevar de menor manera su problemática. Para que ello se factible se requiere de recursos tanto humanos como de infraestructura y económicos. Sólo así la población en general y la de pacientes con cáncer en particular, pueden ser orientadas en relación con las terapias de afrontamiento.

APÉNDICE

1

PRE-TEST Y POST-TEST

Es importante que sepa que los datos de la encuesta SERÁN CONFIDENCIALES y tendrán una incidencia importante en el diseño de programas de apego a los tratamientos médicos. Es muy importante que responda a todas las preguntas CON TOTAL SINCERIDAD. Si requiere de mayor información por favor hágalo saber. Agradezco su participación y el tiempo dedicado. Muchas gracias por su colaboración.

Nombre:

Sexo:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Ocupación:

Estudios:

1. ¿Qué parte de las indicaciones médicas le cuesta más trabajo seguir?
 - a) La actividad física (ejercicios)
 - b) Apegarme a mi dieta
 - c) La toma de medicamentos
 - d) Todas _____

2. ¿Por qué no toma sus medicamentos?
 - a) Por lo costoso que son
 - b) Porque me hacen sentir mal
 - c) Creo que son muchos medicamentos
 - d) Porque no me permiten hacer mi vida social (fumar, beber, ir a las fiestas)

3. La información que tiene de su enfermedad y tratamiento, ¿cómo la obtuvo?
 - a) El médico me la ha informado
 - b) Yo he investigado
 - c) Me la han dado amigos o cualquier otra persona
 - d) No me importa conocer

4. ¿Por qué no acude puntualmente a sus citas médicas?
- a) No me gusta ir
 - b) No dispongo de tiempo
 - c) Por lo costoso que es
 - d) Porque creo que no es necesario
5. ¿Cree que el tratamiento médico no es el adecuado para su enfermedad?
- a) Confío en el tratamiento
 - b) Tengo dudas
 - c) Me gustaría conocer otra opinión
 - d) Creo que es excesivo el tratamiento
6. ¿Qué sintió cuando supo de su enfermedad?
- a) Tuve confianza en que me recuperaría
 - b) Desconocía totalmente que es ésta enfermedad
 - c) Que no me recuperaría
 - d) Que me iba a morir
7. ¿Cómo siente que es su vida después de habersele detectado el cáncer?
- a) Estable
 - b) Con muchos problemas
 - c) Ya no soy feliz
 - d) Tengo miedo a morir
8. ¿Cómo se relaciona con su familia después de haberse enfermado?
- a) Bien
 - b) Ha cambiado un poco
 - c) Siento que no me comprenden
 - d) Se han alejado
9. ¿Cómo se desempeña en sus deberes después de haberse enfermado?
- a) Bien
 - b) Ha cambiado un poco
 - c) Me cuesta trabajo realizarlos
 - d) Ya no los realizo

10. ¿Se desespera con suma facilidad a raíz de que se enfermó?
- a) No
 - b) Un poco
 - c) Lo normal
 - d) Demasiado
11. ¿Qué lugares frecuenta para distraerse?
- a) Fiestas
 - b) Casa de los familiares o amigos
 - c) Iglesia o grupo de autoayuda
 - d) No salgo
12. ¿Necesita que otra persona esté al pendiente de usted?
- a) No
 - b) En pocas ocasiones
 - c) Muy seguido
 - d) Todos los días
13. ¿Cómo es su desempeño sexual a raíz de que se enfermó?
- e) Igual
 - f) Ha cambiado un poco
 - g) Ha cambiado mucho
 - h) Ya no me interesa
14. ¿Cómo ha cambiado su nivel económico a raíz de su enfermedad?
- a) Nada
 - b) Un poco
 - c) Mucho
 - d) Drásticamente
15. La enfermedad le ha traído:
- a) Pocos cambios físicos
 - b) Dolencias físicas
 - c) Muchos sufrimientos
 - d) Muchos trastornos y enfermedades

16. ¿Cuándo le detectaron el cáncer?

- a) Menos de un año
- b) Más de un año
- c) Más de tres años
- d) Más de cinco años

17. ¿En qué lugar se le ha detectado el cáncer?

18. ¿Cree que el lugar donde tiene el cáncer provoca que se recupere más lento?

