



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Las creencias en el afrontamiento en pacientes con cáncer de
mama"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

**HERNÁNDEZ GUERRERO ERIKA
ISLAS CORTÉS JONATHAN**

Directora: Mtra. **Assol Cortés Moreno**
Dictaminadores: Dra. **Georgina Eugenia Bazán Riveron**
Mtra. **Martha Elba Alarcón Armendariz**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Detrás de cada historia de éxito, hay muchos años de esfuerzo y sacrificio...pero también personas dispuestas a estar ante cualquier situación....

Agradezco y dedico este trabajo a aquellas personas que confiaron en mí, especialmente a mis padres, esos seres llenos de bondad y de luz que me brindaron su apoyo incondicional, su amor infinito y su comprensión absoluta, recordándome día a día que la perseverancia es el valor más importante para cumplir mis metas. Y a mi compañero de Tesis, Jonathan, por haber contribuido de forma significativa para que pudiéramos cumplir uno de nuestros tantos sueños.

Atentamente: Erika.

Agradezco y dedico éste proyecto a mi familia. A mis padres y hermano por su incondicional apoyo, sin sus consejos e inspiración habría sido imposible haber logrado éste arduo camino, por ésta razón dedico enteramente éste proyecto a ustedes que han estado acompañarme a lo largo de mi vida.

Atentamente: Jonathan

Finalmente agradecemos la tolerancia, apoyo, disponibilidad y comprensión por parte de nuestra Directora de Tesis, la Mtra. Assol Cortés, porque con sus conocimientos metodológicos y científicos contribuyó de manera importante a lograr este proyecto. Una vez concluido este trabajo, comprendemos que...

“Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar” (Nelson Mandela)

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. CÁNCER: implicaciones médicas y psicológicas.....	4
1.1 Antecedentes y definición.....	4
1.2 Factores que influyen en la aparición del cáncer.....	5
1.3 Cáncer de mama.....	9
1.3.1 Factores de riesgo para cáncer de mama.....	10
1.3.2 Manifestaciones Clínicas.....	12
1.3.2 Diagnóstico.....	13
1.3.3 Tratamiento.....	17
1.3.4 Cáncer de Mama en México.....	19
1.4 Aspectos psicológicos a partir de un diagnóstico de cáncer.....	21
CAPÍTULO 2. Modelos de Cognición Social.....	27
2.1 ¿Qué son las creencias?.....	27
2.2 Modelo de Acción razonada- Ajzen y Fishbein.....	29
2.3 La Teoría de la Autoeficacia de Bandura	32
2.3.1 Autoeficacia, creencias y afrontamiento.....	33
2.4 Modelo de los sistemas autorregulatorios de Howard Leventhal.....	36
2.5 Modelo de los esquemas prototípicos de George D. Bishop.....	39
2.6 Modelo de Creencias en Salud de Becker y Rosenstock.....	41
CAPÍTULO 3. Estrategias de afrontamiento y Emociones.....	52
3.1 Estrategias de afrontamiento.....	52
3.2 Emociones.....	58
CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN.....	64
CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	68
5.1 Metodología.....	68
5.3 Procedimiento: Sesiones.....	71
CONCLUSIONES.....	72
REFERENCIAS	77
ANEXOS.....	82

RESUMEN

El objetivo de la presente tesis es exponer una propuesta de intervención cognitivo-conductual dirigida a reducir el impacto psicológico del tratamiento ante el diagnóstico de cáncer de mama. Mediante una revisión literaria se ha demostrado la serie de estresores y desgaste emocional al que se enfrenta la mujer diagnosticada, manifestando síntomas de ansiedad y depresión principalmente. Lo cual se traduce en bajos niveles de adherencia o no acudir a la citas con el médico, empeorando el pronóstico. La implementación de técnicas terapéuticas ha demostrado promover el afrontamiento positivo, mejores habilidades de comunicación, el autocontrol, la expresión de emociones, mayor percepción de control sobre la enfermedad, etc. Aunado a esto, la psicoeducación tiene un papel importante, pues disminuye las barreras percibidas y aumenta los beneficios de seguir con el tratamiento.

Palabras clave: creencias, afrontamiento, cáncer de mama, emociones

INTRODUCCIÓN

Actualmente se puede citar un sinnúmero de definiciones acerca de la salud y la enfermedad en función de la teoría o el modelo de explicación que sea revisado, sin embargo, para encontrar una definición genérica, la OMS, en el caso de la salud la define como aquel “estado de completo bienestar físico, mental y social”, haciendo énfasis en la interdependencia de dichos componentes. Sin embargo, generalmente la enfermedad se atribuye o tiene causas "biológicas" en determinadas partes del cuerpo, por lo que estas son vistas desde un punto médico/ biológico, donde se modifican ciertos estilos o secuencias de eventos vitales, pero éste pasa a segundo grado cuando la experiencia de quien la padece sale a relucir como una fuente de información que provee, al mismo paciente y personas cercanas, de cierto sentido emocional proveniente de las creencias acerca del diagnóstico recibido.

Dichas creencias son importantes en todo el proceso salud-enfermedad, debido al impacto que generan en la persona que las posee, por tal motivo existen algunos modelos de cognición social que contribuyen a la identificación de los factores para la realización de conductas saludables, uno de ellos es el Modelo de Creencias en Salud, en el cual es posible identificar barreras, percepciones, vulnerabilidades y evaluaciones que la persona posee respecto a la enfermedad. En el caso específico del cáncer de mama, una de las principales causas de mortalidad en mujeres, el diagnóstico genera angustia y desesperanza, debido a las creencias que se poseen, por tal motivo durante este proceso las estrategias de afrontamiento positivas resultan importantes para la obtención de un control de la enfermedad o la adherencia al tratamiento, debido a que en ellas se incluyen procesos cognitivos y comportamentales que permiten afrontar la situación de una manera correcta, incluyendo en ellos la expresión emocional como un factor, en ocasiones, decisivo para llevar a cabo o no conductas saludables. Por tal motivo, el objetivo es presentar una propuesta de intervención cognitivo-conductual dirigida a reducir el impacto psicológico del tratamiento ante el diagnóstico de cáncer de mama.

En el capítulo uno, *CÁNCER: implicaciones médicas y psicológicas*, se exponen las principales características del cáncer, incluyendo la definición y los factores que contribuyen al desarrollo del mismo. Además, se enfatiza en las características del cáncer de mama, exponiendo diagnóstico y tratamiento, así como el impacto psicológico que tiene en las mujeres que recibieron un diagnóstico positivo.

En el capítulo dos, *Modelos de Cognición Social*, se exponen los principales modelos que contribuyen a la identificación de conductas saludables, se incluyeron los modelos de Acción Razonada, Teoría de la Autoeficacia, Modelo de esquemas prototípicos y el Modelo de Creencias en Salud, enfatizando en este último debido a que posee un papel predictor de conductas que contribuyen a la creación de estrategias para la obtención de conductas saludables.

Posteriormente se presenta la propuesta de intervención, en la cual se utilizan diversas técnicas y terapias cognitivo-conductuales, con el fin de promover la reestructuración cognitiva de ideas irracionales, asimismo se intenta fortalecer las capacidades individuales para la modificación y aplicación de conductas correctas en situaciones problema, logrando un control de la enfermedad con afrontamiento positivo y expresión emocional.

1. CÁNCER: implicaciones médicas y psicológicas

1.1 Antecedentes y definición

El cáncer tiene una historia, según Gandur (s/a) desde aproximadamente el año 1600 a. C. cuando papiros egipcios ya lo describían, sin embargo, Senra (2002), refiere que Hipócrates, un médico de la antigua Grecia, creó el concepto de enfermedad natural y a partir de la observación que llevó a cabo en un enfermo describió los tumores de piel, mama, estómago, cérvix uterino y recto. Asimismo contribuyó al conocimiento inicial del cáncer y su clasificación, creando los términos carcinos y carcinoma, así como metástasis. Pero fue hasta 1761, cuando se realizó la primera autopsia por parte de Giovanni Morgagni, que se sentaron las primeras bases de la oncología, es decir, del estudio científico del cáncer.

Pero entonces, ¿Qué es el cáncer?, existen muchas definiciones al respecto, como de acuerdo con Tinoco (2011), el cáncer se define como una enfermedad crónica en la cual un grupo de células anormales se prolifera sin control. En consecuencia el paciente diagnosticado pierde peso, padece dolores intensos, requiriendo someterse a una serie de tratamientos prolongados.

Por otro lado, Senra (2002) define el cáncer como una enfermedad crónica, evitable y curable en ciertos casos, su origen puede deberse a cuatro teorías, la primera es debido a la mutación de una célula somática, la segunda es por alteraciones en la regulación genética, la tercera es por activación viral y la cuarta es por una selección celular donde existen células predestinadas a ser malignas, influenciadas por factores exógenos y endógenos en el desarrollo de una enfermedad cancerosa.

Mientras que para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es un grupo de enfermedades que afecta cualquier parte del organismo. Ésta se caracteriza por la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y que puede invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de “metástasis.”

Para explicar mejor este proceso, el Instituto Nacional del Cáncer, refiere que el cáncer, puede comenzar en casi cualquier parte del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células quienes crecen y se dividen para formar nuevas, remplazando aquellas que envejecen o se dañan, sin embargo, el cáncer descontrola este proceso, provocando un aumento de células que son innecesarias para el cuerpo debido a la permanencia de las que deberían morir, desencadenando la aparición de masas, llamadas tumores.

Los tumores pueden ser benignos o malignos, los primeros no se extienden a los tejidos cercanos, y aunque pueden llegar a ser muy grandes regularmente al extirparse no vuelven a aparecer, mientras que los tumores malignos invaden a los tejidos cercanos, formando tumores lejos del tumor original.

1.2 Factores que influyen en la aparición del cáncer

La aparición del cáncer puede deberse a distintos factores, Senra (2002) los divide en factores endógenos y factores exógenos, a continuación se explica cada uno de ellos:

Factores endógenos: estos son originados por causas internas y regularmente están relacionados entre sí, algunos pueden ser:

- *Herencia:* Los factores hereditarios juegan un papel importante en la semejanza que mantienen los integrantes de una familia tienen entre sí, siendo así que, un 5 a 10% de los cánceres tienen un origen hereditario, los más frecuentes son el cáncer de mama y el cáncer de colon, sin embargo hoy en día los factores exógenos aumentan cada vez más la presencia de cáncer, siendo la herencia un factor cada vez menos presente.

- *Inmunidad:* La presencia de cáncer en este caso se da en dos situaciones, el trasplante de órganos y en los enfermos con SIDA, en el primer caso se sugiere que una vez realizado el trasplante se siga cierto tratamiento que permita que el órgano sea aceptado por el cuerpo impidiendo que exista una respuesta inmune normal dando

como resultado la creación de tumores malignos, y en el segundo caso conforme la enfermedad avanza la aparición de tumores se hace presente.

- *Hormonas*: Los factores hormonales influyen en la prevalencia de un cáncer en hombres y no en mujeres o viceversa, tal como el cáncer de mama que se hace presente, mayoritariamente en mujeres, o el de laringe que se suele presentar con más frecuencia en los hombres, a pesar de esto, el factor hormonal se ve influenciados por otros, como es el caso de la dieta, la edad, el peso, entre otros.

- *Nutrición*: La alimentación es un escalón importante para determinar o no la presencia de cáncer, cuando la dieta es rica en calorías o grasas y baja en frutas y verduras la probabilidad de contraer cáncer aumenta (principalmente cáncer de mama, próstata, estómago y colon), a comparación de llevar una dieta balanceada.

Por otro lado, **los factores exógenos** se deben a causas externas y a su vez se clasifican en químicos, físicos y biológicos:

Químicos

- *Carcinógenos químicos simples*: Existen diferentes químicos carcinógenos para el hombre, entre ellos se encuentran aflatoxinas, aminobifenilo, arsénico, asbesto, berilio, cadmio, entre otras. Algunas de estas sustancias se encuentran dentro de productos que son consumidos y/o fabricados por el hombre, como el caso del consumo tabaco y el alcohol, o la producción de aluminio, reparación de calzado, gasificación de carbón, entre otros.

- *Hábito de fumar*: Realizar esta acción influye en la producción del cáncer de pulmón, esófago, vejiga, cavidad oral, laringe y faringe, debido a que el tabaco contiene altos niveles de alquitrán, químico altamente carcinógeno para el hombre.

- *Consumo de alcohol*: Dicho consumo influye en la aparición de cáncer de esófago, laringe, pulmón e hígado. El alcohol funciona como disolvente de los alquitranes, de manera que combinado con el consumo de tabaco el efecto carcinógeno aumenta.

- *Dieta:* Ciertos alimentos pueden ser causantes de una carcinogénesis debido a la procedencia de los mismos, algunos como el bacalao, el jamón y pescados salados, al igual que realizar comidas monótonas como el caso de los frijoles afectan principalmente al aparato digestivo; asimismo, los alimentos ahumados por ser derivados de una combustión también son carcinógenos, los alimentos relacionados con el riesgo inadecuado de los mismos pueden contener bacterias u hongos que contriuyan a la generación de cáncer gástrico.

Físicos

- *Quemaduras:* el cáncer ocasionado por las quemaduras generalmente permanece incubado y se origina localmente en la zona de la propia quemadura, sin embargo este tipo de tumores tiene una alta malignidad, pues puede convertirse en metastásico, es debido a esto que se recomienda realizar cirugías plásticas reparadoras en todas las quemaduras, aun en las que son casi imperceptibles.

- *Radiaciones solares:* Este tipo de radiaciones pueden ser de tres tipos: infrarrojas, las cuales sí son carcinógenas, debido a que la alta producción de calor puede generar quemaduras en la piel; de luz visible, éstas son no carcinógenas para el hombre; y ultravioletas, las cuales a pesar de representar sólo el 10% de las radiaciones solares sí son carcinógenas, además de que son las que se encuentran en la capa de ozono, siendo estas radiaciones las primeras causas físicas de las neoplasias, es decir de las alteraciones celulares, manifestadas por formaciones de masa o tumores.

- *Otras radiaciones:* El uso de ciertos aparatos domésticos como la televisión, el teléfono o el microondas puede generar radiaciones que son malignas para el hombre, sin embargo hasta el momento no se han encontrado estudios que lo demuestren pero no se descarta la idea de que generan cierto nivel tóxico a nivel cerebral.

Biológicos

- *Helicobacter pylori*: Es una bacteria que provoca gastritis antral, de manera que puede fungir como un eslabón para el desarrollo de cáncer gástrico.

- *Virus Epstein-barr (EB)*: Dicho virus puede producir mononucleosis infecciosa, además de estar relacionado con el linfoma de Burkitt (un tumor maligno), el carcinoma de la rinofaringe o carcinoma de cavum.

- *Virus hepatitis b*: Este virus influye en el cáncer de hígado, una vez que se está infectado con el virus las posibilidades de aparición de este cáncer se elevan un 200%.

- *Papilomavirus*: las verrugas genitales planas son lesiones genitales precancerosas, sin embargo para la producción de un cáncer de cérvix dichas lesiones no resultan ser suficientes.

- *Virus del SIDA*: Conforme este virus avanza, en la piel aparecen ciertos tumores, tales como sarcomas, linfomas, mielomas, carcinomas.

Cuando estos factores, ya sean endógenos o exógenos, generan cambios en los genes que controlan las formas en cómo funcionan las células, es que aparece el cáncer como una enfermedad genética, sin embargo, estos cambios pueden deberse a factores como la herencia o por el daño al ADN causado por exposiciones al ambiente (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

En este cambio genético, hay tres genes importantes a los que afecta el cáncer, los proto-oncogenes, quienes se encargan del crecimiento y división celular normal, sin embargo cuando estos se alteran pueden ser los generadores de cáncer permitiendo el crecimiento anormal de células; los genes supresores de tumores, los cuales realizan la misma función que los genes anteriores, e igual las alteraciones provocan una división celular sin control alguno; y los genes reparadores del ADN quienes, como su nombre lo dice, se encargan de arreglar un ADN dañado, impidiendo que las mutaciones celulares generen células cancerosas.

Según el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, 2017) existen más de 100 tipos de cáncer, Gandur (s/a) menciona que son tres los principales subtipos de cáncer: los sarcomas, un tipo de cáncer que empieza en el hueso o en los tejidos blandos del cuerpo, como el cartílago, la grasa, los músculos, los vasos sanguíneos, el tejido fibroso, como tendones o ligamentos, o en algunos tejidos que tienen la función en particular de relleno en espacios existentes entre los órganos y otros tejidos; las leucemias y linfomas, los cánceres que forman la sangre en la médula ósea y los ganglios linfáticos; y los carcinomas, estos se forman en las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo, es decir, de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata, siendo estos últimos el 90% de los cánceres.

A pesar de la existencia de cientos de cánceres, existen algunos que tienen una alta incidencia en los últimos años, tal es el caso del cáncer de mama, el cual, según la OMS, es el más frecuente en las mujeres debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de estilos de vida occidentales. En México, la presencia de cáncer de mama ha ido en aumento, a escala nacional, mueren alrededor de cinco mil mujeres al año por esta neoplasia maligna, ocupando así el primer lugar como causa de defunción femenina (Cruz, 2016), de manera que resulta importante el conocimiento sobre este tipo de cáncer así como sus implicaciones tanto físicas como psicológicas como se muestra en el siguiente apartado.

1.3 Cáncer de mama

Actualmente, el cáncer de mama es uno de los principales cánceres que afecta a la población mexicana, el cual según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015), es un tumor maligno que se origina en las células de la mama, entendiendo por tumor maligno un grupo de células que crecen de manera desordenada e independiente, que tiende a invadir los tejidos que lo rodean, así como órganos distantes (metástasis).

Pérez, Muñoz y Cortés (2013) refieren que existen dos clasificaciones de cáncer de mama, los carcinomas no invasivos o in situ y los carcinomas invasivos, los

primeros se dividen en dos tipos, carcinoma lobulillar, éste no es una lesión premaligna ni maligna, aunque puede fungir como una alerta para las mujeres que son propensas a desarrollar un cáncer invasivo posterior; y carcinoma ductal, una lesión maligna, que puede convertirse en carcinoma invasor. En el caso de los carcinomas invasivos, la sub-clasificación es la misma que en los no invasivos, ductal y lobulillar, el primero es el más frecuente y representa el 70 u 80% de los diagnósticos, se origina en los ductos mamarios y suele presentarse como una masa palpable, mientras que el lobulillar se caracteriza por ser un tumor que puede tener varios focos en un mismo cuadrante o distintos cuadrantes, además de su tendencia a que ambas mamas resulten afectadas.

1.3.1 Factores de riesgo para cáncer de mama

Si bien al conjugarse una serie de factores biológicos, físicos y/o químicos potencializan el desarrollo de cáncer, para el cáncer de mama se han estudiado durante décadas aquellos factores específicos que contribuyen a desarrollarlo y su identificación permite tomar medidas de salud pública más eficiente para lograr disminuir la tasa de mortalidad. A pesar de esto, existen factores hereditarios que aún faltan por estudiar y se ha establecido su importancia en el desarrollo del cáncer. Pérez, Muñoz y Cortés (2013) mencionan algunos de los factores contribuyentes a la aparición de dicha enfermedad:

- *Edad y sexo*: El cáncer de mama tiene una incidencia mayor en las mujeres que en los hombres, y esta aumenta conforme se incrementa la edad, pues a partir de la menopausia existe una disminución en las hormonas sexuales femeninas.

- *Factores hormonales*: Los estrógenos y los progestágenos son dos hormonas sexuales femeninas que influyen en el desarrollo de cáncer de mama. Dichas hormonas están presentes en ciertas etapas de la vida de una mujer, como en la menarquia, es decir, la aparición temprana de la menstruación se asocia con mayor posibilidad de padecer cáncer de mama; los ciclos menstruales, cuando éstos son cortos, aumenta el riesgo de cáncer de mama; paridad y edad del primer embarazo, las mujeres que no tienen hijos elevan su posibilidad de tener cáncer de mama, así como aquellas que se embarazan a una edad mayor que los 35; lactancia materna,

esta situación funge como un factor protector para el cáncer de mama debido a la maduración mamaria durante el proceso o al retraso en recuperar los ciclos menstruales; y la menopausia.

- *Antecedentes personales*: Cuando ya estuvo la presencia de cáncer de mama, existe mayor riesgo de presentar cáncer nuevamente pero en la otra mama.

- *Enfermedades de la mama*: tales como hiperplasia, es decir, un aumento de tamaño del órgano en cuestión, generan una mayor probabilidad de padecer cáncer de mama.

- *Factores dietéticos*: Los alimentos tienen un papel importante en el padecimiento de cáncer y no es la excepción en el caso del cáncer de mama, pues la ingesta de alimentos altos en grasas y bebidas alcohólicas favorecen la aparición de este tipo de cáncer. Sin embargo, si se trata de factores protectores relacionados con la alimentación, las fibras y las vitaminas A, C, D, E y selenio son adecuados para prevenir el cáncer de mama.

- *Obesidad*: Con la obesidad existe un aumento de estradiol y como consecuencia un incremento en el nivel de estrógenos generando así mayor susceptibilidad a padecer cáncer de mama.

- *Sedentarismo*: Mantener una vida sedentaria puede contribuir a padecer cáncer de mama, por consiguiente es recomendable realizar ejercicio físico de manera habitual.

- *Polución ambiental y radiación ionizante*: La exposición a productos químicos (como el tabaco) puede contribuir al padecimiento de cáncer de mama, así como la exposición a radiaciones ionizantes.

- *Susceptibilidad genética*: Es importante mencionar que aunque exista un factor hereditario relacionado con la presencia de cáncer de mama las alteraciones genéticas no siempre son hereditarias, sino que son propias de cada persona, es decir que también influyen los factores antes mencionados.

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO, 2017) refiere que otro factor de riesgo importante son los antecedentes familiares, de manera que el cáncer de mama puede ser hereditario si los familiares del paciente en cuestión son parientes de primer grado (madres, hermanos, hijos) y/o parientes cercanos (abuelos, tíos, sobrinos, primos) han sido diagnosticados con cáncer de mama o de ovarios. Asimismo, también existen mutaciones genéticas como el síndrome de Lynch también conocido como cáncer colorrectal causado por mutaciones en genes reparadores de bases desapareadas de ácido desoxirribonucleico (ADN), o el síndrome de Cowden, una enfermedad hereditaria, de transmisión autosómica dominante, la cual se caracteriza por la presencia de múltiples malformaciones y nódulos en piel y mucosa oral, además de anomalías en mama, tiroides y pólipos en el tracto gastrointestinal; entre otros que están relacionados con el desarrollo de cáncer de mama.

Son múltiples los factores que pueden influir para la aparición de cáncer de mama, debido a esto, ASCO recomienda que las mujeres, principalmente, deben estar alertas a los cambios que observen en sus mamas, así como se recomienda la realización de los exámenes necesarios para la detección temprana de la posible presencia de cáncer.

1.3.2 Manifestaciones clínicas

La presencia de ciertos signos y síntomas en las personas pueden fungir como un aviso de la posible existencia de cáncer de mama, en cual en un primer momento se presenta como asintomático, por lo que la autoexploración física en ocasiones no es fiable para detectarla en un periodo inicial, es por eso la necesidad de asistir con el especialista para realizar las pruebas de imagen pertinentes. A pesar de esto, Pérez y cols (2013) enlistan una serie de síntomas y signos locales que dan indicios del padecimiento:

- Masa tumoral, bulto: Es el signo más común y relevante, generalmente se presenta como una masa dura e indolora, a pesar que la mayoría de estos no son malignos, un nódulo denso que crece con el paso del tiempo y que no se encuentra adherido a la piel, generalmente dan positivo en malignidad.

Contrario a esto, una masa blanda y que se mueve comúnmente son benignos, presentados en forme de quistes y de fibroadenomas.

- Palpación de los ganglios axilares: En el proceso de la exploración, si la paciente detecta un ganglio al nivel de la axila, son indicios de un tumor, sin embargo, se debe tener pericia, ya que se puede confundir un ganglio con un forúnculo o quiste de grasa en ésta área
- Secreción por el pezón/telorrágia: Si hay segregación de líquido a través de una sola mama y si tiene un aspecto sanguinolento, es probable que de positivo a cáncer de mama, sin embargo, es recomendable realizar una prueba de citología para estudiar el líquido.
- Inversión o retracción del pezón: Es de los primeros signos en presentarse y por ende debe ser evaluado.
- Inflamaciones o coloraciones en la piel: retracción en la dermis, cambio de color, enrojecimiento o rasgos inflamatorios son algunos de los signos a evaluarse.
- Dolor en la mama: picazón o hinchazón en el área es un síntoma poco frecuente, a excepción del cáncer de mama avanzado.

1.3.3 Diagnóstico

Una vez que se identificaron las manifestaciones clínicas, es importante acudir con un especialista para que éste realice un diagnóstico, es decir, un proceso en cual se formulan y/o rechazan hipótesis que permiten confirmar o no la presencia de cáncer en la persona, mediante una serie de pruebas y técnicas médicas que conducirán a un tratamiento adecuado del paciente. Serna (2002) refiere que el objetivo del diagnóstico de cáncer es la confirmación histológica del tumor, el cual no debe limitarse a una etiqueta sin considerar los factores que deben ser valorados en el proceso diagnóstico que incidirán en el pronóstico.

Para el caso del cáncer de mamá, la autora describe dos tipos de diagnóstico, el precoz y el clínico, el primero tiene como finalidad la prevención secundaria del cáncer, es decir, el estudio clínico a personas sanas, asintomáticas, pero con alto

riesgo de padecer un tumor. En el caso del cáncer de mama se utiliza un solo test diagnóstico, la mamografía, además de un autoexamen, donde la propia persona puede contribuir a un diagnóstico temprano de cáncer al realizarlo mensualmente, palpando sus mamas (la izquierda con la mano derecha y viceversa) en una posición horizontal boca arriba, de pie o sentada frente un espejo.

Por otro lado, el diagnóstico clínico tiene como objetivo confirmar la presencia de un tumor, así como determinar la extensión del mismo y dar cuenta de la existencia de enfermedades que influyan en el tratamiento posterior. En este diagnóstico se incluyen etapas como:

- *Evaluación clínica inicial*

La evaluación primaria que hace el profesional al paciente con sospecha de cáncer es fundamental, debido a que determinará en gran medida el tratamiento de la patología que el paciente comience a transitar. La primera consulta consistirá en una exploración minuciosa que permitirá, de acuerdo con González (2016) tres condiciones:

1. Establecer una perfilación de riesgo ante el cáncer de mama.
2. Proponer un grado de sospecha de lesión por evaluar.
3. Estructurar la estrategia de intervención a realizar.

- *Examen físico*

Es un estudio minucioso en el que el médico mediante la observación sistemática y el tacto realiza una evaluación de las diferentes partes del área dorsal y axilar. Se divide en dos partes; la primera es la inspección, donde el profesional observa minuciosamente el tamaño de las mamas, la forma y la piel de la misma en busca de un edema (obstrucción linfática), cicatrices y el estado físico de los pezones (simetría, retracción, derrame o lesión). La segunda corresponde a la palpación, evaluando las fosas supraclaviculares, ambas axilas y por supuesto, las mamas.

Para finalizar el examen físico se debe constatar el tamaño tumoral por medio de un calibre, ya que esto ayuda a la estadificación de la persona y evaluar las posibles

respuestas a los tratamientos. Además, Pérez y cols, (2013), refieren que toda exploración física siempre debe ir acompañada con alguna de las pruebas complementarias existentes, cuya aplicación debe ser adicional y nunca sustitutivas entre sí.

Para realizar el diagnóstico, se utilizan diferentes *procedimientos diagnósticos*, algunos de ellos son:

- Autoexploración

Con las medidas de salud pública que se han implementado en los últimos años para concientizar a la población femenina de la importancia de la autoexploración física para detectar tumores mamarios en etapas tempranas, permitiendo así una mayor probabilidad de éxito en el tratamiento de ésta enfermedad. Si bien la autoexploración no permite dar cuenta de las características histológicas del cáncer, ni su grado de afectación al organismo, es un método práctico y sencillo que puede determinar la vida o muerte de la población que la padece. Ante esto, es importante señalar la trascendencia de acudir con el especialista ante cualquier síntoma o eventualidad anormal, con el fin de realizar las pruebas pertinentes y llevar a cabo un adecuado estudio diagnóstico.

- La mamografía bilateral

El procedimiento diagnóstico más utilizado para obtener el tamizaje mamario, permite clasificar los hallazgos mamográficos (tumores o microcalsificaciones). Es un tipo de radiación y podemos encontrar diversos modelos; mamografía analógica, mamografía digitalizada, mamografía digital directa. Este tipo de estudio se recomienda emplearse de base a los 35 años y a partir de los 40, en forma anual. Sin embargo, si la paciente presentó antecedentes familiares de cáncer de mama, es necesario realizarse el estudio 10 años antes de la edad en la que la familiar presento el cáncer.

- Ecografía mamaria:

De acuerdo con González (2016), la ecografía mamaria es un estudio complementario de la mamografía que permite aumentar su especificidad y sensibilidad, se caracteriza por propagaciones de vibraciones mecánicas similares a las del sonido, las cuales reflejan la forma y dimensión de la mama. Debido a su limitación al momento de la interpretación, se recomienda que la ecografía la realice el mismo profesional que llevo a cabo la mamografía. La ventaja principal de ésta prueba es que permite valorar el estado de los ganglios linfáticos.

- Biopsia de aguja gruesa

De acuerdo con las pruebas de imagen, si el especialista localiza indicios de un tumor maligno, se debe realizar una biopsia con el propósito de obtener una muestra del tumor y poder precisar la naturaleza y características del nódulo. Esto a su vez posibilitará establecer un tratamiento eficaz y oportuno. Cabe señalar que si el médico logra palpar el tumor durante la exploración física, la biopsia se tiene que efectuar directamente, de lo contrario es imprescindible realizar una ecografía, mamografía o resonancia magnética.

- *BIRADS*

El *Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS)* es un método que clasifica los hallazgos mamográficos más relevantes, tiene el objetivo de reducir las diferencias de interpretación, mediante una descripción de los hallazgos obtenidos en las pruebas como la descripción de la masa, calcificaciones, morfología sospechosa y distribución, es decir, la probabilidad de malignidad.

1.3.4 Tratamiento

Con la implementación y perfeccionamiento de nuevas técnicas en el tratamiento del cáncer de mama, las probabilidades de supervivencia en las mujeres diagnosticadas ha ido en aumento, logrando así no sólo mayor longevidad, sino mejorar la calidad de vida de las personas a mediano y largo plazo, además, en casos en los que el cáncer de mama fue diagnosticado precozmente acompañado de un tratamiento adecuado se ha logrado erradicar la enfermedad. Lo anterior se debe principalmente a la difusión de información a la población en general sobre la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz.

Asimismo mencionan la existencia de avances tecnológicos, referentes a la implementación de novedosas técnicas de diagnóstico y el progreso que hay en el tratamiento para cáncer de mama, ofreciendo un amplia gama de procedimientos con opciones de intervención complementaria, obteniendo un mejor pronóstico y menor administración de recursos económicos. A pesar de esto, aún hay desafíos presentes, la eficacia de los tratamientos actuales están en relación a muchos factores, como estadio en el que se encuentre el tumor y las características histopatológicas (Pérez, Muñoz y Cortés, 2013).

Dentro de los tratamientos existentes, la *cirugía* es el método adecuado para abordar el cáncer de mama localizado o en un estado avanzado. De acuerdo con Tubiana (1989) el objetivo de la cirugía es extirpar la totalidad del tumor y sus posibles prolongaciones en los tejidos. Existen diferentes tipos de ésta y su diferencia radica en la zona afectada y el estado del tumor en el que se encuentre. A continuación se muestran las principales:

Cirugía conservadora: Consiste en la extracción de una parte de la mama afectada, la cual puede ser acompañada de una ecografía o marcaje, que permite localizar el tumor durante la operación. Generalmente las células en propagación desplazan a las demás partes del organismo causando metástasis, como consecuencia de esto en el tratamiento por cirugía se suele extirpar un margen mayor a la zona afectada, con el fin de evitar que existan rastros de células cancerosas.

Cirugía radical o mastectomía: A comparación del anterior, en éste tipo de intervención se hace la extirpación completa de la glándula mamaria y el sistema pezón-areola. La mastectomía radical consiste, además, en la extracción de los ganglios linfáticos axilares. Pérez, Muñoz y Cortés (2013) refieren que en la actualidad existen nuevas técnicas de mastectomía que permiten una mejora estética de la mama, una de ellas es *la mastectomía ahorradora de piel*, la cual consiste en la erradicación de la glándula mamaria y el complejo areola-pezón con la menor extirpación de piel posible, posibilitando en un futuro la reconstrucción de la mama, dicha técnica no está indicada en todos los casos de cáncer mamario y será el especialista quién determine la posibilidad de realizarla.

Otros tipos de cirugía son la *disección ganglionar* y la *disección ganglionar o linfadenectomía axilar*, la primera consiste en la extirpación de la glándula mamaria en su totalidad, preservando la piel y el complejo areola-pezón, ésta técnica se realiza generalmente a pacientes sanas con un alto nivel de riesgo para padecer cáncer de mama, es decir, como una cirugía de tipo preventiva, mientras que la segunda consiste en la extracción de los ganglios linfáticos axilares, para realizar ésta cirugía es necesario conocer las indicaciones establecidas para su realización

Además de la cirugía, existen otros tipos de tratamiento para pacientes con cáncer de mama, en los que se puede encontrar la quimioterapia, la hormonoterapia y la radioterapia.

La *quimioterapia* consiste en la administración de un agente químico que erradica las células cancerosas. El objetivo del tratamiento es disminuir el riesgo de una recurrencia de células cancerosas, además de aumentar las posibilidades de curación, sin embargo una de las desventajas de éste procedimiento es que el agente químico ataca de igual manera células sanas, razón por la que frecuentemente está acompañada de múltiples efectos secundarios como caída del cabello (alopecia), náuseas/vómito, inflamación de mucosas, bajas defensas (leucocitos), anemia, cansancio etc.

Este tipo de efectos probablemente son factores que influyen en las creencias de las personas con cáncer generando que muchas mujeres no continúen con el tratamiento y lo abandonen

Por otro lado, la *hormonoterapia*, contrario a su nombre, es en un tratamiento antihormonal que se suele emplear en pacientes positivos para receptores de estrógenos o progesterona, consiste en la administración de antiestrógenos y los inhibidores de la aromatasa (Pérez y cols, 2013). La forma en que actúan los agentes no es en la supresión de la función del ovario, sino compite con los estrógenos impidiendo que el tumor se alimente de la hormona.

Mientras que la *Radioterapia*, de acuerdo con Lubiana (1989), es un tratamiento loco -regional, es decir, va dirigido específicamente a la zona afectada, al igual que los demás, tiene el objetivo de impedir la proliferación de células, atacando el sistema de reproducción de células, propiciando la muerte de las mismas, su eficacia depende especialmente en delimitar y localizar los tejidos dañados en los que se pudo propagar, evitando dañar partes contiguas.

1.3.5 Cáncer de Mama en México

En la actualidad, el cáncer es una de las principales enfermedades crónicas con una alta tasa de mortalidad, Tinoco (2011) refiere que para el año 2001 las muertes por cáncer en México abarcaron un total de 55, 731 personas, de las cuales 51.8% corresponde a mujeres y 48.2% a hombres, según datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de México. Asimismo, los tipos de cáncer más presentes fueron el cáncer cérvico-uterino (24%), el cáncer de piel (14%), cáncer de mama (11%), cáncer de próstata (6%) y cáncer de estómago (3%).

En relación al cáncer de mama, la mayor tasa de mortalidad la tienen las mujeres mayores de 25 años, este tipo de cáncer, entre el año 2000 y 2006 aumentó un 50%, elevando las muertes un 20%, al respecto, la Secretaría de Salud hace mención de que en México, a partir del año 2006, el cáncer de mama desplazó al

cáncer cérvico uterino para convertirse en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres.

Por 100 000 habitantes de cada sexo



Fig. 1 Incidencia de tumor maligno de mama en población de 20 años y más por sexo, serie anual de 2007 a 2015

Nota. Recuperado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016

de la presencia del mismo.

Por 100 000 habitantes de cada sexo

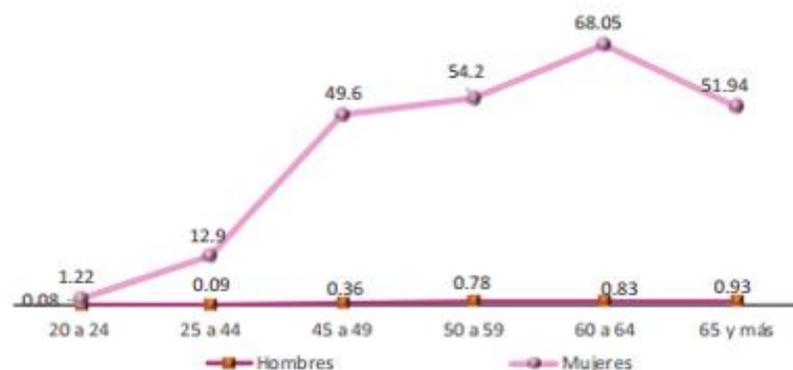


Fig. 2 Incidencia de tumor maligno de mama en población de 20 años y más por grupo de edad según sexo, 2015

Nota: Recuperado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía

que el desarrollo de cáncer de mama se presenta mayormente en mujeres con una

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), como se muestra en la Fig. 1, la incidencia de cáncer de mama según el sexo en población de 20 años en adelante ha ido en aumento desde el año 2007 hasta el año 2014, pues para el 2015 hubo una mínima disminución

En la categoría por sexo, el desarrollo de cáncer de mama afecta mayormente a las mujeres con un 27.57% por encima de los hombres.

En el caso de la incidencia por edad, como se muestra en la Fig. 2, el INEGI refiere

edad que oscila entre los 60 y 64 años de edad, mientras que en el caso de los hombres la mayor incidencia es en una edad de 65 años o más.

Actualmente el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres, según INEGI en el año 2014 el diagnóstico de cáncer de mama es el de mayor presencia con un 19.4 por ciento, de acuerdo a estudios realizados en la población mexicana de 20 años y más, estos son realizados mayormente en la Ciudad de México (29.4%), Veracruz (6.7%) y Nuevo León (6.3%).

En este mismo año, la tasa de mortalidad por cáncer de mama de acuerdo a ciertos grupos de edad, según el INEGI como lo muestra la Fig. 3, la mujeres de 80

Por 100 000 mujeres de cada grupo de edad	
Grupo de edad	Total
20 a 29	0.60
30 a 39	4.68
40 a 49	15.17
50 a 59	28.30
60 a 64	34.72
65 a 74	39.32
75 a 79	52.09
80 y más	65.30

Fig. 3 Tasa de mortalidad observada en mujeres de 20 años y más, por cáncer de mama según grupo de edad, 2014

Nota: Recuperado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

años y más ocupan el primer lugar, y las de 20 a 29 años el último, lo cual refuerza uno de los factores de riesgo de desarrollar este tipo de cáncer, pues a mayor edad, mayores probabilidades de tener cáncer de mama, y aunque el cáncer de mama sea uno de los más exitosos respecto al tratamiento, la detección precoz del mismo es la clave para impedir que la tasa de

mortalidad aumente.