- a) Sí
- b) No
- c) No lo se
- d) No me interesa

19. ¿Cómo se ha manifestado el tumor canceroso?

- a) Ha estado estable
- b) Ha avanzado poco
- c) Está avanzando muy rápido
- d) Ha invadido otros órganos

20. ¿Está bien informado en qué consiste su enfermedad, cuáles son los cuidados que debe tener y qué medicamentos debe tomar?

- a) No
- b) Estoy poco informado
- c) Tengo algunas dudas
- d) Estoy bien informado

21. ¿Quién está al pendiente de que tome sus medicamentos?

- a) Nadie
- b) Otra persona
- c) Otro familiar o amigo
- d) Mi pareja o hijos

22. ¿Quién está al pendiente de que usted asista a sus citas médicas?

- a) Nadie
- b) Otra persona
- c) Otro familiar o amigo
- d) Mi pareja o hijos

23. ¿Cuál es su mayor inquietud?

- a) Que me abandonen
- b) El costo de mi tratamiento
- c) Que mis familiares no puedan apoyarme totalmente
- d) Que me recupere lentamente

24. ¿Está satisfecho con la atención que le da su médico y enfermera?

- a) Nada satisfecho(a)
- b) Un poco satisfecho(a)
- c) Satisfecho(a)
- d) Totalmente satisfecho(a)

25. ¿Trata de ocultar su enfermedad?

- a) Sí
- b) La mayoría de las veces
- c) En ocasiones
- d) No

26. ¿Quién cree que es responsable de haberse enfermado?

- a) Yo soy responsable
- b) Creo que nací muy débil
- c) Por necesidades externas (trabajo, descuido, por genética...)
- d) Nadie

27. ¿Con qué frecuencia realiza actividades gratificantes?

- e) Nunca
- f) Cada 15 días o al mes
- g) Cada semana
- h) Todos los días

28. Si tiene un vicio, ¿con qué frecuencia lo realiza?

- a) Todos los días
- b) Cada semana
- c) Cada 15 días o al mes
- d) No tengo

29. ¿La manera de pensar de los demás influye en su tratamiento médico?

- a) Totalmente
- b) Mucho
- c) Un poco
- d) Para nada

30. ¿Considera que su forma de enfrentar su tratamiento médico ha sido el adecuado?

- a) No
- b) Me ha faltado mucho por hacer
- c) No estoy seguro(a)
- d) Totalmente seguro(a)

Desea agregar algo: _____

Observaciones al pre-test y post-test

Para evaluar este instrumento de evaluación se deberá tener en cuenta lo siguiente:

Las primeras cinco preguntas califican a la variable grado de información y adhesión al tratamiento.

Las preguntas del 6 al 10 corresponden a la variable exploración del estado emocional de los pacientes.

Las variables de la conducta de enfermedad abarcan las preguntas del 11 al 15

Las variables de grado de interferencia de la enfermedad son las enumeradas del 16 al 20.

Las variables de percepción de apoyo social, tienen los números 21 al 25.

El locus control están señalados con los números del 26 al 30.

2

CREENCIAS IRRACIONALES (ELLIS)

- 1) Deben amarme y aceptarme las personas importantes para mí
- 2) Debo ser competente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga
- 3) Las personas que son malvadas e infames deben ser castigadas por su maldad
- 4) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a mí me gustan
- 5) Mi desgracia y malestar se dio por factores externos y no tengo capacidad para controlar mis emociones
- 6) Me siento terriblemente inquieto cuando pasa algo peligroso y pienso constantemente que puede volver a ocurrir
- 7) Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente
- 8) Dependo de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar
- 9) Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre
- 10) Me siento muy preocupado por los problemas de los demás
- 11) Creo que existe una solución perfecta para cada problema

3

EXPOSICIÓN DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

1. RELAJACIÓN PROGRESIVA

Para empezar, el terapeuta debe pedirle al paciente que se relaje y cierre los ojos. Después de 1 ó 2 minutos se comienza con la aplicación de los ejercicios, el objetivo es que el paciente aprenda a tensar y luego relajar los distintos grupos musculares del cuerpo. Es importante que el paciente esté consciente de las sensaciones que siente al tensar y relajar los grupos musculares.

2. RELAJACIÓN PASIVA

Relajar grupos musculares, es muy útil cuando: a) las personas no pueden relajarse fácilmente, después de haber tensado los músculos; b) cuando no se recomienda tensar ciertos músculos y, c) como ayuda inicial para personas que encuentren difícil relajarse en casa.

En esta técnica se intercalan también frases típicas de la relajación autógena (hacen referencia a sensaciones de peso y calor) y breves indicaciones focalizadas en la respiración. Se le pide al paciente que se relaje y cierre los ojos, de ahí el terapeuta enseña a relajar todos los grupos musculares en el mismo orden que se sigue en la relajación progresiva. Las frases autógenas entran cuando se le menciona al paciente que sienta una pesadez y calor suave en esos músculos. La técnica dura unos 20 minutos y sólo se da pausas de 2 o 3 segundos necesarios. La voz debe ser más lenta y pausada que la que se utiliza en la relajación progresiva. Las indicaciones de la respiración se dan cuando se termina de relajar el último grupo muscular.

GRUPOS MUSCULARES	EJERCICIOS
Mano, antebrazo y bíceps dominantes	<p>Se aprieta el puño</p> <p>Se empuja el codo contra el brazo del sillón</p> <p>Se repite con el otro brazo</p>
Frente, ojos y nariz	Se levantan las cejas lo más alto que se pueda, se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
Boca y mandíbula	<p>Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas</p> <p>Se aprieta la boca hacia afuera , luego se abre la boca</p>
Cuello	Se dobla hacia la derecha y a la izquierda, luego hacia adelante y atrás
Hombros, pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando juntar los omoplatos
Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración luego se saca la respiración
Piernas, pantorrillas y pies	<p>Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento o suelo</p> <p>Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro</p> <p>Se empieza con el lado derecho y luego el izquierdo</p>
Secuencia completa de músculos	Sólo relajación

Tabla 3. Secuencia de los grupos musculares

3. RELAJACIÓN AUTÓGENA

El objetivo es inducir al sujeto a la relajación por medio de autosugestiones, brindándole:

Sensaciones de pesadez y calor en las extremidades

Regulación de los latidos del corazón

Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo

Concentración pasiva en la respiración

La sugerencia de esta técnica es que el sujeto logre relajarse automáticamente a través del entrenamiento frecuente. El paciente debe enfocarse en las partes del cuerpo que le pide el terapeuta, a fin de sentir pesado y caliente las partes que le mencione y enfocarse en la respiración.

3. LA RESPUESTA DE RELAJACIÓN

Se utiliza un “mantra” o palabra secreta dicha en susurros para lograr una meditación profunda. La palabra puede ser cualquiera, el objetivo es lograr cambios fisiológicos. De éstos, los más encontrados son: decrementos en el consumo de oxígeno, decrementos en la eliminación del dióxido de carbono y decrementos en la tasa respiratoria. El objetivo es lograr la respiración activa, concentrándose en la palabra para conseguir respirar más lenta y pausadamente.

4

CUESTIONARIO “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO”

1. ¿Cuando tiene un problema busca la ayuda de otras personas?

Sí _____ No_____

¿A quién(es)?

¿Qué ha obtenido?

2. ¿Cuando tiene un problema?

Lo resuelve de inmediato

Lo evade

Piensa detenidamente cómo resolverlo

3. ¿Se sigue esforzando en tener éxito?

¿Por qué?

¿Se siente satisfecho?

4. ¿Se preocupa por el futuro?

Mucho () Lo normal () Poco () Nada ()

5. ¿Es importante para usted lo que piensen los demás?

Mucho () Lo normal () Poco () Nada ()

6. ¿Tiene esperanzas de que las cosas van a mejorar?

Mucho () Lo normal () Poco () Nada ()

7. ¿Realiza actividades relajantes?

Sí _____ No_____

(Si responde sí, pase a las siguientes preguntas)

¿Cada qué tiempo?

¿Con quiénes?

8. ¿Asiste a grupos de autoayuda o a otro círculo social?

Sí _____ No_____

(Si responde sí, pase a las siguientes preguntas)

¿A cuál?

¿Cada qué tiempo?

9. ¿Sigue fomentando la amistad con sus amigos íntimos?
¿Por qué?

10. ¿No le interesa conocer más acerca de su enfermedad?
Mucho () Lo normal () Poco () Nada ()

11. ¿Se siente culpable o responsable de haberse enfermado?
(Si responde sí, conteste las siguientes preguntas)
¿Por qué?
¿Cómo se siente?