1.4 Aspectos psicológicos a partir de un diagnóstico de cáncer

Las enfermedades crónico-degenerativas son un tema de vital importancia hoy en día, Brannon y Feist (2001) las definen como un trastorno orgánico funcional, que obliga a una modificación del modo de vida del paciente. El área médica es la encargada de dar un diagnóstico y un posible tratamiento según sea el caso, sin embargo no resulta suficiente cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónica, Olvera y Soria (2008) refieren que se ven afectados aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales, además del difícil afrontamiento que se vive al percibir los

cambios que se generarán en su entorno, por lo tanto, resulta importante el papel del psicólogo.

El cáncer de mama, al ser una de las enfermedades crónico-degenerativas con mayor mortalidad resulta importante estudiar las implicaciones psicológicas del proceso de enfermedad, siendo el diagnóstico la etapa inicial, y en la que el desgaste emocional es mayor, debido a las creencias que representa padecerlo, si se relaciona esto con otros aspectos médicos como el sometimiento a alguno de los tratamientos médicos (quimioterapia, cirugía, radioterapia etc.) supone una fuente de estrés importante que puede conllevar una intensa reacción emocional, con síntomas de *ansiedad y depresión generalmente*.

A estas reacciones que aparecen frecuentemente en las fases iniciales de la enfermedad, pueden sumarse otras referidas al daño en la *autoestima e imagen corporal, miedos* (enfermedad, muerte) y *preocupaciones* referidos al futuro, problemas de *aislamiento, ajuste social y funcionamiento sexual*, así como secuelas de tipo físico. Todo ello dificulta la adaptación del paciente a su nueva situación, incluso años después de haber finalizado los tratamientos y encontrarse libre de enfermedad.

Estos factores provocan diferentes reacciones emocionales en la persona ante el diagnóstico de cáncer de mama, es por esto que el diagnóstico suele ser una parte importante no sólo por sus implicaciones médicas, sino por el desgaste emocional al que se enfrenta la paciente, puesto que el diagnóstico de cáncer de mama representa para la persona un cambio radical en su vida, esto influenciado por las creencias que se tengan sobre la enfermedad.

Es por eso que, Slaikeu (1997) define al proceso de diagnóstico como un estado de crisis, estableciendo por crisis a “es un estado temporal de trastorno y desorganización, el cual es caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y con el potencial de desembocar en un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 16), esto significa que la persona se enfrenta a una situación que sobrepasa las capacidades cognitivas del paciente, provocando que

la persona pierda el control de sus emociones y conductas, desembocando generalmente en emociones negativas. Se enfrenta a un futuro incierto donde las ideas de muerte y sufrimiento son latentes en todo proceso.

A partir del diagnóstico recibido, el paciente y su familia se enfrentarán a factores emocionales y comportamentales, mismos que deberán tomarse en cuenta por parte del psicólogo debido al alto impacto que puede tener en el paciente la nueva condición de vida a la que debe enfrentarse. Asimismo, la intervención del psicólogo permite que el paciente entienda y asuma su enfermedad crónica de una manera menos agresiva, comprendiendo los cuidados especiales que tendrá de por vida logrando un menor desgaste emocional y psicológico (Olvera y Soria, 2008).

De igual manera, a partir del diagnóstico, la persona le dará un significado a la enfermedad que padece, influyendo así en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento, adoptando su rol de enfermo con las consecuencias y responsabilidades del mismo afectando la adaptación que tendrá a la enfermedad, así como la adherencia al tratamiento, definida por la OMS como el cumplimiento mismo, es decir la toma de medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito y la persistencia.

Existen una serie de variables que influyen en la adherencia al tratamiento, pueden ser de naturaleza social, psicológica, médica o gerencial, según Martín (2003), el autor los agrupa en cuatro grupos, el primero es la naturaleza de la enfermedad, es decir, el tipo de enfermedad ya sea aguda o grave, con síntomas de dolor o sin ellos, sin embargo las enfermedades agudas o con dolor presentan una mayor adherencia mientras que con las enfermedades crónicas resulta lo contrario, y si se trata de una enfermedad grave depende de la percepción del paciente; el segundo grupo son las características del régimen terapéutico, donde influye la complejidad, la duración y el tipo de tratamiento, ya sea curativo, preventivo o rehabilitador; el tercer grupo son las características de la interacción del paciente con el profesional sanitario, en este grupo se incluye una satisfacción por parte del paciente en la comunicación que tiene con su médico, logrando así una mejoría en la aceptación de la información la cual influirá de

manera positiva en la adaptación de su enfermedad; y el cuarto grupo se refiere a los aspectos psicosociales del paciente, en donde principalmente se incluyen las creencias acerca de la enfermedad, así como su percepción o vulnerabilidad ante la misma.

Además de los grupos antes mencionados, un factor importante en la adherencia al tratamiento es la motivación, donde principalmente influye la red de apoyo social con la que cuente, debido a que ésta interviene en sus procesos cognitivos, mismos que a su vez contribuyen a mantener y ejecutar las acciones necesarias para la mejoría de su salud.

Los estilos de vida resultan ser otro factor influyente para el cumplimiento de un tratamiento, así como para la generación de conductas protectoras ante enfermedades, tales como realizar ejercicio físico, alimentación saludable, reducción de consumo de sustancias tóxicas, así como prácticas adecuadas de higiene, Martín (2003) refiere que para que las personas decidan tener y mantener comportamientos saludables resulta importante el contexto ambiental en que se desarrollan así como las variables personales, donde se incluyen los factores cognitivos, lo que piensan acerca de la enfermedad, la gravedad que perciben y su capacidad para llevar a cabo las acciones necesarias ante ella.

En el caso específico del cáncer, como se mencionó anteriormente, tres de los tratamientos son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, sin embargo estos, según Palacios-Espinosa y Vargas-Sterling (2011), aunque se tenga un alto avance científico con su administración, generan en los pacientes un alto costo psicológico y biológico, interfiriendo en su vida cotidiana, así como en su bienestar subjetivo, poniendo en riesgo la adherencia del paciente al tratamiento indicado.

Palacios-Espinosa y Vargas-Sterling (2011) agruparon en biológicos, psicológicos y sociales y culturales los factores que pueden modular la adherencia al tratamiento oncológico, a continuación se muestran cada uno de ellos:

Factores biológicos: dentro de los que aumentan la probabilidad de la adherencia se encuentran: la ingesta de menor cantidad de medicamentos, menor

dosis del medicamento en cada administración, medicamentos en forma de pastillas y no líquida; algunos pacientes prefieren la administración de medicamento vía oral, obteniendo fácil administración, comodidad y la no hospitalización. En relación a los factores biológicos que disminuyen la probabilidad de adherencia se encuentran: los efectos secundarios como la diarrea, la pérdida de peso, alopecia, fatiga, entre otros; también la edad es otro factor, pues a mayor edad menor adherencia debido a situaciones psicosociales como el apoyo que recibe, la alta ingesta de fármacos y la pérdida de memoria; otro factor es la falta de esperanza de vida combinada con el factor anterior, la edad avanzada.

Factores psicológicos: los factores que aumentan la probabilidad de adherencia son: las actitudes de los pacientes sobre la salud y la enfermedad, la percepción del riesgo, los conocimientos que se tienen de la enfermedad, las creencias acerca de los medicamentos y la salud misma, así como las actitudes sobre el cuidado, las experiencias previas con el tratamiento, y el optimismo. Dentro de estos factores se encuentran los socioemocionales, en los que se incluyen las relaciones sociales, la disposición emocional, los estilos de regulación emocional; asimismo, las expectativas que tienen los pacientes ante la enfermedad y alta autoeficacia tienen un papel importante para la adherencia, pues a partir de ello se exhiben conductas según la prescripción médica. Por otro lado, los factores psicológicos que disminuyen la adherencia son los estados emocionales y los sentimientos negativos, la baja autoeficacia, la discapacidad, las alteraciones psiquiátricas, la falta de información acerca de la enfermedad, el tratamiento y sus consecuencias, la duración y las dosis del tratamiento. Asimismo, las creencias sociales o mitos sobre la salud son importantes para aumentar o disminuir la adherencia.

Factores sociales y culturales: dentro de éstos, los factores que aumentan la adherencia son el apoyo social y familiar, el estado civil, los grupos de apoyo, el grupo étnico, la información del médico sobre el tratamiento, el tipo de trabajo, la cohesión familiar; mientras que los factores sociales y culturales que disminuyen la adherencia son la falta de apoyo y comunicación familiar o social, la inadecuada comunicación médico-paciente, el incremento del consumo de recursos de la salud, la oportunidad

de citas médicas, los altos costos de medicamentos, la creencias supersticiosas respecto al uso de enfoques tradicionales de curación y/o espirituales, entre otros.

2. MODELOS DE COGNICIÓN SOCIAL

2.1 ¿Qué son las creencias?

Las creencias son "ideas y prácticas generalizadas basadas en la tradición, las cuales son aceptadas regularmente de forma acrítica por los miembros de un específico grupo, comunidad o sociedad, las cuales se van formando a través de las ideas provenientes de diversas fuentes, que la persona va acomodando hasta establecer su explicación propia" (Álvarez, 2002).

Los sistemas de creencias, de las sociedades occidentales, sobre la salud y la enfermedad han variado a lo largo del tiempo y estos estaban en función del contexto en el que se desarrollaban. Vega-Franco (2002) refiere que en tiempos antiguos la salud-enfermedad se solía explicar mediante pensamientos mágico-religiosos, pero específicamente durante la edad media la enfermedad era vista como un castigo divino, es decir, era explicada por creencias religiosas. Posteriormente, con el desarrollo del capitalismo, el enfermo fue concebido como aquella persona que no podía trabajar, que no era productiva, según Álvarez (2002) durante este periodo la salud se hizo más democrática, donde la práctica médica tomó la idea de control, en la cual los fines de la medicina eran la disminución de la morbilidad, de la mortalidad o el incremento de la esperanza de vida, lo cual influye directamente en el rendimiento y la producción laboral, es importante recalcar que durante esta etapa la creencia principal era que la salud era responsabilidad del Estado, el cual se encargó de fomentar e institucionalizar la creencia de que la salud debía estar en manos de especialistas médicos. Sin embargo, lo anterior impidió que otras personas o científicos pudieran contribuir a las decisiones en torno a la salud, así fue como la bata blanca se convirtió en un símbolo y creencia de poder sobre la enfermedad.

Con el paso del tiempo y el desarrollo de la ciencia se fueron haciendo a un lado estas creencias para pasar a explicaciones científicas, la cual predomina actualmente, es decir en creencias que explican a la salud-enfermedad como aspectos médico-biológicos, y en las cuales intervienen expertos de diversos ámbitos, ya no sólo

médicos. Sin embargo, las creencias mágico-religiosas no han desaparecido de las sociedades occidentales, sino que conviven con el modelo médico debido a la continua labor de los grupos religiosos en la vida cotidiana, por tanto las creencias médico-biológicas y mágico-religiosas forman parte de la organización social y la ideología del momento histórico en el que nos encontramos. De aquí la importancia de estudiar las creencias de las personas sobre la enfermedad, puesto que éstas determinan, en cierta medida, el significado, el sentir y el actuar de una persona al momento de afrontar una enfermedad en su diagnóstico y posteriormente en el tratamiento

Las creencias de salud y enfermedad tienen aspectos importantes con base en las percepciones y clasificaciones sociales que fueron determinadas por las enfermedades y las personas que las padecen, de manera que las creencias, según Ehrenzweig (2007), funcionan como esquemas cognitivos, estereotipos que guían el comportamiento inmediato de las personas, las cuales realizan una evaluación de la enfermedad, sin embargo lo más importante a destacar es que las creencias dependen del valor que cada persona le dé a su estado de salud o a alguna enfermedad, de manera que de esto dependen la adquisición o mantenimiento de comportamientos saludables.

A partir de éstas concepciones, durante el siglo pasado, bajo la perspectiva de la psicología social, surgieron los denominados modelos de cognición social (MCS), los cuales se enfocaron en describir la importancia de aquellos procesos de pensamientos o cogniciones que intervienen entre los estímulos observables y la respuesta que el individuo ejecuta en una situación determinada, y específicamente en el caso de la salud cómo estos procesos inciden en la ejecución de conductas saludables o no saludables Fiske y Taylor (como se citó en Abraham, Conner, Jones y Connor, 2016). Gran parte de la investigación sobre éste tema fue el centro de numerosas investigaciones durante el siglo pasado, desarrollándose bajo la premisa de que la conducta social es mejor entendida como una función de las percepciones que realizan las personas sobre el mundo real y su relevancia para la predicción de la conducta saludable. Es decir, el comportamiento está mediado por percepciones que

hacen las personas sobre el mundo real, y dichas percepciones influyen en la ejecución de alguna conducta que puede ser o no ser saludable.

Estos modelos se consideran como parte de la corriente de investigación que estudia la autorregulación, entendida como “aquellos procesos mentales y conductuales por los que una persona construye auto concepciones y evalúa su comportamiento para lograr determinados resultados” Fiske y Taylor (como se citó en Abraham et al., 2016, p.143). Este concepto de autorregulación ha surgido a lo largo de una tradición psicológica que se enfocó en eliminar patrones disfuncionales, de pensamientos, o conductuales y cambiarlos a una forma más funcional. Así mismo, la autorregulación implica dos fases que determinaron los ejes centrales de los modelos; la fase motivacional y la fase de intención. La primera hace referencia a las constantes evaluaciones de los costos y beneficios para lograr determinado objetivo que suponen concluyen en una intención. Posteriormente pasa a la fase “volitiva” en la que predomina la planificación de acciones a realizar para alcanzar las metas establecida. Sin embargo, actualmente la mayoría de los MCS se enfocan en los procesos motivacionales.

A continuación se presentan los modelos más relevantes, incluyendo sus principales conceptos y como han aportado al entendimiento de aquellos determinantes que influyen en el comportamiento saludable.

2.2 Modelo de Acción razonada- Ajzen y Fishbein

La teoría de acción razonada se refiere a la predicción de una intención de comportamiento específica en una situación bien definida (Ajzen y Fishbein ,1973). Dicha teoría supone que la mayoría de los comportamientos están bajo el control voluntario y que en una situación dada una persona sostiene o forma una intención específica que influye en su posterior comportamiento manifiesto. Para la determinación de las intenciones específicas del comportamiento, existen dos factores que influyen: el factor personal o actitudinal y el factor social o normativo, el primero se propone como una función de las consecuencias percibidas del acto y de sus valores a la persona, mientras que en el segundo se incluyen las creencias que las

personas tienen acerca de la probabilidad de que ocurran ciertas acciones, además, se incluye la motivación con la que cuenta el individuo para realizar acciones que son percibidas como relevantes dentro del marco social en el que se encuentre, al respecto Ajzen y Fishbein (1973) refieren que en ocasiones las expectativas de la familia o amigos de una persona pueden ser más relevantes que la motivación misma para la ocurrencia de comportamientos acorde a la situación en que se encuentre.

Páez, Ubillos y Pizarro (1994) refieren que la teoría de acción razonada es un modelo basado en la premisa de que la persona es un tomador racional de decisiones, cuyo comportamiento es controlado voluntariamente y éste comportamiento estará en función del valor asignado que otorgue a los resultados obtenidos y de las expectativas que tenga precisamente de la conducta a realizar. De igual forma, mencionan que cuando los factores actitud, norma subjetiva y sistema de creencias se combinan es posible emitir un juicio de la intencionalidad que tendrá el sujeto para emitir la conducta, mediante una valoración estadística. A pesar de esto, el modelo no brinda resultados exactos, sin embargo con el fin de ampliar el modelo, Páez, Ubillos y Pizarro (1994) proponen la variable de percepción de control, con el objetivo de tener mejor predicción de la intencionalidad, éste factor hace referencia a la percepción de la persona para controlar su comportamiento, por lo que a mayor grado de percepción de control, mayor será la probabilidad de que ocurra la conducta. Sin embargo, estos autores no refieren a la motivación como un factor importante para determinar la intencionalidad de las personas para actuar ante determinadas situaciones.

En la teoría de acción razonada, los dos determinantes principales de intención conductual específica son la actitud hacia el acto y las creencias normativas aunadas a la motivación, y estos dos componentes están influenciados por variables situacionales, tales como la observación del comportamiento, y por características y preferencias personales, al respecto Ajzen y Fishbein (1973) refieren que un individuo puede no ser capaz de realizar un comportamiento dado, a pesar de su intención de hacerlo, si carece de la capacidad requerida o si se le impide hacerlo por circunstancias o por otras personas.

El modelo ha alentado diversas investigaciones en busca de verificar la aplicabilidad de las variables que componen la teoría en diferentes temas de salud, ejemplo de ello es el estudio realizado por Sanabria (2006) el cual tuvo como objetivo evaluar el efecto de un programa preventivo que contempla los componentes del modelo para incrementar las conductas de protección y disminuir la exposición solar en adolescentes. Los resultados arrojados señalan un efecto positivo del programa, ya que hubo un incremento de las conductas protectoras, así como en las intenciones de los adolescentes. De igual forma los autores resaltan la importancia de implementar programas preventivos en los que el individuo perciba que puede controlar su comportamiento, ya que a mayor grado de percepción de control, mayor será la probabilidad de que ocurra la conducta (Páez, Ubillos y Pizarro, 1994).

A pesar de éstos resultados, se debe señalar los límites de alcance que tiene el estudio, ya que no se puede explicar la conducta de salud tomando como base solo estos componentes, dejando fuera un abanico de factores cognitivos y sociodemográficos que inciden en la conducta de exposición al sol, cómo lo es la edad, sexo así como el sistema de creencias que se tiene acerca del tema.

En otro tipo de estudios, se han analizado los componentes del modelo para determinar cuál es el que mejor predice la intención de ejecutar la conducta, como es el caso de Carpi, Breva, Palmero y Cantero (2005), quienes evaluaron la importancia de la intención como variable motivadora en la disminución del estrés percibido en la prevención de algún tipo de trastorno cardiovascular. Encontraron que las variables del modelo que mejor explican y predicen el desarrollo de la intención de conducta son la actitud y la norma subjetiva, siendo la percepción de control la variable que la predice con menor fuerza.

Sin embargo, en otro estudio la percepción del control si tuvo un impacto positivo en las conductas, al igual que la actitud y la norma subjetiva, este estudio fue realizado por Ross, Kohler, Grimley y Anderson-Lewis (2007) con el fin de aumentar la comprensión acerca de las influencias motivacionales entre los hombres afroamericanos para obtener información sobre el cáncer de próstata. En este estudio

se evaluaron las creencias y las actitudes de intenciones comportamentales, y se logró comprobar cuatro hipótesis: 1) las actitudes hacia la obtención de información sobre el cáncer de próstata están relacionadas con las intenciones de comportamentales; 2) la norma subjetiva para obtener información de los médicos sobre el cáncer de próstata está relacionada con las intenciones conductuales de realizar el comportamiento; 3) las creencias para obtener información de los médicos sobre el cáncer de próstata están positivamente relacionadas con las medidas directas de las actitudes hacia el comportamiento; y 4) obtener información sobre el control del cáncer de próstata está positivamente relacionado con las medidas directas de la norma subjetiva con respecto al comportamiento. Ross, et. Al. (2007) concluyeron que la teoría de la acción razonada proporciona un marco útil para comprender las motivaciones de las personas hacia ciertos comportamientos, donde la actitud es un factor importante que éstos se realicen.

De igual forma, dichos resultados indican que las creencias, las actitudes, la norma subjetiva y las intenciones de las personas son factores que prevalecen para la comprensión de las enfermedades y, por ende, para una mayor prevención o adherencia al tratamiento. En este sentido, la teoría de acción razonada resulta ser suficiente en la predicción de la probabilidad de que se lleven a cabo determinadas conductas, ya que en diversos estudios muestra resultados consistentes.