12. ¿Cree que usted sólo podrá enfrentar su enfermedad?
Sí _____ No_____

13. ¿Busca apoyo espiritual?
Sí _____ No_____
(Si responde sí, pase a las siguientes preguntas)
¿Cada qué tiempo?
¿Qué ha logrado?

14. ¿Piensa que su enfermedad le ha traído algo positivo?
Sí _____ No_____
(Si responde sí, conteste la siguiente pregunta)
¿Qué?_____

15. ¿Cuando tiene alguna duda acude a un profesional?
Sí _____ No_____

16. ¿Realiza algún deporte?
Sí _____ No_____
¿Qué ha obtenido?

17. ¿No sabe cómo debe enfrentar su enfermedad?
Sí _____ No_____

18. ¿Tiene un vicio?
Sí _____ No_____
(Si responde sí, conteste la siguiente pregunta)
¿Cuál?_____

Desea agregar algo: _____

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, G. G. C., Álvarez-Gordillo, J. F., Dorantes, J. E., y Halperin, F. D. (2000). *Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México*. Revista Salud Pública de México, Vol. 42(6),520-528. ISSN 0036-3634.
- AmuletosTalismanes. (s/f). Recuperado el 24 de mayo de 2011, de <http://www.activapsicologia.com/noticias/PDF/AmuletosTalismanes.pdf>
- Aranda, F. C. E. (2009). *Prevención primaria del cáncer cervicouterino*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA Vol.8(1). Recuperado el 3 de junio de 2011, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Ascher, M., y Hatch, M.(1998). *El empleo de la Intención Paradójica en Terapia de Conducta*. En Caballo, V. (Comp.) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: Siglo XXI. Cap. 12.
- Ballester, A. R. (2003). *Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartmental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA*. [Versión electrónica], Universidad Jaime I de Castellón. Psicothema. Vol. 15(4), 517-523. ISSN 0214–9915. Recuperado el 29 de marzo de 2011, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=750052>
- Bazan, R. G. E. (2005). *Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. Healthpsychologycontributiontothemexican hospital environments*. [Versión electrónica], Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Psicología y Ciencia Social, Vol. 5(2). Recuperado el 24 agosto de 2010, de <http://www.iztacala.unam.mx/PyCS/pdf/51-3.pdf>
- Cancerdepiel. (s/f). Recuperado el 11 de junio de 2011, de <http://cancerdepiel.blogspot.com/>
- Canceretapas. (s/f). Recuperado el 14 de junio de 2011, de <http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/etapascancer.htm>
- Carlen, M. A, Kasanzew, A. y López, P. F. A. (2009). *Tratamiento Cognitivo Conductual de los celos en la pareja*. [Versión electrónica], Revista Electrónica de Psicología Iztacala.Vol. 11(2). Recuperado el 29 de agosto de 2010, de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

- Cervantes, S. C., y Torrecillas, T. L. (2004). *Infertilidad posterior a la quimioterapia antineoplásica*. [Versión electrónica], *GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA*. 3 (1). Recuperado el 25 de abril de 2011, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Chávez, A. E. G. (2004). *Estrategias de afrontamiento a la ansiedad de evaluación y su relación con el desempeño académico en estudiantes universitarios incorporados a modelos educativos innovadores*. [Versión electrónica], Universidad de Colima. Facultad de Psicología. Recuperado el 5 de junio de 2011, de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ELSA_GUADALUPE_CHAVEZ_DE_A_NDA.pdf
- Contenido inegi (s/f). Recuperado el 7 de junio de 2011, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e>
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C. y Gómez, V. (2007). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (irc) en tratamiento de hemodiálisis*. [Versión electrónica], Acta colombiana de psicología. Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia. 10(2): 169-179. Recuperado el 5 de junio de 2011, de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf
- Coronado, R., L., García, C., M., Velásquez, M., A., Morales, B., R y Alvarado, A., S. (2007). *Aspectos Psicológicos del cáncer de pulmón*. [Versión electrónica], *GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA*. 6(4). Recuperado el 28 de abril de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Deffenbacher, J. (1998). *La Inoculación de Estrés*. En Caballo, V. (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI. Cap. 26.
- Ehrenzweig, S. Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 25 (001), 1794-4724. Universidad del Rosario.
- Erazo, V., A., A., y Silva, U., M. (2009) *Recomendaciones en cáncer de mama metastático*. [Versión electrónica], *GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA* Vol. 8(2). Recuperado el 24 agosto de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Erazo-Valle, S. A. A. (2008). *Comentario Editorial*. [Versión electrónica], *GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA* ISSN: 1665-9201. 3(1). Recuperado el 25 de abril de 2011, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Escobar, I., knobel, H., Polo, R., Ortega, I., Martín-Conde, M. T., Casado, J. L., Codina, C., Fernández, J., Galindo, M. J., Ibarra, O., Llinas, M., Millares, C.,

- Riera, M., Fumaz, C. R., Segador, A., Segura, F. y Chamorro, I. (2004). *Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. [Versión electrónica], FARMACIA HOSPITALARIA, MADRID. Vol. 28(1). Recuperado el 6 de junio de 2011, de <http://www.grupoaran.com/mrmUpdate/lecturaPDFfromXML.asp?IdArt=456991&TO=RVN&Eng=0>
- Fantin, M. B., Florentino, M. T. y Correché, M. S. (2005). *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis*. [Versión electrónica], Universidad Nacional de San Luis. Vol. 28(1), 163-180. Recuperado el 6 de junio de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/184/18411609.pdf>
- Fernández, C. J. y Edo, I. S. (1994). *¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?* [Versión electrónica], Universidad Autónoma de Barcelona. *Anales de psicología*, 10(2), 127-133. Recuperado el 5 de junio de 2011, de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/03-10_2.pdf
- Flórez. (2003). *El desarrollo de la conducta saludable: Un proceso segmentado por etapas*. *Psicología social de la salud*. Manual Moderno. Pp. 29-68.
- Flores-Sarazúa, E., Borda-Más, M. y Pérez-San G. M. A. (2006). *Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6(2), 285-300. ISSN 1697-2600.
- Galeote, M. (2005) *Adherencia al tratamiento crónico: preguntar para saber, eso es aprender*. BOLETIN INFORMATIVO SOBRE MEDICAMENTOS. Nº 41. ISSN 1138-0365
- García-Fabela, R. O. (2010). *Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA Vol. 9(3). Recuperado el 24 agosto de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Ginarte, A. Y. (2001). *La adherencia terapéutica. Experiencia médica*. *Revista Cubana Médica General Integral*. *RevCub Gen Int*; 17(5), 502-5.
- Gómez, G. A., y Escobar, B. (2006). *Estrés y sistema inmune*. *Revista Mexicana de Neurociencias*. Vol. 7(1), 30-38.
- Gutiérrez-Vidrio, R. M. (2003). *Cáncer de piel*. [Versión electrónica], *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*.

Vol.46(4). Recuperado el 11 de junio de 2011, de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-4/RFM46411.pdf>

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, M. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: *efectividad de un programa de intervención biopsicosocial*. [Versión electrónica], Univ. Psychol. Vol.5(3). ISSN 1657-9267. Bogotá. Recuperado el 3 de junio de 2011, de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300009&script=sci_arttext&tlng=pt

Instituto Nacional del cáncer. (s/f). Recuperado el 11 de junio de 2011, de <http://www.cancer.gov/cancertopics/commoncancers>

Juan, L. E. (2001). *Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

Krzemien, D., Monchiatti, A., y Urquijo, S. (2005). *Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de auto distracción*. [Versión electrónica], Vol. 22(2). Buenos Aires. Recuperado el 30 de mayo de 2011, de http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

Libertad, M. A. (2004). *Acerca del concepto de adherencia terapéutica*. [Versión electrónica], Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 30(4). ISSN 0864-3466. Ciudad de La Habana. Recuperado el 3 de junio de 2011, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext&tlng=pt

Marín-Reyes, F., y Rodríguez-Morán, M. (2001). *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial*. [Versión electrónica], Salud pública Méx. Vol. 43(4). ISSN 0036-3634. Recuperado el 4 de junio de 2011, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342001000400010&script=sci_arttext

Martín, A. L., Sairo, A. M. y Bayarre, V. H. (2003). *Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos*. [Versión electrónica], Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 19(2).