2.3 La Teoría de la Autoeficacia de Bandura

La teoría propuesta por Bandura (1977) resalta el papel que tienen los procesos cognitivos en el aprendizaje de nuevos patrones de conducta a través de la técnica de modelado, principalmente, ya que de acuerdo con el autor, mucho del comportamiento humano se desarrolla al observar la conducta de los demás, formándose concepciones de cómo nuevos patrones de conducta se realizan. Estas aproximaciones iniciales de la conducta por aprender se van refinando mediante autocorrecciones basadas en la información por retroalimentación. Es decir, el modelo propuesto por Bandura de esto, la respuesta no está conectada automáticamente con los estímulos, sino influyen en la probabilidad de un comportamiento que se realizan

en virtud de su función predictiva a las respuestas, es decir, los estímulos funcionan como antecedentes predictivos más que estímulos controladores (Bandura,1977). Lo mismo ocurre con las consecuencias, al referir que éstas son afectadas por las creencias personales, resaltando el rol mediador del pensamiento entre las consecuencias y el comportamiento, argumentando que son las creencias quienes ejercen una mayor influencia sobre la conducta que las consecuencias por sí mismas. El incremento en la tasa de respuesta no incrementa si la persona es llevada a creer que las mismas consecuencias pueden aumentar, reducirse o extinguirse

2.3.1 Autoeficacia, creencias y afrontamiento

La capacidad que tiene el humano para hacer representaciones futuras de las consecuencias sirve como una fuente cognitiva de motivación y es a través de la representación cognitiva de los resultados futuros que los individuos pueden generar motivadores de comportamiento. A partir de esto, se van creando expectativas de que cierto comportamiento producirá determinado beneficio. El autor hace referencias al concepto de expectativa de resultado definiéndola como la estimación que hace una persona que un determinado comportamiento conducen a ciertos resultados. Además hace alusión a las expectativas de eficacia, entendiendo éste concepto como la convicción de que uno puede ejecutar correctamente el comportamiento requerido para producir los resultados esperados. Estas expectativas de eficacia determinan cuánto esfuerzo se debe gastar y cuánto tiempo la persona debe ser persistente para hacer frente a experiencias aversivas. Cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, más activos serán los esfuerzos y a su vez reforzarán su sentido de eficacia eliminando así eventualmente su comportamiento defensivo, es decir, el aumento de la autoeficacia puede aumentar los esfuerzos de afrontamiento mediante expectativas de éxito eventual. Sin embargo, cuando las personas presentan un mayor temor a situaciones estresantes y se conjugan con una serie de pensamientos que provocan miedo sobre su ineptitud, la percepción sobre su eficacia decrementará y posiblemente también afecte la forma en que se percibe el medio ambiente, por ende afectando sus esfuerzos de afrontamiento, presentando niveles altos de ansiedad y angustia.

A partir de éstos planteamientos se han realizado diversas investigaciones en las cuales se relacionan los componentes que incluye el modelo con algunas variables de interés en la salud como la calidad de vida, conductas de autocuidado etc. Como es el caso de un estudio realizado por Mohajjel, Sanaat, Hassankhani y Kochaki (2013), donde llevaron a cabo una evaluación literaria sobre la autoeficacia en pacientes con cáncer de mama. A partir de esto, los artículos abordados por los autores se pueden clasificar en: Autoeficacia y autocuidado, interacciones médicas, e implicaciones emocionales, edad y tiempo de diagnóstico, con base en los objetivos y hallazgos encontrados

En el caso de autoeficacia y autocuidado, los autores revisaron dos artículos del año 2000 y 2001, respectivamente, en los cuales el objetivo era el mejoramiento del autocuidado, a partir de la aplicación de técnicas de asesoramiento, sesiones de consejería, visualizaciones de cintas de video y lectura de folletos en un grupo control, encontrando que estas técnicas contribuyen al desarrollo de la autoeficacia generando una mejor la calidad de vida, sin embargo la autoeficacia del autocuidado disminuía a medida que la angustia de los síntomas se hacía presente.

Por otro lado, en relación a las interacciones médicas, se revisaron artículos del año 2001, en los cuales se analizaban las relaciones entre las características psicosociales de los pacientes con cáncer de mama, haciendo uso de la proporción de información, la retroalimentación guiada y las experiencias en un ambiente de apoyo para sobrevivientes con cáncer de mama, obteniendo resultados positivos donde la autoeficacia aumenta mejorando la calidad de vida por medio de comportamientos y estilos de afrontamiento positivos.

Finalmente, en la clasificación de implicaciones emocionales, edad y tiempo de diagnóstico, los resultados de los artículos revisados del año 2006, 2008 y 2010, respectivamente, muestran que la autoeficacia era mayor para afrontar el cáncer cuando se contaba con mayor edad, menos tiempo desde el diagnóstico y menos

angustia, asimismo, en este proceso se vieron implicados diversos factores como el nivel educativo, el trabajo y el protocolo de la quimioterapia.

A partir del análisis de investigaciones anteriores, Mohajjel, et. Al. (2013) refieren que, las personas que se enfrentan al cáncer de mama necesitan del equipo completo de atención sanitaria, debido a que ellos pueden proveer a las mujeres de las herramientas necesarias para hacer frente a su enfermedad generando mayor autoeficacia, así como confianza en las habilidades con las que cuentan para adaptarse a los estresores, evitando así una angustia emocional y obteniendo mejores resultados en el tratamiento.

Sin embargo, la investigación no considera la importancia de diversos factores que pueden influir en que se mantenga la autoeficacia, por ejemplo, Bandura (1977) menciona que la autoeficacia es influida por diversas fuentes de expectativas de eficacia como la persuasión verbal, experiencia vicaria, estado emocional, que proporciona información al individuo sobre cómo actuar en determinadas situaciones y es dependiendo de estas fuentes de información que se mantendrá o no la autoeficacia. Respecto al estado emocional, las investigaciones señalan que aquellas personas que con mayor grado eficacia, generalmente presentan un bienestar emocional adecuado, permitiendo tener mejores recursos para afrontar la enfermedad.

Los resultados encontrados en los anteriores estudios representan las bondades en la implementación de programas interventivos que se basen en el modelo de autoeficacia, puesto que la literatura muestra una mejoría en la calidad de vida, el autocuidado, y el estado emocional en pacientes que participan en éstos tipos de programas en comparación a aquellas personas que sólo reciben atención médica estandarizada. Así lo demuestra el estudio realizado por Zhang, chi Chan, You, Wenc, Peng, Liu y Zheng (2013). Quienes comprobaron que aquellos pacientes que reciben una intervención para mejorar la autoeficacia, reportan mejores niveles de autoeficacia, calidad de vida y disminución en la angustia de los síntomas en comparación con aquellos pacientes que no reciben algún tipo de intervención. El

programa consistió en sesiones presenciales sobre técnicas de relajación para manejar los síntomas relacionados con la quimioterapia, manuales informativos sobre la autoeficacia, los componentes básicos de la autogestión durante la quimioterapia y los problemas comunes en pacientes con cáncer colorrectal como la gestión de los efectos de la quimioterapia, el ejercicio y la dieta. Los resultados mostraron un incremento generalizado en la autoeficacia y calidad de vida, en comparación con aquellos pacientes que no recibieron algún tipo de programa. De igual forma los hallazgos indicaron una disminución en la angustia de los síntomas producidos por el tratamiento, sin embargo estas reacciones emocionales persistieron al terminar el programa, a pesar de que la intervención fue proporcionada inmediatamente después de la cirugía. Lo anterior indica que los programas interventivos podrían mostrar mejores efectos cuando son dirigidos a pacientes recién diagnosticados puesto que posiblemente experimenten una fuerte carga emocional que se prolonga terminado el tratamiento.

2.4 *Modelo de los sistemas autorregulatorios de Howard Leventhal*

El Modelo de autorregulación surge a principio de la década de los ochentas, con bases en el modelo de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y otros modelos de corte conductista. Según Leventhal, Phillips y Burns (2016), el modelo explica los procesos por los cuales los individuos forman representaciones cognitivas, afectivas y conductuales que son percibidas como amenazantes para la salud.

Al respecto, Álvarez (2002) refiere que el sistema autorregulatorio está compuesto por dos etapas: la primera se refiere a los estímulos internos y ambientales; donde se establecen los objetivos a alcanzar en tres niveles: 1) el proceso cognoscitivo, el cual se refiere a la representación de la enfermedad, la peligrosidad percibida, sus posibles consecuencias y la vulnerabilidad ante ellas; 2) el proceso esquemático, en el que se incluyen los planes de acción, donde se definen las conductas para afrontar la enfermedad; y 3) el proceso representacional, referente a la evaluación de los resultados de esas conductas con base en la obtención del estado ideal. En la segunda etapa se encuentran los tres niveles correspondientes a

la representación emocional de los estímulos: la experiencia emocional, los planes de acción para afrontar las emociones y la evaluación de las mismas, estos pueden activarse a la par que los niveles anteriormente mencionados.

Leventhal y Cameron (2003) refieren que las dos proposiciones básicas del modelo de autorregulación son que las personas actúan como científicos comunes cuando construyen representaciones de las amenazas de la enfermedad, las cuales generan metas para la autogestión y además sugieren procedimientos para el logro de metas y criterios para evaluar la eficacia de la respuesta. Mediante este modelo, Leventhal intenta, según Álvarez (2002), explicar la forma en que las personas están inmersas en un proceso autorregulador permitiendo una adaptación a una enfermedad, a corto y largo plazo. Para esto, los comportamientos tanto de salud como ante la enfermedad están determinados por las creencias, o sentido común acerca de la enfermedad, por el tratamiento posterior, por el estado corporal tanto presente como ideal, por la experiencia emocional, por los planes de cambio y por la evaluación a todo lo anterior.

El modelo cuenta con cinco dominios de la representación de la enfermedad: identidad, cronograma, causa, consecuencias y control, cada uno de estos dominios contiene tipos específicos de información semántica y perceptiva sobre una amenaza de enfermedad y cada variable en un dominio es abstracta y concreta (Leventhal y Cameron, 2003). Tanto la experiencia concreta como el razonamiento abstracto crean representaciones de enfermedades y tratamientos, esta representación según Leventhal y Cameron (2003) se forma a partir de la historia previa, de experiencias pasadas con enfermedades y lesiones propias, las observaciones de la enfermedad en otros y la exposición a los medios de comunicación y las creencias culturales sobre la enfermedad.

A partir de este modelo se realizaron investigaciones como en el caso de Dempster, McCorry, Brennan, Donnelly, Murray y Johnston (2012) quienes refieren que el bienestar psicológico es importante para las personas que han sido diagnosticadas con cáncer, por tal razón el mejorarlo o mantenerlo puede tener

efectos beneficiosos, de aquí la importancia de investigar los factores que contribuyen a la salud psicológica con el fin de diseñar intervenciones psicológicas que sean efectivas en personas con cáncer. En el caso del cáncer de mama, las principales emociones presentes son la ansiedad y la depresión, éstas se encuentran asociadas con el tipo de afrontamiento del cáncer, al respecto, el modelo de Leventhal resulta ser útil para aclarar las interrelaciones entre estos constructos cognitivos y emocionales, pues sugiere que las percepciones de una persona acerca de una enfermedad y sus estrategias de afrontamiento pueden tener un impacto en su bienestar psicológico.

Dempster, et. al, (2012) realizaron una investigación donde su objetivo era investigar hasta qué punto las percepciones de la enfermedad explican la angustia psicológica en relación con las variables demográficas y biomédicas entre los sobrevivientes de cáncer de esófago, encontraron que los sobrevivientes de cáncer de esófago tienen altos niveles de mala salud psicológica presentando principalmente ansiedad, esto se puede explicar debido a las consecuencias de la enfermedad, como la apariencia y/o el funcionamiento social. Asimismo, los resultados obtenidos en su investigación mostraron que las creencias personales desempeñan un papel importante en la adaptación a la enfermedad, en este caso al cáncer de esófago, mientras que hubo poca evidencia de que del papel de afrontamiento como mediador entre las percepciones de la enfermedad y la angustia psicológica

Por otro lado, Di Mattei, Carnelli, Mazzetti, Bernardi, Di pierro, Bergamini y Sarno (2016) realizaron una investigación con el objetivo de explorar las representaciones de la enfermedad mental en las mujeres diagnosticadas con tumores trofoblásticos con el fin de proporcionar apoyo a estas mujeres en un entorno de atención ambulatoria, los resultados obtenidos mostraron que la enfermedad trofoblástica gestacional (GTD) una enfermedad caracterizada por las emociones negativas, reflejando intensas reacciones emocionales que una enfermedad, como el cáncer puede invocar. El miedo y la ansiedad, junto con los síntomas del abandono y la ira, invocados por el sentimiento de vulnerabilidad y pérdida de control de la vida,

representan las reacciones psicológicas más frecuentes cuando una persona descubre una enfermedad potencialmente letal y su consiguiente tratamiento.

Di Mattei, et. At. (2016) refieren que un diagnóstico de GTD podría significar un cambio psicológico, abrumador y debido a la modificación de estilos de vida de un paciente y planes futuros, forzando a la paciente a redefinirse con respecto a los objetivos existenciales. Asimismo, los sentimientos de tristeza o depresión son inducidos principalmente por el diagnóstico y la necesidad de posponer un futuro embarazo; los sentimientos de incertidumbre están relacionadas con las causas de la enfermedad; la ansiedad se encuentra ligada a características específicas de la enfermedad y sus posibles consecuencias; las preocupaciones sobre la fertilidad futura y la posibilidad de una recaída representan las emociones más comunes invocadas por GTD en pacientes femeninas. Los autores sugieren que el contacto regular con el personal médico y psicológico podría contribuir a una percepción más realista de la enfermedad, así como a la voluntad de tener confianza en el tratamiento y la fertilidad futura, y también la adquisición y el refuerzo de la autoeficacia.

Ambas investigaciones se realizaron con la aplicación de cuestionarios y en ellos se incluyó el uso de los dominios de la representación de la enfermedad, de manera que las creencias, las consecuencias, la sintomatología, la cronología y el control fueron la base de las investigaciones, por tanto se puede afirmar que los autores de dichas investigaciones hicieron uso del modelo de Leventhal de una manera correcta, pues aplicaron sus principios para el fin que deseaban obtener.

2.5 Modelo de los esquemas prototípicos de George D. Bishop

En este modelo, las personas estructuran las representaciones de las enfermedades y las conductas ante las mismas, en función de tres aspectos la información obtenida de los síntomas de las enfermedades que consideran preocupantes, la localización anatómica de la enfermedad y la información obtenida y los esquemas prototípicos de síntomas que ya se poseen, de los cuales ya hubo una experiencia previa. Álvarez

(2002) refiere que Bishop interpreta a los esquemas prototípicos como la información procesada e idealizada que las personas hacen de las enfermedades y lo que éstas representan para ellas, estos postulados los deduce a partir de diversas investigaciones que realizó, asimismo, Bishop encontró que las personas clasifican las enfermedades en dos categorías:

1) en ésta primera categoría se incluyen aquellas que tengan características de contagio y de peligrosidad, se dividen en cuatro: enfermedades contagiosas-no peligrosas (como gripe), enfermedades contagiosas-peligrosas (como la Hepatitis o el SIDA), enfermedades no contagiosas-no peligrosas (como la jaqueca) y enfermedades no contagiosas-peligrosas (como el cáncer).

2) en la segunda categoría se incluyen las características de la enfermedad y el tipo de tratamiento a seguir, las clasificaciones son cuatro: no contagiosas con tratamientos de por vida (como el cáncer), no contagiosas sin tratamientos de por vida (como la apendicitis), contagiosas con tratamientos de por vida (como el SIDA), y contagiosas sin tratamiento de por vida (como gripe).

Los esquemas prototípicos, se postulan a través de cinco elementos: la identificación de la enfermedad (síntomas), la explicación de las causas de la enfermedad, las expectativas personales respecto a la misma (curso), las consecuencias que se le atribuyen (efectos) y la forma o las formas de curación de la misma (tratamiento), Álvarez (2002) refirió que Bishop argumenta que con base en estos elementos las personas ordenan y clasifican las enfermedades, para así determinar el proceso de autodiagnóstico que hace la persona, el cual será importante pues en él se incluyen las respuestas comportamentales ante las enfermedades, es decir llevar a cabo las indicaciones médicas o realizar negligencias respecto a su salud, de manera que los esquemas prototípicos sirven como mapas cognoscitivos los cuales facilitan la interpretación de la información respecto a la enfermedad.

Al respecto de este modelo, Zwart, Veldhuijzen, Elam, Aro, Abraham, Bishop y Brug (2009) realizaron una investigación con base en el modelo de Bishop, con el fin de explorar la percepción de la amenaza, la percepción del riesgo y la eficacia de las

creencias relacionadas con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en muestras aleatorias de la población de ocho países de Europa y Asia, encontrando que la amenaza percibida de SARS y la gripe de un nuevo virus de la gripe en caso de un brote fue similar en la mayoría de los países. Sin embargo, el nivel de gravedad para el SARS fue más alto que para la gripe de un nuevo virus, mientras que la vulnerabilidad para la gripe de un nuevo virus fue más alta que para el SARS en todos los países. Esto, según Zwart, et. Al. (2009) puede deberse a que el SARS es una enfermedad más desconocida para la mayoría de las personas en comparación con la gripe, debido a eso las personas perciben de manera diferente el riesgo para enfermedades infecciosas emergentes y que la comunicación del riesgo debe ser específica de la enfermedad y de la percepción.

Esta investigación resulta importante al momento de analizar el modelo que tomaron como base para su realización, pues los principios que utilizan son parte del modelo de creencias en salud, al lograr intentar llegar a determinar la vulnerabilidad, el riesgo o la percepción de la amenaza de la enfermedad, siendo que el modelo de Bishop, se encarga de analizar la sintomatología, las causas, efecto y posible tratamiento para posteriormente realizar una clasificación de la enfermedad, y por ende seguir construyendo las creencias acerca de las mismas. A pesar de que la investigación logre una clasificación en cuanto al conocimiento de las enfermedades en relación con mayor o menor riesgo percibido, faltan elementos que contribuyan al uso correcto del modelo propuesto por Bishop.

2.6 Modelo de Creencias en Salud de Becker y Rosenstock

Diversos enfoques teóricos sobre conductas de salud tienen como eje central los factores cognitivos, debido a que éstos modelan y pueden influir sobre la ejecución de conductas saludables (Galdón, Durá, Andreu y Tuells 2000). Entre los modelos teóricos existentes, se encuentra el Modelo de Creencias de Salud (MCS).

Dicho modelo, según Álvarez (2002), surge en la década de los cincuentas por parte de los administradores de salud de Estados Unidos de América, con el fin de

ahorrar dinero, tiempo y trabajo, además de lograr implementar programas efectivos para la adherencia al tratamiento, de manera que los pacientes tuvieran una mejoría en su salud, los fondos económicos no resultaran insuficientes y el trabajo médico se viera reducido.

El modelo, basado en la teoría cognoscitivista, argumenta que la conducta de las personas ante las enfermedades y las prescripciones médicas será definida con base en un pensamiento lógico y formal, el cual permite realizar un análisis de la información, donde se incluyen los riesgos, beneficios y consecuencias de ciertas conductas, para posteriormente lograr un mantenimiento o modificación de las conductas saludables o de la enfermedad misma.

Galdón, Durá, Andreu y Tuells (2000) refieren que el MCS postula cuatro variables psicológicas que aumentan la posibilidad de que las personas adopten conductas de salud: 1) vulnerabilidad percibida (la persona debe percibir susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad) , 2) gravedad percibida (la percepción del grado de amenaza de la enfermedad, tomando en cuenta el posible daño a nivel físico pero también el social), 3) beneficios percibidos (la persona creerá que la conducta de salud reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad) y 4) barreras percibidas (los posibles inconvenientes o aspectos negativos al llevar a cabo conductas de salud). Además de estos cuatro factores, al modelo se le ha agregado el elemento desencadenador o clave para la acción, el cual puede ser interno (como síntomas físicos o inclusive los pensamientos) o externo (donde el entorno o las personas cercanas influyen).