Martín, D. M., Jiménez, S. P. y Fernández-Abascal, E.G. (s/f). *Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento*. [Versión electrónica], Universidad

Nacional de Educación a Distancia.(e3a). España. Recuperado el 29 de Marzo de 2011, de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-León, A., y González-Jareño, M. I. (2006). *Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés*. [Versión electrónica], Psicothema. ISSN 0214–9915. Recuperado el 2 de junio de 2011, de <http://www.psicothema.es/pdf/3177.pdf>
- Merle J. L. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. [Versión electrónica], Organización Panamericana de la Salud. ISBN 92 75 32531 6. Recuperado el 2 de junio de 2011, de <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>
- Milán, M. y Mitchell, P. (1993). *La generalización y el mantenimiento de los efectos del tratamiento*. En V. Caballo (dir). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
- Mora, G. M., y Raich, E. R. M. (2004). *Una revisión de estudios de intervención sobre las alteraciones de la imagen corporal*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Morgan, V. G., Silva-Urbe, A. M., y Sat, M. D. (2008). *Estudios de casos-controles y Factores de riesgo para cáncer colorrectal*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA. Vol. 9(2). Recuperado el 25 de abril de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Muciño-Ortega, E., y Mould-Quevedo, J. F. (2010). *Evaluación económica de sunitinib como tratamiento de primera línea para cáncer de células renales metastásico en México*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA. Vol. 9(2). Recuperado el 24 agosto de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Nezu, A., y Nezu, C. (1998). Entrenamiento en Soluciones de Problemas. En Caballo, V. (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI. Cap.22.
- Ochoa C., F. J. (2008) *4 de febrero, Día Mundial Contra el Cáncer*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA Vol. 7(1). Recuperado el 24 agosto de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Olivares, B. G., Naranjo, F. M. E. y Alvarado, A. S. (2007). *Cáncer de mama y bienestar subjetivo*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA. Vol. 6(4). Recuperado el 4 junio de 2011, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>

- Olvera, M. J. y Soria, T. M. R. (2008). *La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH*. [Versión electrónica], Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 11(4). Recuperado el 2 de junio de 2011, de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Ortín, M. F. J., Olmedilla, Z. A., Garcés de los Fayos, R. E. J. e Hidalgo, M. M. D. (2008). *Locus de control y vulnerabilidad a la lesión en fútbol semi profesional*. [Versión electrónica], Dirección General de Deportes-CARM. Facultad de Psicología. Vol. 8(2), 101-112. ISSN: 1578-8423.
- Orueta, R. (2006). *Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica*. [Versión electrónica], Revista Clínica de Medicina de Familia. Vol. 1(4), 185-192. Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (redalyc).
- Palacín, F. J., Silva, C. D., y Krotter, L. (2002). *Factores Cognitivos en la Adherencia al Tratamiento*. IX congreso internacional de Psiquiatría. AAP, Bs As, Argentina.
- Patterson, W. M., Bienvenu, O. J., Chodynicky, P., Janniger, C. K., y Schwartz, R. A. (2001). Trastorno dismórfico corporal. *Journal of Dermatology*. 40: 688-690.
- Peña, F. (s/f). Recuperado el 30 de agosto de 2010, de <http://rebt.org/>
- Poitevin, Ch. M. A. (2009). *Estrategias de cardioprotección en radioterapia. Cardioprotective strategies in radiotherapy*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA. Vol. 8(3). Recuperado el 28 agosto de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Raich, R. M. (2004). *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. Avances en Psicología Latinoamericana. Universidad Autónoma de Barcelona, España. Vol. 22. Pp. 15-27.
- Reynoso y Seligson (2005). *La reflexología soviética*. Editorial el Manual Moderno.
- Rehm, L. (1998). *Métodos de Autocontrol*. En Caballo, V. (Comp.) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: Siglo XXI. Cap. 27.
- Rivera, F., Nago, A., Bussalleu, A., Medina, R., Lizama, O., y Loayza, G. (2000). *Cáncer gástrico en pacientes menores de 40 años en el Hospital A. Loayza entre 1991 - 1998*. Revista de Gastroenterología del Perú. Vol. 20(3).
- Riveros, A., Ceballos, G. Laguna, R., y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). *El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-*

conductual. Revista Latinoamericana de Psicología. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Vol. 37(003), 493-507. Bogotá, Colombia.

Rocha-Zavaleta, L., y López, P. T. V. (2008). *Uso de la eritropoyetina para el tratamiento de la anemia en pacientes con cáncer cervical: riesgos y beneficios*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA Vol(3). Recuperado el 28 agosto de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>

Rodríguez, M. J., Angeles, P. M. y López, R. S. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. [Versión electrónica], Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (redalyc). año/vol. 5. Pp. 349-372. ISSN 1886-144X. Recuperado el 4 de junio de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72709924.pdf>

Rodríguez-Velázquez, A. L., Olmeda-García B., y Alvarado-Aguilar S. (2010) *Cáncer y delirium*. [Versión electrónica], GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA.9(2). Recuperado el 24 agosto de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>

Rojas-May, G. (2006). *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama*. [Versión electrónica], Revista Médica Clínica Condes. 17(4), 194–97. Recuperado el 2 junio de 2011, de http://www.clinicalascondes.net/area-academica/pdf/MED_17_4/IntervencionPsicologicap_194.pdf

Ruano, P. R., y Serra, D. E. (2001). *Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes*. [Versión electrónica], Red de Revistas Científicas de América Latine, el Caribe, España y Portugal. 16(2). Recuperado el 24 de mayo de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx>

Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, s. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Facultad de Psicología*. Donostia-San Sebastián. 8: 171-183.

Saldaña, T. M., Gutiérrez, D. F., Marcial, T. S. y Cortés, G. J. (2005). *El nivel de información y conocimiento de la detección oportuna del cáncer de cérvix y de mama en mujeres del istmo de Tehuantepec*. [Versión electrónica], Centro de Estudios y Prevención del Cáncer (CEPREC). Recuperado el 4 de junio de 2011, de www.ceprec.org

Salinas, J. L. (1998). *La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso*. [Versión electrónica], Revista electrónica de Psicología Iztacala Vol. 1(1). Recuperado el 29 de agosto de 2010, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

- Sánchez, M. L. (s/f). *Ayuda Psicológica en las Estrategias de afrontamiento*. Recuperado el 4 de junio de 2011, de <http://www.ayudapsicologica.org/trastornos-de-ansiedad/208-estrategias-de-afrontamiento.html>
- Sánchez, R. C., Bustos, C. M., Camus, A. M., Álvarez, Z. M., Goñi, E. I., León, R. A. y Besa, C. P. (2007). *¿Es curable el cáncer de mama en etapa precoz? Resultados del tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia*. [Versión electrónica], *Revista Médica de Chile* (135), 427-435. Recuperado el 10 de junio de 2011, de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n4/art03.pdf>
- Serrano. (2007). *Cáncer de hígado, cada vez a menor edad*. Recuperado el 10 de junio de 2011, de <http://www.saludymedicinas.com.mx/articulos/2017/cancer-de-higado-cada-vez-a-menor-edad/1>
- Silva, G. E., Galeano, E., y Orlando, C. J. (2005). *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia*. [Versión electrónica], *Acta Med. Colomb.* vol.30 (1). Recuperado el 21 de junio de 2011, de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-24482005000400004&script=sci_arttext
- Silva, R. A. y Aragón, B. L. E. (2002) *“Fundamentos teóricos de la Evaluación Psicológica”* Editorial Pax: México. Cap. 3. pp. 63-123.
- Silva, J. A. (2008). *Quimioprotección en cáncer de colon*. [Versión electrónica], *GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA*. Vol. 7(4). Recuperado el 25 de abril de 2010, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Valadez, R. A. (2002). *Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias*. [Versión electrónica], *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 5(2). Recuperado el 20 de marzo de 2010, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Velázquez, M., A. G., García, C., M., A., Alvarado, A., S. y Ángeles, S., J. A. (2007). *Cáncer y psicología*. [Versión electrónica], *GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA*. Vol. 6(3). Recuperado el 28 abril de 2011, de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/>
- Vera, M. N. y Vila, J. (1998). *Técnicas de relajación*. En Caballo, V. (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI. Cap.9

Zdanowicz, N., Janne, P. y Reynaert, CH. (2004). *¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia?* Neurotec Department, Division of Psychiatry, KarolinskaInstitutet, Huddinge. University Hospital. Vol. 18(2), 117-124.