El Modelo de Creencias en Salud ha sido utilizado como base en diversas investigaciones, dentro del ámbito de la salud se han estudiado temas como estilos de vida, diabetes, hipertensión, entre otras enfermedades. En el caso de estilos de vida, Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) realizaron una investigación con el objetivo de describir en jóvenes y adultos las prácticas, creencias y los factores del contexto relacionados con el estilo de vida, entendiendo como estilo de vida al conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, en el cual se incluyen

conductas de salud, creencias, conocimientos, hábitos y acciones que las personas utilizan para mejorar o mantener su salud. Su estudio se dividió en seis dimensiones: la condición, la actividad física y deporte, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y el cuidado médico, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y el sueño.

A partir de esto, los autores encontraron que mientras la edad sea mayor, la frecuencia de creencias favorables de salud aumenta; en relación al sexo, tanto hombres como mujeres tuvieron una alta presencia de creencias favorables de salud hacia las dimensiones de actividad física, y recreación, mientras que en el caso de consumo de alcohol, tabaco, drogas y sueño las creencias estuvieron en niveles bajos.

Los autores refirieron que la presencia de creencias favorables a mayor edad puede deberse a la percepción de vulnerabilidad que se produce con el paso del tiempo, pues las personas jóvenes no perciben el riesgo como algo cercano, sino que se perciben a ellos mismos como sujetos invulnerables, lo que los conduce a ejecutar conductas que afecten su salud.

Por otro lado, la adherencia al tratamiento resulta ser un tema de vital importancia en el ámbito de la salud, Montiel-Carbajal y Domínguez-Guedea (2011) mencionan que la adherencia terapéutica a la Diabetes Mellitus es uno de los conflictos más presentes hoy en día en el ámbito de la salud pública, además refieren que dentro de ella se incluyen aspectos sociales, ambientales, interpersonales y psicológicos, para lograr una mayor comprensión de cómo los procesos cognitivos y sociales tienen un impacto en las experiencias y decisiones del paciente.

Las autoras realizaron una investigación con el objetivo de evaluar algunas variables psicosociales asociadas a la adhesión del tratamiento en pacientes diabéticos. Obteniendo como resultados una clasificación de acuerdo a los componentes del Modelo de Creencias en Salud: respecto a la susceptibilidad percibida, los pacientes mostraron que de no tener un control sobre su enfermedad los efectos se harían presentes, esto debido a su propia experiencia o a la observación de conocidos, además de referir que un deterioro natural del organismo puede influir en

su decisión para deslindar el origen de las complicaciones al no seguir las recomendaciones médicas; en cuanto a la severidad percibida, los pacientes la dividen en tres aspectos, el nivel de incapacidad resultante, el tratamiento recibido y la autopercepción de sentirse sano al compararse con otros; la amenaza percibida estará en función de las complicaciones, el deterioro físico y que éste afecte la movilidad del individuo, así como el uso de insulina, pues esta se relaciona con una mayor complicación de la enfermedad a comparación de quienes aún consumen medicamento vía oral; los beneficios percibidos por los pacientes están relacionados con evitar un mayor deterioro físico a causa de la enfermedad, lo que conlleva realizar actividad física, tener una buena dieta, tomar correctamente los medicamentos y tener especial cuidado en pies y manos; en relación a las barreras, los pacientes refirieron barreras internas como gustos y preferencias por ciertos alimentos, capacidades físicas disminuidas y la percepción e interpretación de síntomas sin consultar a un experto, y barreras externas, como la disponibilidad de acceso a alimentos especiales, las condiciones climáticas para realizar ejercicio, el acceso a calzado especial, la disponibilidad y acceso a centros de salud, así como a los medicamentos, entre otros.

A partir de los resultados obtenidos, Montiel-Carbajal y Domínguez-Guedea (2011) refieren que las percepciones de los pacientes respecto a su enfermedad permiten entender las interpretaciones, complicaciones y el manejo que llevan de la misma, de manera que la adhesión al tratamiento está determinado por el sistema de creencias que las personas posean, a partir de las experiencias de los individuos. En relación a esto, Pérez, Soler y Morales (2016), refieren que las conductas que integran la adherencia al tratamiento están mediadas por varios factores, como la estructura de conocimientos y creencias que tienen sobre la enfermedad, es decir, que la estructura de creencias en salud influye en la adquisición de las medidas recomendadas por el médico para el tratamiento, incluyendo la toma de medicamentos, medidas higiénico-dietéticas, entre otras. Además, los autores mencionan que, de acuerdo al modelo de creencias en salud, la adherencia al tratamiento está estrechamente relacionada con la susceptibilidad y severidad percibidas acerca de las complicaciones de la enfermedad, así como con los beneficios y barreras percibidas en el tratamiento.

Partiendo de esto, Pérez, Soler y Morales (2016) analizaron las variables de adherencia terapéutica en relación a la enfermedad de la hipertensión, encontrando que las dificultades en la adherencia al tratamiento antihipertensivo se pueden explicar por la percepción de una susceptibilidad baja ante las complicaciones de la hipertensión, sin embargo, los autores refieren que la mayoría de los pacientes percibían muchos beneficios en su tratamiento como el realizar ejercicios físicos, no fumar ni ingerir bebidas alcohólicas.

En cuanto a la severidad percibida, un elevado número de pacientes reconoce la gravedad de esta afección; sin embargo, reportaron un bajo nivel de adherencia. A partir de los resultados encontrados, Pérez, Soler y Morales (2016), concluyen la importancia en que las personas se perciban susceptibles a las complicaciones de alguna enfermedad, ya que de esta percepción que tengan los pacientes dependerá la modificación de su comportamiento.

El Modelo de Creencias en Salud es una herramienta indispensable para profesionales de salud, debido a que proporciona una estructura para identificar y entender los elementos que afectan las conductas saludables, autores como Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez (1997) realizaron una revisión bibliográfica acerca del SIDA, las autoras mencionan que la lucha contra el SIDA no ha sido un fracaso, sin embargo, además de la creación de medicamentos es importante tomar en cuenta el componente cognitivo, de aquí que la percepción de algún riesgo no conlleva necesariamente el cambio de comportamiento deseado, sin embargo, si se cuenta con la suficiente información al respecto se puede iniciar un proceso de cambio comportamental.

Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez (1997) utilizaron el Modelo de Creencias en Salud para realizar esta investigación, tomando como base las premisas: la creencia o percepción de que un determinado problema es importante, la creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema y la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio o un coste personal. Las autoras encontraron en algunas investigaciones que, respecto a la percepción de importancia,

la alta tecnología moderna es un factor que influye en la práctica de conductas de riesgo, pues se cree que pronto se encontrará la cura para el VIH/SIDA, sin embargo otras investigaciones sugieren que la imagen visual de los efectos deteriorantes de dicha enfermedad reducen el número de compañeros sexuales de ciertos grupos poblacionales

En relación a la percepción de susceptibilidad o riesgo, las autoras encontraron que la edad es un factor importante, pues adolescentes no perciben el riesgo de contraer SIDA a comparación de otros de edad mayor que si lo perciben y no realizan conductas de riesgo, asimismo, también encontraron que existen individuos que piensan que estuvieron expuestos al VIH pero que sus características personales evitaron el contagio de manera que siguen realizando conductas de riesgo, Y en cuanto a la percepción de coste-beneficio, las autoras encontraron que las iniciativas preventivas contra el VIH/SIDA no producen resultados que sean visibles por el individuo.

A partir de los resultados encontrados en diferentes investigaciones, el cambio comportamental voluntario es el arma más grande contra el VIH/SIDA, y el Modelo de Creencias en Salud resulta estratégico para los educadores o promotores de salud que buscan un cambio comportamental a favor de la salud, esto resulta de mayor importancia cuando el tema central es el cáncer y las conductas preventivas para el mismo, en el caso del cáncer de cuello uterino o cervicouterino, uno de los cánceres con más alta mortalidad en el mundo, Urrutia (2012) realizó una investigación con el objetivo de describir las creencias que tiene un grupo de mujeres chilenas pertenecientes al sistema público de atención acerca del Papanicolaou y el Cáncer cervicouterino. Encontró que algunas de las barreras para adherirse al tamizaje fueron la falta de conocimiento respecto a la edad requerida y a la frecuencia con que debe realizarse el Papanicolaou, así como el largo tiempo de espera para ser atendidas. Por otro lado, en cuanto a los beneficios percibidos, el cuidado de la salud es el más importante; la severidad percibida fue de un 96%, el cual indica que las mujeres creen que el cáncer cervicouterino es un problema serio de salud; y la susceptibilidad percibida fue de 17.4%, es decir, el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer.

Con base en el Modelo de Creencias el Salud, Urrutia (2012) interpretó las 6 dimensiones de esta manera: “mientras más barreras para adherir el tamizaje tenga la mujer, la creencia que debe cumplir determinados requisitos también es alta y viceversa, las señales de acción son eficientes cuando existe mayor susceptibilidad y mayores beneficios percibidos por la mujer y viceversa, -a mayor severidad percibida por la mujer es mayor la susceptibilidad y los beneficios que la mujer percibe al adherir al tamizaje y viceversa, a mayor requisitos percibidos para adherir al tamizaje los beneficios disminuyen y viceversa, -a mayor susceptibilidad percibida mayores son los beneficios y viceversa” (pag. 5).

Al respecto, Rubio y Restrepo (2004) refieren que el fomento de conductas saludables, como lo es la realización de la citología vaginal de forma periódica, posibilita la detección temprana de la enfermedad y el pronto inicio del tratamiento e intervención adecuados, asimismo mencionan que el cáncer de cuello uterino se ha asociado con diversos factores que potencializan su aparición, estos factores se relacionan con comportamientos sexuales de riesgo, tales como un inicio temprano de la actividad sexual, el tener varios compañeros sexuales y el uso inconsistente del condón; también se han mencionado otros comportamientos de riesgo tales como el consumo de cigarrillo, el uso de contraceptivos orales, o la inmunidad biológica reducida.

Rubio y Restrepo (2004) realizaron una investigación en la que se caracterizaron y estimaron las relaciones existentes entre las variables: sociodemográficas (edad, carrera, semestre y estado civil), psicosociales (correspondientes a los 6 componentes propuestos por el modelo de creencias en salud), factores de riesgo (haber iniciado la actividad sexual, edad de inicio de la actividad sexual, haber tenido hijos, número de hijos, edad en que se tuvo el primer hijo y antecedente familiar de cáncer de cuello uterino), y la realización de la citología vaginal

Encontraron que la edad tiene una asociación significativa con las variables psicosociales de motivación para la salud y barreras percibidas, debido a que, con el

aumento de la edad, se observó la disminución en las barreras percibidas, así como en la motivación para realizar conductas saludables. Además que éstas variables resultaron ser las que se asociaron significativamente con la realización de la citología vaginal por parte de las mujeres universitarias participantes en el estudio.

Urrutia (2012) refiere que para lograr que un programa preventivo tenga éxito es importante considerar las creencias personales, lo cual incluye valorarlas y comprenderlas para posteriormente modificarlas. El modelo de creencias en salud ha sido empleado en repetidas ocasiones para realizar investigaciones acerca del cáncer de mama, como en el caso de Andreu, Galdón, Durá, García e Ibáñez (2007) quienes realizaron una investigación con el objetivo de analizar las creencias y actitudes ante el cáncer de mama y la mamografía, utilizando variables sociocognitivas postuladas por los modelos de creencias en salud.

Los resultados encontrados por las autoras los dividieron en dos grupos, en el primer grupo se encuentran las mujeres que se someten a mamografías periódicas siguiendo las pautas recomendadas, y en el segundo grupo se encuentran las mujeres que no han acudido a realizarse ninguna mamografía aunque hayan sido invitadas a realizársela o que lo han hecho pero no con la periodicidad recomendada.

Respecto al primer grupo, conformado por aquellas mujeres que acuden periódicamente al cribado mamográfico, mostraron mayor motivación general para la salud, se percibe menos vulnerable ante el cáncer de mama y lo considera menos grave, dentro de este grupo la clave para la acción es la invitación al programa de cribado mamográfico. Por otro lado, en el segundo grupo se encuentra la creencia de que una mujer necesita mamografías solo si se encuentra algo anormal en la mama, pero en este grupo Andreu, Galdón, Durá, García e Ibáñez (2007) recomiendan realizar ciertos mensajes dirigidos a estas mujeres, tales como insistir en la necesidad de realizarse mamografías periódicas, ofrecer información respecto a la baja dosis de radiación que supone la mamografía, insistir en la superioridad de la mamografía frente al examen clínico, así como en el beneficio emocional que puede brindar la realización de la mamografía, es decir, brindar información acerca de la vulnerabilidad percibida,

las barreras vinculadas, la eficacia percibida y el beneficio percibido al realizarse una mamografía.

Por otro lado, Lostao (2000), refiere que uno de los procesos más importantes para reducir la mortalidad de mujeres con cáncer de mama es la prevención secundaria mediante la participación en programas de cribado. Dicho estudio fue enfocado a evaluar la implicación de las variables del modelo en creencias de salud y las variables sociodemográficas, a mujeres que participaron en un programa de cribado.

Lostao (2000) encontró que la severidad percibida es la que mejor predice la participación en el cribado, además concluyó que las mujeres más jóvenes, casadas y de un status social medio o alto suelen estar mejor equipadas para evitar los riesgos y adoptar las estrategias preventivas que están disponibles en un momento, así como acudir con mayor frecuencia a programas de detección precoz. Así mismo, la percepción de amenaza que tiene la propia persona sobre la enfermedad es un importante predictor en la participación de programas preventivos.

De igual forma, Galdón, Durá y Andreu (2000) refieren que el éxito de cualquier programa de cribado mamográfico depende, en última instancia, de que se consiga un alto nivel de participación de las mujeres en este proceso, por lo que el estudio de los factores cognitivos que influyen en que las mujeres participen o no en programas de cribado resulta relevante debido a que constituyen el eje central para realizar conductas saludables y a su vez, modular los efectos de otros posibles determinantes.

De acuerdo a esto, Galdón, Durá y Andreu (2000) realizaron una investigación con el propósito de examinar el papel de algunos factores psicosociales; las creencias de salud, y variables sociodemográficas en relación con la participación de las mujeres en un programa de cribado mamográfico. Encontraron que las variables sociodemográficas asociadas con la asistencia al programa son una menor edad y un mayor nivel de estudios, además que el poseer una orientación preventiva hacia la salud y llevar a cabo otras conductas preventivas juega un papel importante en la utilización de la mamografía. Los autores concluyeron que las variables cognitivas

parecen realizar una aportación significativa en las diferencias entre mujeres que acuden y aquellas que no participan en un programa de cribado, resaltando el importante papel de las creencias de salud evaluadas respecto a la conducta mamográfica. Por otro lado, la inclusión de las variables sociodemográficas y de conductas preventivas no incrementa sustancialmente el poder clasificatorio de las variables actitudinales y de creencias. Por lo que se confirma la importancia de incidir en estas variables de tipo cognitivo a través de las campañas públicas de promoción de la salud dirigidas al fomento de conductas preventivas del cáncer de mama.

Sobre esta misma línea de investigación, Andreu, Galdón, Durá, Carretero y Tuells (2004) realizaron una investigación respecto al cribado mamográfico, considerado de igual forma como el medio más eficaz para reducir la mortalidad asociada a esta enfermedad, además de que las tasas de participación en los programas de cribado mamográfico son bajas.

En el caso de la mamografía, el Modelo de Creencias en Salud postula que la probabilidad de que una mujer se someta a un control mamográfico depende de su percepción de vulnerabilidad al cáncer de mama, la gravedad percibida de la enfermedad y los beneficios y barreras asociados a la mamografía. Andreu, Galdón, Durá, Carretero y Tuells (2004) tuvieron como objetivo analizar las creencias y actitudes hacia el cáncer de mama y la mamografía asociadas con la asistencia a un programa de cribado mamográfico en diferentes subgrupos de edad.

Los resultados que obtuvieron fueron divididos en cuanto a las dimensiones del modelo, la gravedad percibida se asocia con la asistencia a realizarse un cribado mamográfico en el caso de mujeres entre 50 y 60 años; los beneficios percibidos se asocian con mujeres menores de 50 años y mayores de 60 años, debido a que se tiene la creencia de incrementar las posibilidades de supervivencia al cáncer de mama, pero específicamente para el grupo más joven la mamografía representa una tranquilidad emocional al obtener un resultado negativo en la prueba. Respecto a las barreras percibidas, este estudio indica que se debe sensibilizar a las mujeres sobre la conveniencia de someterse a mamografías periódicas al alcanzar cierta edad. De igual

forma, los autores refieren la importancia en que los especialistas comunican a los pacientes sobre los posibles resultados de la prueba, puesto que el modo de transmitir puede contribuir en el aumento o la reducción de los componentes emocionales negativos.

Los resultados encontrados en las diferentes investigaciones permiten mencionar que el Modelo de Creencias en Salud resulta verdaderamente útil para dar cuenta de las conductas no saludables ante diferentes enfermedades, así como de las estrategias que pudieran ser utilizadas para generar cambios comportamentales y por ende conductas saludables. Al inicio y durante este proceso, las personas se enfrentan a ciertas emociones que influyen en sus creencias y en la manera en cómo afrontarán las situaciones a las que serán expuestos.

El Modelo de Creencias en Salud tiene ventajas sobre otros debido a que sus componentes cognitivo/perceptivo se centran en el procesamiento racional de la información. Una ventaja importante del modelo es su papel predictor de conductas como resultado de un conjunto de creencias centrales que van redefiniéndose, lo cual permite tener un patrón sobre las posibles conductas que realizará la persona en favor o no de la salud, tales como práctica de autoexámenes, respuestas individuales hacia ciertos síntomas, adherencia a tratamientos, entre otras, las cuales contribuyen a un mejor diagnóstico, así como a una mejor calidad de vida. Los resultados de la aplicación del modelo resultan ser estratégicos para educadores o promotores de salud, no sólo psicólogos, sino el personal médico en general. Sus componentes permiten que se conciba como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta, de manera que la percepción de amenazas en contra de la salud y las creencias de los individuos sobre poder reducir las amenazas se encuentran estrechamente relacionadas con la estrategia de afrontamiento ante un diagnóstico, así como con las emociones resultantes de este proceso, tal como se exponen en el siguiente apartado.

3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES

Ante un diagnóstico de cáncer, el paciente comienza a vivir un proceso en el que se ven envueltos diversos factores, uno de ellos son las emociones, las cuales tienen un papel casi tan importante como la medicina, debido a que se relacionan con procesos cognoscitivos que pueden dar cuenta de conductas no patológicas, así como contribuir a un tratamiento adecuado por medio de una relación idónea médico-paciente, y aunado a este factor se encuentran las estrategias de afrontamiento, las cuales proveerán al paciente de herramientas para poder manejar las demandas que le exija la enfermedad, además de generar una mejor calidad de vida, a continuación se exponen estos dos factores como parte fundamental del diagnóstico del cáncer.

3.1 Estrategias de Afrontamiento

La existencia de sucesos que pueden ser percibidos como estresantes es en la medida en que las personas los perciban de esa manera, según Vázquez, Crespo y Ring (2003), a partir de esto, las personas realizarán valoraciones, primaria y secundaria, la primera incluye dar cuenta de si el suceso es positivo o no, además de la valoración de las consecuencias; mientras que la segunda incluye un análisis de la capacidades de la persona para afrontar los sucesos que percibe. Partiendo de esta segunda valoración, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (pág. 164).

El afrontamiento que las personas emitan ante la situación que se encuentren depende de las experiencias previas, de la influencia de las condiciones socioculturales, los valores religiosos y las creencias, además de poder ser modificado por el apoyo social que la persona en cuestión reciba por parte de quienes se encuentran a su alrededor, al respecto, Macías, Orozco, Valle y Zambrano (2013) refieren que las estrategias de afrontamiento son recursos psicológicos que las personas utilizan para enfrentarse a situaciones estresantes, y aunque éstas no

resultan siempre con éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos obteniendo beneficios y fortalecimiento personal.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento: 1) estrategia de resolución de problemas y 2) estrategias de regulación emocional. Las primeras se refieren a las estrategias que manejan o alteran el problema en cuestión, surgen cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan susceptibles al cambio, además de que en ellas hay una definición del problema, una búsqueda de soluciones y se tiene consideraciones en función de coste-beneficio; mientras que para el caso de las estrategias de regulación emocional, incluyen los métodos para la regulación emocional ante el conflicto presente, aquí el individuo recurre a procesos cognitivos para disminuir la alteración emocional, tales como la evitación, minimización, distanciamiento, comparaciones positivas, etc. Asimismo, las funciones de las estrategias de afrontamiento son cuatro, según Sánchez (2004): resolver el problema, regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales.

Sin embargo, no hay una estrategia única de afrontamiento, sino que se emplean diferentes dependiendo de las circunstancias de la situación que cause conflicto y de la naturaleza del estresor. Lazarus y Folkman proponen una escala de Modos de Afrontamiento en el año 1985, en la cual incluyen ocho estrategias diferentes: 1) confrontación, dar solución directa a la situación; 2) planificación, llevar a cabo un desarrollo de estrategias para dar solución al problema; 3) distanciamiento, es decir, apartarse del problema, evitándolo; 4) autocontrol, afán de tener control sobre los propios sentimientos y respuestas emocionales; 5) aceptación de responsabilidad, reconocimiento de ser partícipe en el origen o mantenimiento del problema; 6) escape-evitación, es decir, emplear pensamientos irreales y que no sean productivos; 7) reevaluación positiva, intentar percibir los aspectos positivos del problema; y 8) búsqueda de apoyo social, acudiendo a personas cercanas para obtener ayuda, comprensión y apoyo emocional.

A partir de lo anterior, han surgido diversas investigaciones para determinar qué estrategias de afrontamiento son las más empleadas en pacientes con cáncer de mamá y su relación con síntomas depresivos como en el caso de Bigatti, Steiner y Miller (2012) quienes encontraron que la reevaluación positiva, la resolución de problemas, la planificación y el distanciamiento, son las estrategias que mejor predicen la depresión, así como las conductas de evitación y escape, las cuales fueron vistas como un esfuerzo para desviar la atención de la situación, siendo estas dos últimas las más frecuentes.

Por otro lado, Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la búsqueda de apoyo social, la religión, la solución de problemas y la autofocalización negativa; con niveles altos en la evitación y reevaluación positiva, y con bajos en la expresión emocional abierta. Sin embargo, el empleo de estas estrategias dependerán de diversos factores, como las emociones que se experimenten, la edad, el género, el modelo cultural y educativo así como el apoyo social y las creencias relacionadas con la enfermedad.

En relación a éstos factores, Vázquez, Crespo y Ring (2003) los dividen en dos categorías: internos (por ejemplo los estilos de afrontamiento) y externos (el apoyo social, los recursos materiales, etc.). Respecto a los factores externos que intervienen en el afrontamiento, el apoyo social es el principal, debido a que incluye el sentir protección y valoración por parte de personas cercanas. Mientras que en relación a los factores internos, existen diversos tipos, los cuales son definidos como la serie determinada de estrategias en situaciones diversas, algunos de ellos son:

- Personas evitadoras y personas confrontativas, las primeras suelen ser útiles para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el segundo es persistente a lo largo del tiempo permitiendo anticipar planes de acción.
- Catarsis, aunque sea un término psicoanalítico, el hecho de hablar y/o comunicar las preocupaciones tiene el efecto de reducir el daño a nivel psicológico y aumentar la actividad fisiológica.

-Uso de estrategias múltiples, debido a que los problemas en su mayoría conllevan una serie de factores que requieren de diferentes estrategias, resulta más factible que una persona haga uso de diversas estrategias de afrontamiento con el fin de obtener una solución más viable.

Existen factores de personalidad que influyen en los estilos de afrontamiento dentro de ellos se encuentran: la búsqueda de sensaciones, la sensación de control, el optimismo y otras variables como el sentido del humor, la inteligencia, etc. En relación a éstos factores, un estudio realizado por Margreat y Rohini (2014) acerca del manejo de la desesperanza y el afrontamiento entre pacientes con cáncer de mama, refiere que la variable desesperanza como cognición pesimista sobre el futuro y la deseabilidad social negativa se relaciona con un bajo sentido de autoeficacia y afrontamiento, concluyendo que el nivel de estrés o desesperanza que las personas manifiesten, dependerá de si creen o no que tienen los recursos necesarios para enfrentarse a los desafíos que se le presenten.

El afrontamiento resulta ser una forma de manejar las situaciones que producen estrés a través de acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza al aproximarse al problema, es decir que el individuo hará uso de sus recursos psicológicos y psicosociales para enfrentarse a situaciones estresantes, en los cuales los rasgos de personalidad se harán presentes (Macías, Orozco, Valle y Zambrano, 2013).

Para cualquier persona la salud y el bienestar son dos factores que contribuyen a una calidad de vida, y estos se ven afectados cuando existe un diagnóstico de una enfermedad crónica, debido al posible desmejoramiento de actividades diarias, a la afectación del autoconcepto y el sentido de vida, además de la aparición de estados depresivos. Es por eso que resulta importante la manera en que se enfrenta y maneja un evento en el cual influyen los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales, sin embargo la diferencia radica en que cada persona afronta la situación a la que se encuentra acorde a sus características individuales y de una evaluación cognitiva

donde se establece la relación individuo-ambiente (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007)

Por tal motivo las estrategias de afrontamiento constituyen una variable importante en la adaptación de las personas ante eventos estresantes, como las enfermedades crónicas, tal es el caso del cáncer, considerado según Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto (2010), como una de las patologías que produce mayor impacto en nuestra sociedad, debido a que afecta el desarrollo biopsicosocial, asimismo, áreas como la conductual, cognitiva y afectiva se alteran generando un cambio comportamental no funcional, ocasionando abandono de tratamientos, mayor percepción del dolor, progresión de neoplasias, desórdenes psicológicos como depresión, ansiedad, entre otros.

Cuando un paciente es diagnosticado con cáncer y éste no genera estrategias de afrontamiento adecuadas se ve afectado el manejo de la patología, debido a que el desempeño funcional diario disminuye, además, este diagnóstico trae consigo diversas experiencias, como el caso del sufrimiento y la vulnerabilidad afectando así la calidad de vida de quien lo padece e inclusive de las personas cercanas. Es importante recalcar que tanto factores cognitivos, emocionales y comportamentales influyen en el proceso de enfermar como en la prevención y manejo de las enfermedades, todo esto producto de la experiencia individual y del contexto sociocultural donde se desarrollan los individuos diagnosticados (Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2010).

Las implicaciones psicológicas del cáncer en una persona que acaba de recibir el diagnóstico incluyen la sorpresa y el impacto de la nueva experiencia percibida, el temor al diagnóstico, el miedo al pronóstico, la trayectoria del posible sufrimiento y dolor de la enfermedad; los cuales son analizados por el propio paciente para actuar frente a la enfermedad, empleando mecanismos de adaptación que incluyen analgésicos, el descanso, la participación en servicios religiosos y la conversación con amigos que contribuyen a la reducción de estos malestares que aquejan al paciente (Guerreiro, Pereira, Barufi y Pereira, 2004). Por lo cual la

necesidad de atender estas demandas se vuelven urgentes, al afectar la vida cotidiana de los pacientes y las implicaciones psicológicas que esto conlleva, al ser una constante los autorreproches, la preocupación o desilusión que muchas veces no se reconoce o no es tratado adecuadamente.

Al respecto, Haro-Rodríguez, Gallardo-Vidal, Martínez-Martínez, Camacho-Calderón, Velázquez-Tlapanco y Paredes (2014) realizaron una investigación con el fin de identificar cual es el sentimiento más frecuente que presentan las pacientes con cáncer de mama al recibir el diagnóstico, cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas y los factores que pueden estar relacionados con dichas estrategias. Los autores encontraron que el sentimiento más frecuente es el temor, sin embargo la estrategia de afrontamiento más utilizada es la resolución de problemas, en la cual influyen diversos factores tales como: la escolaridad, mientras mayor sea se presentará un afrontamiento más adaptativo; el tipo de tratamiento médico, el cual está relacionado con la calidad de vida, por lo que resulta importante un diagnóstico oportuno y un pronóstico favorable que contribuya a una adaptación positiva a la nueva condición médica en la que influyen los efectos secundario de los tratamientos oncológicos; y por último, la participación familiar, debido a que produce una mayor capacidad de resolución de problemas así como un impacto emocional negativo menor.

Las pacientes diagnosticadas con cualquier tipo de cáncer atraviesan un proceso que implica tanto desgaste físico como emocional, Plaza y Rosario (2013) se centraron en el cáncer de mama y realizaron un estudio en el que las mujeres, durante el proceso de la enfermedad, experimentan un estado de estrés que comienza desde la dificultad de manejar la sospecha de un diagnóstico positivo hasta manifestar sentimientos de ansiedad o aflicción en la espera de los resultados de las pruebas. Al recibir el diagnóstico se presenta un impacto emocional, que está mediado por las creencias y pensamientos que suelen ser aludidas a la muerte prematura, de manera que se ven obligadas a restaurar el equilibrio, utilizando diversas estrategias de afrontamiento, como la búsqueda de redes de apoyo social y religioso para facilitar la adaptación a la enfermedad.

Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto (2010) mencionan que la psicología resulta verdaderamente importante en el diagnóstico oncológico, debido a que con ella se proporciona un manejo adecuado que permita garantizar y aportar en la calidad de vida del paciente, debido al cambio proveniente de las consecuencias y tratamientos del cáncer, y en el que se ven implicadas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y cognitivas. La atención psicológica que reciba el paciente puede ser individual, familiar o en pareja, en esta última, (Brandão, Schulz & Mena (2014) refieren que la intervención psicológica en pareja mejora las habilidades de comunicación entre la pareja y el personal médico, además de mejores indicadores de adaptación sexual, desarrollo de habilidades de afrontamiento, mejor adherencia al tratamiento, así como aumento en apoyo social.

Durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer los estados de ánimo más presentes son los negativos, y estos hacen al individuo más vulnerable a diferentes situaciones que eviten poder llevar a cabo un tratamiento, recibir atención médica, realizar conductas saludables o llevar a cabo conductas que le permitan hacer frente a un diagnóstico desfavorable. Las enfermedades crónicas suelen afectar desde una fase inicial hasta una asunción de la enfermedad, en la primera surge un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación, mientras que en el segundo, implica un cambio en las actividades cotidianas (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007), es por eso uno de los factores importantes en el diagnóstico son las respuestas emocionales, pues éstas siempre están presentes en el proceso.

3.2 Emociones

En la literatura se pueden encontrar diversas definiciones del concepto emociones, dependiendo del estudio por el cual se decida abordar, a pesar de estas discrepancias, las diferentes definiciones que se encuentran, no dejan de lado los aspectos biológicos, cognitivos, sociales y comportamentales que lo constituyen. Sin embargo, a efectos de la presente investigación se hará énfasis en el componente cognitivo, entendiendo a las emociones como las definen Barragán, y Martínez (2014) quienes

las refieren como “respuestas simples con manifestaciones fisiológicas que suelen ser breves pero precisas, las cuales son reflejo exteriorizado de lo que la persona siente ante el estímulo o situación a la que se esté enfrentando” (pp. 104). Es decir, las emociones son procesos adaptativos, que pueden ser conscientes o no, y son producto de la experiencia emocional, entendiéndose esta como una reacción ante sucesos corporales que ocurren como resultado de una sensación externa que se van incorporando e influyen en el comportamiento.

Las funciones que tienen las emociones son las de organizar y coordinar los recursos psicológicos que estén al alcance para responder ante un evento de acuerdo a la valoración cognitiva que cada persona le asigne, esto significa que, toda persona tiene experiencias emocionales distintas, lo que conlleva que el valor cognitivo y las respuestas emocionales sean diferentes ante cualquier evento. La diferencia radica en la intensidad con las que se vive cada emoción, debido a que cada persona hace una interpretación subjetiva de cada experiencia, lo cual desemboca en el grado de intensidad de las emociones.

Para los psicólogos se ha hecho evidente que las emociones constituyen un elemento crítico, tanto para la comprensión como para los cambios de la experiencia y de la conducta humana. Se ha establecido la importante relación entre emoción y cognición, al demostrar como la emoción está ligada con el significado, tal es así el caso, que no se produce ningún cambio emocional sin que se produzca un cambio cognitivo.

Las emociones son fundamentalmente adaptativas, regulan el funcionamiento mental, organizando tanto el pensamiento como la acción. Establecen las metas que nos son prioritarias y nos organizan para llevar a cabo ciertas acciones concretas, dirigiendo las cogniciones, lo que las convierte en un determinante de la conducta humana. Aunado a ello, las emociones nos motivan, nos informan sobre nuestras reacciones ante situaciones y comunican a los demás nuestras intenciones y disponibilidad para actuar.

Como ya se había mencionado las emociones se han clasificado según positivas o negativas, éstas últimas, según Sánchez (2004), han sido consideradas desde hace tiempo como generadoras de enfermedad o de conductas inadaptadas o autodestructivas.

Estas emociones negativas pueden surgir en cualquier momento y ante cualquier situación, pero cuando se atraviesa por un momento estresante la probabilidad de que se presenten incrementa por la demanda que implica un problema para la persona. Cuando la demanda proviene de una enfermedad, las emociones surgen inmediatamente, entonces las creencias y estrategias de afrontamiento que la persona emplee estarán relacionadas con diferentes emociones. La relación dada entre creencias, afrontamiento y emociones es recíproca, unas a otras se afectan y determinan las conductas que la persona desarrollará ante tal situación. (Sánchez, 2004)

Es común que en las enfermedades crónicas aparezcan emociones como la culpa, la ira, desesperanza, vergüenza, ansiedad e incluso depresión, tanto en los pacientes como en sus familiares, en este mismo rubro, los factores familiares están implicados en el desarrollo de problemas emocionales y conductuales, incluso en la severidad de los síntomas en algunas condiciones crónicas, quedando de manifiesto el papel que pueden llegar a jugar las emociones y como al igual que en las anteriores dimensiones psicológicas, éstas también son afectadas por el medio circundante a la persona, lo que las puede llegar a modificar.

En el caso del cáncer, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento provocan un impacto que influye en las respuestas psicológicas y sociales del paciente, lo cual reafirma que el cuidado del paciente oncológico debe corresponder a una visión integradora, donde se incluyan los aspectos físicos, biológicos, sociales y psicológicos. Terol, López, Rodríguez, Pastor y Mora (2000) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar y comparar el impacto del tratamiento oncológico en la calidad de vida de los pacientes, tanto al inicio como al final del tratamiento, encontrando que en la etapa inicial, los factores principalmente afectados son el económico y social, sin

embargo, en la etapa final los síntomas de la enfermedad y el tratamiento tienen un alto impacto al igual que el estado emocional, lo cual influye en el proceso de la enfermedad, ya sea de manera positiva o negativa al momento de evaluar el avance que se ha generado. Los autores refieren que los estados emocionales presentes en los pacientes durante el diagnóstico y el inicio del tratamiento son la ansiedad y la depresión, lo cual se ve relacionado con la calidad de vida percibida, incluyendo en ella los aspectos de discapacidad funcional, impacto social y económico y la intensidad de los síntomas.

Cuando la ansiedad o la depresión aparecen, intervienen en la forma en la que la persona afrontara la enfermedad y como tratará de superarla, si aparecen en un familiar o cuidador traerán serios conflictos a esta persona y en el paciente, pues este último se quedará sin alguien quien le brinde apoyo y con quien compartir todos los eventos. Al hablar de temas como la ansiedad y la depresión se está haciendo mención de problemas psicológicos que requieren una intervención específica, pero que a la vez deben ser ubicados en el contexto de la persona, es decir, cuando se generan a raíz de una situación de enfermedad física.

Es importante tener en cuenta que las emociones pueden ser reguladas en un proceso donde los individuos seleccionan la situación, la modifican, realizan un despliegue atencional para posteriormente realizar un cambio cognitivo y finalmente una modulación de la respuesta. Una vez que la respuesta emocional está por ser emitida puede serlo de dos maneras, por medio de la supresión emocional, donde existe una inhibición del curso expresivo comportamental de la experiencia emocional, y la expresividad emocional, donde se incluyen cambios comportamentales acompañados de emociones además de gesticulaciones, voz, postura o movimientos corporales, éste última es dividida en positiva, negativa y fuerza del impulso emocional. A partir de esto, Porro, Andrés y Rodríguez-Espíndola (2012) realizaron una investigación con el fin de comparar la frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, la expresividad emocional negativa y la expresividad emocional positiva en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en una muestra de no pacientes, denominados estos últimos como grupo control. Los resultados

encontrados fueron que los pacientes oncológicos utilizan la supresión de la expresión emocional, lo cual se relaciona con la poca expresión de las emociones negativas, sin embargo este dato puede ser un indicador de la base de estrategias y habilidades con las que cuentan los individuos para tener una regulación emocional.

Cuando una persona recibe un diagnóstico de cáncer y pasa por un tratamiento del mismo, a nivel psicológico ocurren alteraciones emocionales secundarias que podrían afectar ciertas maneras de manejar las emociones que predisponen el inicio y el progreso de la enfermedad, al igual que los autores anteriores, Porro-Conforti y Andrés (2011) realizaron un estudio con el fin de describir la frecuencia del uso de la supresión de la expresión emocional y el tipo de expresión emocional predominante por un grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer. Encontrando que la mayoría de los participantes mantienen ocultas sus emociones y las controlan mediante la no expresión, sin embargo la supresión de la expresión emocional guarda una conexión significativa con el comienzo y progreso del cáncer. Asimismo, los pacientes expresaron emociones negativas con frecuencia, aunque con la supresión emocional mostraban calma sin importar que sintieran un enojo muy grande. Porro-Conforti y Andrés (2011) refieren que al recibir el diagnóstico, las personas generan una modificación en los estilos de afrontamiento, acompañados de una regulación emocional, lo cual las conduciría a implementar un mayor uso de las estrategias de supresión de la expresión emocional.

Sin embargo, existen otras estrategias para la expresión emocional, Suárez y Pérez (2011) realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar la influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en pacientes de cáncer, en el cual encontraron que la expresión emocional escrita tuvo un impacto importante sobre el afrontamiento del dolor en pacientes con cáncer, sin embargo también se hacía uso de estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social y emocional de este tipo de pacientes, pero la expresión emocional escrita incide positivamente sobre algunos aspectos de la valoración de la salud como es la percepción del dolor corporal y el rol social, lo cual deja claro que la manera en que se

manejan las emociones predisponen en mayor o menor medida el inicio y/o progresión de la enfermedad, de manera que los individuos ponen en práctica determinadas estrategias que les permitan modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales. Por otro lado, Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar psicológicamente a un grupo de 40 mujeres con cáncer de mama, encontrando que la personalidad indica dificultades en la expresión emocional y síndromes clínicos que afectan al bienestar. Así mismo, la participación en terapias grupales puede contribuir a la mejora de la regulación emocional negativa, de manera que se convierte en otra de las tantas estrategias de afrontamiento ante la adversidad.

En las enfermedades crónicas como el cáncer, la importancia de conocer y esclarecer las creencias, las estrategias de afrontamiento y las emociones que el paciente esté experimentando y presentando constituye un aspecto crucial en el trabajo de investigación e intervención, pues ya ha quedado comprobado que estos elementos se afectan unos a otros y que a la vez afectan o determinan la conducta del individuo en el medio, para sí mismo y para el progreso de la enfermedad.

4. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, el cáncer de mama es una de las principales causas de mortalidad de mujeres en México, y la primera causa de muerte por cáncer, siendo las mujeres las más vulnerables de padecer ésta enfermedad. Los datos revelan una tendencia a desarrollarla en mujeres de 25 años en adelante. A pesar de los avances tecnológicos y médicos que han permitido un índice alto de ser tratable, el diagnóstico temprano continúa siendo la herramienta más eficaz para disminuir la tasa de mortalidad.

Por tal motivo, surge la necesidad de intervención a diferentes niveles de atención a la salud de pacientes oncológicos, a partir del diagnóstico, pasando por el tratamiento y la supervivencia. Los datos muestran que una atención adecuada no sólo constituye la implementación de técnicas tecnológicas que permitan erradicar, o en su defecto, detener la progresión de la enfermedad, sino acciones que engloben promover la salud mediante cambios en los estilos de vida como hábitos alimenticios, realizar ejercicio, conocimiento sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento, etc. Con base en lo anterior, la necesidad de intervención por parte de psicólogos se hace evidente, debido al gran impacto psicosocial que representa la enfermedad, pues antes de recibir un diagnóstico positivo la mujer se enfrenta a una serie de estresores al percibir los cambios que se generarán en su entorno, afectando aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales, lo cual implica una gran desgaste emocional, manifestando de ésta forma síntomas de ansiedad y depresión, principalmente.

Estas reacciones surgen desde las primeras etapas de la enfermedad, por el sistema de creencias que hay alrededor del cáncer de mama, miedos y pensamientos relacionados al dolor de los tratamientos, a la muerte, de ajuste social, problemas con la pareja, la autoimagen, sexualidad etc. Estos factores suelen incidir en que la persona utilice estrategias de afrontamiento disfuncionales, caracterizado por una falta de control emocional y la incapacidad de la persona para manejar determinadas situaciones al sobrepasar sus capacidades cognitivas, lo cual se traduce en bajos niveles de adherencia, no acudir a las citas con el médico, no seguir indicaciones por

el personal sanitario, dificultando, finalmente, el adecuado tratamiento de la enfermedad.

Para atender esta problemática diversos estudios de intervención se han apoyado de diversas técnicas terapéuticas principalmente, que incluyen técnicas cognitivo-conductuales, que promueven el afrontamiento positivo, mejores habilidades de comunicación, reestructuración de creencias, el autocontrol, la expresión de emociones, la resolución de problemas etc. Aunado a esto, la psicoeducación tiene un papel importante, debido a que permiten al paciente mejor control, conductas de autocuidado, y mejor comprensión de la enfermedad.

A partir de lo expuesto anteriormente, se presenta una propuesta de intervención dirigida a pacientes oncológicos, con el objetivo de reducir el impacto psicológico del tratamiento ante el diagnóstico de cáncer de mama, la cual está compuesta por dos módulos: creencias y afrontamiento, dentro de los cuales se encuentran las emociones.

1) Creencias: A partir del uso de diversas técnicas y terapias cognitivo conductuales, los facilitadores promueven la reestructuración de ideas irracionales en torno a la enfermedad, de manera que se refuercen creencias orientadas al afrontamiento positivo de la enfermedad. En este módulo se incluirá la psicoeducación, debido a que permite cambios en el comportamiento mediante aprendizaje significativo, fortaleciendo las capacidades que posee cada participante para ante diversas situaciones a las que se enfrenta de un modo más adaptativo, logrando una mayor comprensión de la enfermedad, enfatizando la importancia de la participación del comportamiento en el transcurso de la misma. De acuerdo a la evidencia presentada anteriormente, se demuestra la efectividad de programas psicoeducativos para lograr mayores niveles de adherencia al tratamiento, medidas de autocuidado y mayor percepción de control sobre la enfermedad, ya que éste tipo de conductas está ligada a que tan susceptible y vulnerable de que se complique la enfermedad se percibe el paciente, así como, las barreras y los beneficios que tendrá el someterse a

un tratamiento. Por lo tanto, la premisa central es, un mejor conocimiento sobre la enfermedad permite cambios comportamentales a favor de la salud.

2) Afrontamiento: Los facilitadores orientarán al uso de estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la enfermedad, a partir de los recursos psicológicos, familiares o sociales de los que dispongan las participantes. Se utilizarán técnicas cognitivo-conductuales como resolución de problemas, comunicación asertiva y relajación progresiva, entre otras con el fin de lograr una mejor adaptación y manejo del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad. Asimismo, se incluirán las emociones, orientando la expresión emocional como un estilo de afrontamiento positivo, logrando una percepción de control sobre la enfermedad.

Esta propuesta de intervención está diseñada para realizarse mediante sesiones grupales, debido a que posee ventajas sobre sesiones individuales, las cuales son referentes a que permiten la interacción entre un grupo de personas que están viviendo experiencias similares, fomentando el aprendizaje, mediante el intercambio de experiencias, brindando, entre otras cosas, soporte emocional, apoyo mutuo, que resulta ser un motivador para los participantes en la implementación de habilidades de afrontamiento más funcionales, y de ésta forma disminuir el impacto psicológico ante el diagnóstico, es decir, desde un inicio de la enfermedad.

A partir de lo anterior, el objetivo general es:

- Presentar una propuesta de intervención cognitivo-conductual dirigida a reducir el impacto psicológico del tratamiento ante el diagnóstico de cáncer de mama.

- Los objetivos específicos de la propuesta de intervención son:
 - Disminuir niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama.

 - Promover estrategias de afrontamiento positivas ante el diagnóstico de cáncer.

- Promover los beneficios percibidos del tratamiento del cáncer de mama.
- Disminuir las barreras percibidos del tratamiento del cáncer de mama.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 Metodología

Participantes

La propuesta de intervención está dirigida de manera grupal a mujeres de cualquier edad, que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama en el estadio del uno a la tres. La propuesta se encuentra estructurada para implementarse en grupos no mayores de 10 personas debido a que esto permite un mayor manejo grupal y expresividad.

Criterios de inclusión:

- Mujeres
- Diagnóstico reciente de cáncer de mama, en estadio del uno al tres.

Criterios de exclusión:

- Sin diagnóstico de cáncer
- Con diagnóstico metastásico
- En tratamiento oncológico

Escenario.

El escenario será un aula con suficiente iluminación, conector para proyector y suficientes bancas para aproximadamente 10 personas.

Aparatos y Materiales

- Hojas blancas
- Trípticos
- Lápices y/o plumas

-Consentimiento informado

-Proyector y computadora

Instrumentos y medidas

Para la presente propuesta de intervención, se utilizarán los siguientes cuestionarios y escalas:

- Cuestionario de Datos sociodemográficos: En éste instrumento se indagará sobre las características personales, sociales, familiares de los participantes, con el objetivo de obtener información que nos permita determinar la muestra en función de los criterios de inclusión ya establecidos. En caso de que alguna participante no cuente con los criterios de inclusión, se le permitirá continuar en el taller, sin embargo los datos obtenidos no serán tomados en cuenta en la evaluación posterior.
- Para medir Afrontamiento
Se propone una adaptación del inventario Coping Responses Inventory- Youth Form, de Moss (Ongarato, De la Iglesia, Stover y Fernández, S/A) dicho instrumento evalúa los pensamientos y acciones que los individuos usan para enfrentar los encuentros estresantes cotidianos, además posee un uso común, debido a que puede ser utilizada en diversos ambientes clínicos para determinar tipos y grados de psicopatologías o en métodos de intervención grupales. El instrumento consta de 22 reactivos agrupados en cuatro escalas que miden estrategias de afrontamiento por aproximación cognitiva y conductual, por un lado, y estrategias de afrontamiento por evitación cognitiva y conductual; posee una consistencia interna (Alfa de Cronbach) en cada uno de los cinco factores que posee de .66.

- Para medir Emociones

Se propone el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez en el 2001, el cual es un instrumento de auto-reporte que consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuestas: para nada, ligeramente, moderadamente o severamente; que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. Este instrumento es uno de los más empleados en población clínica para evaluar sintomatología ansiosa en población general. Regularmente, el instrumento se aplica antes y después del tratamiento, debido a que permite identificar los cambios significativos a partir de una intervención. Las propiedades psicométricas de BAI son una alta consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.84 y 0.83, un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0,75$) (Galindo & Cols., 2015)

- Para medir Creencias.

Se proponen una serie de 12 preguntas divididas en siete bloques, las cuales se encuentran dentro de la escalera psicológica de la prevención/promoción (escalera cognitivo-conductual), en los que se incluyen cuestionamientos acerca de las barreras percibidas, ante la probabilidad de ejecución del comportamiento (Flórez, 2007).

Evaluación

Se propone una evaluación pre-test – post-test, debido a que dentro de los alcances de la propuesta de intervención, el tipo de cambios y los resultados posibles serían a nivel individual, de tal manera que se fortalezca el análisis del efecto ocasionado en el individuo a partir del retiro de la intervención. Asimismo, aunque no se pueda realizar un análisis del efecto posteriormente, por el tipo de evaluación utilizada, si los resultados son favorables, se puede suponer que estos serán perdurables no solo en el tema relacionado al afrontamiento, creencias y emociones respecto al cáncer de mama, sino a otras enfermedades que podrían estar relacionadas.

5.2 Procedimiento: Sesiones

Se realizarán 14 sesiones de aproximadamente 1 hora cada una, las sesiones serán semanales, por lo que el taller tendrá una duración de tres meses y medio, el cual se dividirá en dos módulos, el primero es psicoeducativo-creencias y el segundo es afrontamiento-emociones. (Ver ANEXO 6

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El objetivo de la presente tesis fue presentar una propuesta de intervención cognitivo conductual dirigida a reducir el impacto psicológico del tratamiento ante el diagnóstico de cáncer de mama, el cual se logró debido a que se estructuró un taller con 14 sesiones. Para desarrollarlo se llevó a cabo una revisión literaria acerca de las implicaciones psicológicas que conlleva el diagnóstico de cáncer de mama concluyendo que, según Olvera y Soria (2008), dicho proceso encausa una fuerte reacción emocional, acompañados de síntomas de ansiedad y depresión principalmente, mediados por las creencias que representa la enfermedad; miedo a la muerte, deterioro de la imagen corporal, preocupaciones, perjudicando la vida social del paciente y la progresión de la enfermedad.

Por tal motivo, resulta importante comprender las respuestas emocionales y las creencias para crear estrategias que permitan al paciente entender y afrontarse adaptativamente a su nueva condición de vida, para así, lograr disminuir el desgaste emocional y psicológico. La relevancia de las creencias radica en que, según Ehrenzweig (2007), funcionan como esquemas cognitivos que guían el comportamiento de las personas, las cuales ya realizaron una evaluación de la enfermedad y por tanto el valor de cada creencia determinará la adquisición o mantenimiento de comportamientos saludables después del diagnóstico recibido.

En esta tesis se hizo mención de diversos modelos cognitivo-sociales que pudieran contribuir a éste análisis debido a la importancia que le dan a las cogniciones que intervienen en las respuestas de las personas ante determinadas situaciones, como en el ámbito de la Salud, en el cual el comportamiento esta mediado por las percepciones que se tienen acerca de las enfermedades y éstas determinarán la ejecución de conductas saludables como método de prevención o a favor de tratamientos ya establecidos. Algunos de los modelos revisados fueron: 1) el Modelo de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein, 2) la Teoría de Autoeficacia de Bandura, 3) el Modelo de Sistemas Autorregulatorios de Howard Leventhal, 4) el Modelo de

esquemas prototípicos de Bishop, y 5) el Modelo de Creencias en Salud de Becker y Rosenstock.

En el modelo de acción razonada, la intención comportamental es el principal factor para llevar a cabo conductas, en él se incluyen la actitud y la norma social, de manera que las creencias resultan ser importantes predictores ante conductas saludables, sin embargo éstas resultan a partir de la evaluación de lo que se debe o no realizar. Por otro lado, en la teoría de autoeficacia, el aprendizaje social contribuye a realizar patrones conductuales saludables, de tal forma que en esta teoría la autoeficacia representa las creencias que tienen las personas para realizar ciertas conductas, a partir de la motivación y las expectativas para obtener buenos resultados.

El modelo de Sistemas Autorregulatorios, tiene como base dos sistemas, en el primero se encuentra la representación objetiva de la amenaza de la salud, incluyendo los procesos cognoscitivo, esquemático y representacional de la enfermedad, y en el segundo se encuentra la representación emocional, siendo éste último un aporte importante para el estudio de las creencias sobre la salud y la enfermedad. En el caso del Modelo de Esquemas prototípicos de Bishop, las representaciones de las enfermedades y las conductas ante ellas están determinadas por la información recibida e idealizada sobre la enfermedad en cuestión, generando clasificaciones que determinarán un autodiagnóstico, sin embargo, desde este modelo no se encontró la suficiente evidencia empírica dentro del ámbito de la salud.

Finalmente, el Modelo de Creencias en Salud, tiene como base un pensamiento lógico formal, en el cual las variables de riesgos, beneficios y consecuencias serán importantes para una modificación o mantenimiento de conductas saludables. Éste modelo fue elegido para llevar a cabo la presentación de la propuesta, debido a que conceptúa las creencias como elementos importantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad, además de que cuenta con una variedad de evidencia empírica mencionada en los apartados anteriores, en diferentes temas referentes al ámbito de salud, en los cuales se contribuye al control de las enfermedades.

Con base en dicho modelo, la propuesta de intervención fue realizada con cuatro objetivos particulares, uno de los cuales se enfoca en disminuir las barreras percibidas de los tratamientos de cáncer de mama, debido a que éstas se encuentran estrechamente relacionadas con la adherencia al tratamiento (Pérez, Soler y Morales, 2016) en la que las conductas saludables están mediadas en gran parte por las creencias o la estructura de conocimientos que se poseen ante las enfermedades, tal como lo menciona Urrutia (2012) en su estudio sobre el cáncer cervicouterino, por tal motivo se utilizó la psicoeducación, como estrategia para sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de someterse a algún tratamiento para disminuir las posibles barreras percibidas, ya que de ésta percepción que poseen las pacientes, dependerá la modificación de su comportamiento. A partir de esto se diseñaron sesiones con el fin de informar y sensibilizar acerca del cáncer de mama, así como de favorecer la adherencia a los tratamientos con la promoción de conductas saludables ante la enfermedad.

Una vez que el anterior objetivo se alcance, es decir, se logre la disminución de barreras percibidas, en la presente propuesta de intervención se llevará a cabo otro objetivo particular, con el fin de promover los beneficios percibidos del tratamiento del cáncer de mama, tomando como referencia algunos de ellos, como el llevar a cabo un mayor cuidado de la salud, el incrementar las posibilidades de supervivencia y el obtener una tranquilidad emocional (Urrutia, 2012; Andreu, Galdón, Durá, Carretero y Tuells, 2004), en esta propuesta las estrategias psicoeducativas tienen un papel importante, debido a la relevancia que poseen como medida de salud pública, al generar un impacto que sensibilice y oriente a las pacientes a la modificación de creencias y, por ende, a la adherencia al tratamiento en búsqueda de una mejor calidad de vida.

La enfermedad, como lo es el cáncer de mama, suele ser percibida como altamente estresante, por la connotación de muerte, dolor y sufrimiento, por tanto, vivir dicho suceso excede los recursos psicológicos con los que cuenta la persona, por tal motivo promover estrategias de afrontamiento positivas ante el diagnóstico de cáncer de mama resulta de vital importancia para las pacientes, debido a que éstas pueden

generar, evitar o disminuir conflictos ante situaciones estresantes y asimismo pueden generar beneficios y fortalecimiento personal (Zambrano, 2013). De acuerdo con las investigaciones presentadas anteriormente, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la evitación, el distanciamiento y la falta de expresión emocional, además de que una baja o negativa estrategia de afrontamiento trae consigo altos niveles de ansiedad y depresión, es decir que, el nivel de estrés o desesperanza que las personas manifiesten ante la enfermedad, dependerá de si creen o no que tienen los recursos necesarios para enfrentarse a los desafíos que se le presenten (Margreat y Rohini, 2014).

Lo anterior focalizó la atención en estructurar sesiones considerando factores cognitivos, emocionales y comportamentales que pudieran influir en la estrategia de afrontamiento que utilizan las pacientes, haciendo uso de diversas técnicas cognitivo-conductuales como exposición, modelado, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas de relajación y la terapia racional emotiva (TRE), todas ellas con la finalidad de generar una propuesta integral que permita a las pacientes con cáncer de mama afrontar de manera positiva su enfermedad.

Asimismo, se sugiere la urgencia de atender dichas demandas del paciente, por parte de los profesionales de la salud, al verse afectadas diversas áreas en su vida cotidiana, incluyendo la emocional durante el proceso de la enfermedad, debido a que éstas regulan el funcionamiento mental, de manera que organizan tanto el pensamiento como la acción, y cuando las personas se enfrentan a situaciones estresantes, por ejemplo a una enfermedad crónica como el cáncer, regularmente, surgen emociones negativas tales como el miedo, la depresión, la ansiedad y la desesperanza, las cuales pueden convertirse en un problema. Por tal motivo en esta propuesta de intervención, las sesiones también van dirigidas a disminuir niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama, con la finalidad de disminuir el impacto psicológico y que la expresión emocional o el afrontamiento positivo generen mejor calidad de vida para las pacientes, evitando así la discapacidad funcional, impacto social negativo, así como intensidad de síntomas, y mejor manejo de la enfermedad (Terol, López, Rodríguez, Pastor y Mora, 2000).

La presente propuesta de intervención contiene la integración de las variables más presentes en el diagnóstico de cáncer; las creencias, las estrategias de afrontamiento y las emociones; permitiendo generar cambios a nivel cognitivo-conductual mediante la combinación de diversas técnicas, las cuales fueron direccionadas para la adopción de conductas saludables. También, es importante mencionar la aplicabilidad de la propuesta debido a que tiene un alcance de rango desde adultos jóvenes hasta adultos mayores. Asimismo, se acentúa la creación de programas destinados al fortalecimiento de habilidades cognitivas, considerando que estos deben ser integrales, en donde todos los profesionales de salud deberían incluirse, de manera que la promoción de conductas saludables como parte fundamental del proceso salud-enfermedad genere un impacto psicológico positivo que permita evaluar y actuar correctamente ante las adversidades que se presenten desde el primer contacto médico.

REFERENCIAS

- Abraham, C., Conner, M., Jones, F., & Connor, D. (2016) *Health psychology*. Londres: Routledge.
- Álvarez, J. (2002) *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1973) Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of personality and social psychology*, 27(1), pp. 41-57
- American society of Clinical Oncology, ASCO (2017). Cáncer de mama: Factores de riesgo. Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo>
- Andreu, V. Y., Galdón, G. M. J., Durá, E., García, V. e Ibáñez, E. (2007). Participación en cribados mamográficos y creencias de salud: una perspectiva de proceso. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 4, Núm. 2-3, pp. 345-365
- Andreu, V. Y., Galdón, G. M. J., Durá, F. E. Carretero, G. S. y Tuells, H. J. (2004). Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la comunidad de valencia. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 71, Núm. 1, pp. 65-8
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. Vol. 34, Núm. 4, pp. 186-195
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), pp.191-215.
- Bigatti, S., Steiner, J. & Miller, K. (2012). Cognitive Appraisals, Coping and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients. *Stress and Health*, 28, pp. 355-361
- Brandão, T., Schulz, M., & Matos, P. M. (2014). Psychological intervention with couples coping with breast cancer: A systematic review. *Psychology & Health*, Núm. 29, pp. 491-516
- Brannon, L. & Feist, J. (2001) *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo
- Barragán, E.A.R y Morales, M.C.I. (2014) *Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios*. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 19 Núm. 1, pp. 103-118
- Carpi, A., Brea, A, & Palmero, F. (2005) La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de psicología*, 21(1), pp.84-91.
- Cerezo, M.V, Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009) *Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica*. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 41, Núm. 1, pp. 129-138

- Cruz, M. A. (2016). En México, el cáncer de mama se incrementó 30% en 20 años. *La Jornada*. p. 38 Recuperado de:
<http://www.jornada.unam.mx/2016/09/22/sociedad/038n1soc>
- Dempster, M., McCorry, N. K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L., & Johnston, B. T. (2012). Psychological distress among survivors of esophageal cancer: the role of illness cognitions and coping. *Diseases Of The Esophagus*, 25(3), 222-227.
- Di Mattei, V. E., Carnelli, L., Mazzetti, M., Bernardi, M., Di Pierro, R., Bergamini, A., & Sarno, L. (2016). Mental Representations of Illness in Patients with Gestational Trophoblastic Disease: How Do Patients Perceive Their Condition?. *Plos ONE*, 11(4), 1-13.
- Ehrenzweig, S. Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en psicología Latinoamericana*. Vol. 25, Núm 1, pp. 7-21
- Flórez, A. L. (2007) *Psicología social: promoción y prevención*. Bogotá: Editorial el Manual Moderno. Pp. 240
- Galdón, J., Durá, E., Andreu, T. (2000). Creencias de salud relacionadas con la participación en un programa de cribado mamográfico. *Psicología Conductual*, 8(2), pp. 357-37
- Galindo, V.O., Rojas, C.E., Meneses, G.A., Aguilar, P.J.L., Álvarez, A. M.A., Alvarado, A.S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. Vol. 12, Núm. 1, pp. 51-58
- Gandur, N. (s/a). Introducción a la oncología. Breve historia del cáncer. Definiciones. En Goldman, A. (s/a). *Manual de enfermería oncológica*, Instituto Nacional del Cáncer (pp. 7-10) Buenos Aires
- Gavira, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., y Quiceno, J. M. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*. Núm. 20, pp. 50-75
- Guerreiro, M., Pereira, L., Barufi, S., Pereira, JM. (2014). Pain in Breast Cancer Treatment: Aggravating Factors and Coping Mechanisms. *International Journal of Breast Cancer*, Vol. 2014. Pp. 1-5
- Haro-Rodríguez, M.A., Gallardo-Vidal, L.S., Martínez-Martínez, M.L., Camacho Calderón, N., Velázquez-Tlapanco J. y Paredes H. E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, Vol. 11, Núm. 1, pp. 87-99
- Instituto Nacional del Cáncer (2015) Factores de riesgo del cáncer. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS (2015). Cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>

- Lostao, L. (2000), Factores predictores de la participación en un programa de screening de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm 92, pp. 169-188
- Lazarus y Folkman (1986) Lazarus, R.S., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Leventhal, H. & Cameron, L.D. (2003) *The Self-regulation of health and illness behavior*. Lóndres: Routledge.
- Macías, M., Orozco, M., Valle, C., & Zambrano, J. (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), pp. 123-145.
- Margreat, J. & Rohini, N.S. (2014) Management of hopelessness and coping among breast cancer patients. *Indian Journal of Health and Wellbeing* , 5(8), pp. 961-964
- Martín A. L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 29 Núm. 3.
- Mohajjel A. A., Sanaat, Z., Hassankhani, H. y Kochaki, N. Z. (2013). Self-efficacy in breast cancer patients: A systematic review. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*. Vol. 4 (5).
- Montiel-Carbajal, M. M. y Dompínguez-Guedea, M. (2011) Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. Vol. 1, Núm. 2, pp. 7-18
- Oliveros, A. E., Barrera, M., Martínez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*. Vol. 1, Núm. 2. Pp. 19-29
- Olvera, J. & Soria, M. (2008) La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 11(4), pp. 149-158
- Ongarato, P., De la Iglesia, G., Stover, J. B. y Fernández, L. M. (S/A). Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos. *Anuario de Investigaciones*, Vol. 16, pp. 383-391
- Paéz, D., Ubillos, S., & Pizarro, M. (1994) Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de psicología general y aplicada* 47(2). Pp. 141-149.
- Palacios-Espinosa, X. y Vargas-Sterling L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*. Vol. 8 Núm. 2-3, pp. 423-440
- Pérez, G.J.M, Muñoz, C.E., y Cortés, C. J. (2013). *Comprender el cáncer de mama*. Barcelona: Amat. Pp.143
- Pérez, R., Soler, Y. y Morales, L. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *MEDISAN*. 20(1), pp. 3-9
- Plaza, M.A, y Rosario, N. I. (2014) La vivencia del duele por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres masectomizadas. *Informes psicológicos*. Vol. 14. Núm. 1 pp. 65-89
- Porro-Connforti M. L. y Andrés, M. L. (2011). Tipo de expresividad emocional y

- tendencia a la supresión de la expresión emocional en pacientes diagnosticados con cáncer. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Vol. 3, Núm. 1. Pp. 10-18
- Porro, M.L, Andrés, M.L y Rodríguez-Espíndola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer:
utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 3 Núm 3, pp. 341-355
- Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. (2001) Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* ;18:211-8.
- Ross, L., Kohler, C., Grimley, D., & Anderson-Lewis, C. (2007). The theory of reasoned action and intention to seek cancer information. *American Journal Of Health* , 31(2), 123-134
- Rubio, D. y Restrepo, M. (2004). Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista Colombiana de Psicología*, No. 13, pp. 102-112
- Sanabria, P. (2006) Efectividad de un programa cognitivo social para prevenir el cáncer de piel en mujeres adolescentes. *Universidad militar nueva granada*, 5(3). Pp. 585-597.
- Senra, V. A. (2002). *El cáncer. Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*. España: Ediciones harcourt. Pp. 183
- Slaikeu, K. A., (1996). *Intervención en Crisis: Manual para Práctica e Investigación*, México: El Manual Moderno. 2a. Edición
- Soto, M. F., Lacoste, M.J.A, Papenfuss, R. L. y Gutiérrez, L. A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 71, Núm 4. Pp. 335-341
- Suárez, L. T. y Pérez, G.C. (2011) Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Revista Ajayu*. Vol. 9 Núm. 2. Pp.284-307
- Terol, M., López, S., Rodríguez, M., Pastor, A. & Mora, M. (2000) Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2). Pp. 961-964.
- Tinoco, G. A. M. (2011) *Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo en su vida cotidiana*. México: Porrúa. Pp. 266 59-100
- Urrutia, S. M. T. (2012) Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 77, núm. 1, pp. 3-10
- Vázquez, C.; Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. Recuperado de http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

- Vega-Franco, L. (2002). "Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña Histórica". *Salud Pública de México*, Vol. 44, Núm. 3, pp. 258-265
- Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Elam, G., Aro, A. R., Abraham, T., Bishop, G. D., & Brug, J. (2009). Perceived Threat, Risk Perception, and Efficacy Beliefs Related to SARS and Other (Emerging) Infectious Diseases: Results of an International Survey. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 16(1), 30-40

ANEXO 1



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Psicología de la Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos en la participación de éste taller. Léalo atentamente y consulte con los facilitadores todas las dudas que se le planteen.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación académica y solamente por parte del equipo de facilitadores que desempeña su labor dentro de la FES Iztacala, guardándolos siempre en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información. En ningún caso estos se harán públicos, garantizando la plena confidencialidad de los mismos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en las sesiones, le pedimos de la manera más atenta que nos lo comunique, así como el motivo por el cual dejará de asistir.

Por tanto, Yo _____ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la participación en las sesiones y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional por el equipo de facilitadores. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

FIRMA

ANEXO 3

COPING RESPONSES INVENTORY - YOUTH FORM Adaptación UBA - CONICET

CUESTIONARIO SOBRE SITUACIONES PROBLEMATICAS DE LA VIDA

Parte 1

Aquí encontrarás preguntas referidas a cómo actuás cuando se te presenta un **problema importante en tu vida**. Pensá en el problema o en la situación más difícil que tuviste **en los últimos 12 meses**.

Describí brevemente este problema en los renglones que figuran debajo. Si no tuviste ninguno muy importante, describí alguno de menor importancia que te haya pasado. Es muy importante que respondas con la mayor sinceridad.

Por favor, describí brevemente el problema o la situación:

Parte 2

Ahora leé cuidadosamente cada pregunta y contestá con qué frecuencia actuaste como se indica en cada caso frente al problema que describiste en la Parte 1. En las hojas siguientes, marcá con una cruz o tilde la respuesta correspondiente. **No hay respuestas correctas o incorrectas, sé sincero al contestar.**

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. ¿Te dijiste cosas a vos mismo/a para darte ánimo?				
2. ¿Hablaste con alguno de tus padres o familiares sobre eso?				
3. ¿Te dijiste a vos mismo/a que las cosas podrían estar peor?				
4. ¿Hablaste con algún amigo/a sobre el problema?				
5. ¿Trataste de hacer nuevos amigos durante ese período?				
6. ¿Hablaste con algún adulto, como un profesor, entrenador, médico, terapeuta o sacerdote?				
7. ¿Soñabas despierto/ a o tratabas de imaginar que las cosas estaban mejor de lo que realmente estaban?				
8. ¿Pensabas en que iba a ser el destino el que decidiera cómo saldrían las cosas?				
9. ¿Empezaste a leer para entretenerte?				
10. ¿Pensabas acerca de cómo podrían llegar a salir las cosas?				
11. ¿Pensabas mucho acerca de que estabas mejor que otras personas con el mismo problema?				
12. ¿Buscaste la ayuda de otros chicos o grupos con el mismo tipo de problemas?				
13. ¿Dejaste para más adelante el pensar sobre la situación, aunque sabías que tarde o temprano lo ibas a tener que hacer?				
14. ¿Trataste de convencerte a vos mismo/a de que las cosas mejorarían?				
15. ¿Le pediste a un amigo/a o pareja que te ayudara a solucionar el problema?				
16. ¿Pensaste acerca de las nuevas dificultades que se te podían presentar?				
17. ¿Pensaste en qué forma esta situación podría cambiar tu vida para mejor?				
18. ¿Le pediste a alguien que comprendiera tu problema?				
19. ¿Trataste de negar cuán serio era el problema realmente?				
20. ¿Perdiste la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?				
21. ¿Encontraste nuevas formas de disfrutar la vida?				
22. ¿Escuchaste música como forma de ayudarte a enfrentar el problema?				

ANEXO 4

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 5

PREGUNTAS DE LA ESCALERA COGNITIVA-CONDUCTUAL

EXCPECTATIVA DE REFORZAMIENTO-RESULTADO

- ¿Para qué me sirve hacer esto? (expectativa de reforzamiento)
- ¿Hacer esto conduce a ese resultado? (eficacia de respuesta; expectativa de resultado)
- ¿Vale la pena el resultado para lo cual me sirve hacer esto? (Valoración del resultado)

CONTROLABILIDAD PERCIBIDA

- ¿Soy capaz de hacer esto? (autoeficacia)
- ¿Qué tan accesible (fácil) resulta para mi hacer esto? (controlabilidad)

ACTITUDES NORMATIVAS

- ¿Qué piensan los demás acerca de hacer esto?
- ¿Me interesa lo que piensan los demás?

ELECCIÓN – TOMA DE DESICIONES

- ¿Estoy decidido a hacer esto?

PLANIFICACIÓN DEL AUTO-CONTROL

- ¿Cómo voy a hacer esto?

ACCIÓN

- ¿Manejo las contingencias requeridas para hacer esto?

POSACCIÓN

- ¿Lo que he hecho produjo resultados esperados?
- ¿Mantengo el manejo?

ANEXO 6

SESIÓN 1- PRESENTACIÓN DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes se conozcan entre sí, además de conocer las reglas del taller.

MATERIALES: Proyector, tarjetas blancas, plumones/lápices/plumas, consentimiento informado

ACTIVIDAD 1. PRESENTACIÓN

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes conozcan los objetivos del taller

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: Los facilitadores se presentarán y darán la bienvenida a las participantes agradeciendo su participación, les expondrán los objetivos en función del taller a través de una presentación en Power Point.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Expresarán las expectativas del grupo

CRITERIO DE LOGRO: Que no queden dudas respecto de los objetivos del taller.

ACTIVIDAD 2. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes conozcan la confiabilidad de las actividades a realizar en el taller.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: Los facilitadores explicarán el consentimiento informado (Ver anexo 1) y realizarán la entrega a cada participante.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Leer el consentimiento informado y al estar de acuerdo firmarlo.

CRITERIO DE LOGRO: Que el 80% de las participantes hayan firmado el consentimiento informado.

ACTIVIDAD 3. JUEGO DE NOMBRES

TIEMPO: 20 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR. Generar un ambiente de confianza y respeto dentro del taller.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Entregar tarjetas y plumas a cada participante. 2) Dar instrucciones para que anoten su nombre, una cualidad y un defecto que las caracterice. 3) Al terminar lo anterior se les pedirá que a una se vaya poniendo de pie y que expresen la información de la tarjeta. 4) Se les explicará que la siguiente participante, antes de presentarse deberá repetir lo que mencionó la compañera anterior y así sucesivamente, refiriendo que si no recuerda cómo se llama alguna de sus compañeras deberá preguntárselo enseguida. 5) Realizar un ejemplo sobre la actividad planteada.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Anotar sus nombres y cualidades y defectos en las tarjetas. 2) Se pondrán de pie y explicarán su tarjeta. 3) Recordar y expresar el nombre de las compañeras del taller.

CRITERIO DE LOGRO: Que todas las participantes se aprendan los nombres de sus compañeras

ACTIVIDAD 4. Pre-EVALUACIÓN

TIEMPO: 20 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar el afrontamiento y las creencias de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama antes de una intervención.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Brindar los formatos (Ver anexos 2,3,4,5) a cada participante, así como lápiz y/o pluma para su solución. 2) Indicar a las participantes que deben contestar todos los instrumentos, enfatizando que no existen respuestas buenas y/o malas. 3) Una vez que terminaron de responder los cuestionarios, recogerlos y guardarlos.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Responder todos los cuestionarios. 2) Una vez terminada la actividad anterior, entregarlos a los facilitadores.

CRITERIO DE LOGRO: Que todos los participantes hayan respondido todos los instrumentos.

ACTIVIDAD 5. CREANDO LAZOS

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Generar un compromiso facilitador-participante para las actividades a realizar en el taller

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores les explicarán la actividad a los participantes, una lluvia de ideas, en la cual se les pedirán que expresen las reglas de convivencia para una mejor relación entre los miembros del taller. 2) Los facilitadores anotarán en una pizarra las ideas y posteriormente generarán una conclusión con las mismas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Los participantes expondrán sus ideas respecto a las reglas de convivencia del taller.

CRITERIO DE LOGRO: Que todas hayan participado en la lluvia de ideas.

ACTIVIDAD 6. CIERRE

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Concluir con la actividad del día.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: Los facilitadores realizarán un breve resumen de la sesión, preguntando y resolviendo las posibles dudas e invitarán a las participantes a seguir siendo parte del taller.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Los participantes expresarán las dudas posibles de la sesión.

SESIÓN 2- ASPECTOS BÁSICOS DEL CÁNCER DE MAMA

OBJETIVO GENERAL: Aumentar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, fomentando el autocuidado y la percepción de control.

MATERIALES: Hojas blancas, plumas, folletos.

ACTIVIDAD 1. CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER

Tiempo: 15 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Identificar el nivel de conocimiento con el que cuentan los participantes sobre el cáncer de mama.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Explicar una breve descripción de los objetivos, contenido y la importancia de identificar los aspectos básicos del cáncer de mama. 2) Brindar a los participantes una hoja en blanco y una pluma. 3) Explicar las indicaciones de la actividad, en las cuales les pedirán a las participantes que escriban todas aquellas ideas que tengan sobre el cáncer de mama, intentando responder a las siguientes preguntas:

- *Qué es el cáncer*
- *Qué factores crees que influyen en el desarrollo de la enfermedad*
- *Cómo se diagnostica*
- *Qué tratamientos han escuchado que existen*
- *Cómo consideras que es la calidad de vida de los pacientes al terminar el tratamiento.*

4) Explicar la indicación de que cada una de las participantes tendrá 3 minutos para ponerse de pie y exponer sus respuestas. 5) Dirigir una discusión a partir de lo expuesto por las participantes. 6) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 2) Anotar, en la hoja que les fue brindada, la información que poseen acerca del cáncer de mama. 3) Exponer la información que redactaron en la hoja que les fue brindada. 4) Participar en la discusión grupal. 5) Expresar posibles dudas

CRITERIO DE LOGRO: Que todas las participantes hayan expresado su conocimiento sobre el cáncer de mama

ACTIVIDAD 2. ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

Tiempo: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes fortalezcan el conocimiento que poseen acerca del cáncer de mama.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Con base en la actividad anterior y con ayuda de la información ya preparada por parte de los facilitadores, exponer la información sobre la importancia del comportamiento en el cáncer de mama, incluyendo factores de riesgo, estilos de vida y adherencia al tratamiento 3) Preguntar y Resolver posibles dudas. Se pueden utilizar como base las siguientes preguntas:

1. ¿Qué factores de riesgo pueden empeorar el cáncer o la enfermedad?
2. ¿Qué cambios en mi vida puedo realizar en favor de mi salud?
3. ¿Qué beneficios tendría realizar estos cambios en mi salud?
4. Considerando mi vida cotidiana, ¿qué me impediría llevar a cabo el tratamiento?

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 2) Expresar posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes respondan el 80% de las preguntas señaladas.

ACTIVIDAD 3. CIERRE

Tiempo: 10 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar la información adquirida durante la sesión.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Explicar un breve resumen sobre la sesión.
1) Brindar un folleto a cada participante con la información sobre el cáncer de mama
2) Retroalimentar el desempeño grupal durante la sesión. 3) Realizar las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintieron durante la sesión?
- ¿Qué fue lo que más les agradó?
- ¿Qué sugerencias darían para mejorar las sesiones?
- ¿Qué aspectos aún no se entendieron o tienen duda?

4) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 2) Responder las preguntas de los facilitadores.

SESIÓN 3- BARRERAS Y BENEFICIOS DE LOS TRATAMIENTOS: QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y HORMONOTERAPIA

OBJETIVO GENERAL: Sensibilizar a las participantes sobre las barreras percibidas y beneficios en la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia.

MATERIALES: Hojas blancas, plumas, folletos, videos, proyector, computadora.

ACTIVIDAD 1. ¿QUÉ SE CONOCE DE LA QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y HORMONOTERAPIA?

Tiempo: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Identificar el nivel de conocimiento que tienen las participantes sobre los tratamientos: quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia; del cáncer de mama

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Preguntar qué tratamientos conocen o han escuchado que existen para el cáncer de mama. 2) Conducirán una discusión al respecto de la anterior pregunta. 3) Indicar que cada participante deberá pasar a anotar en una pizarra la creencia o mito que existen respecto a los tratamientos del cáncer. 4) Conducirán una discusión en torno al tema teniendo como base algunas preguntas como:

- *¿Qué han oído o conocen sobre la quimioterapia y la radioterapia?*
- *¿En qué consisten?*
- *¿Qué efectos secundarios causan estos tratamientos?*
- *¿Son eficaces?*
- *¿Son caros estos tratamientos?*
- *¿Cómo recibieron la noticia?*
- *¿Qué dudas tienen?*
- *¿Qué miedos surgieron?*
- *¿Cómo se sintieron?*

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Responder a la pregunta inicial propuesta por los facilitadores. 2) Escribir en la pizarra un mito o creencia que tengan respecto a los tratamientos de cáncer. 3) Participar en la discusión.

CRITERIO DE LOGRO: Que todas las participantes pasen a la pizarra a escribir un mito.

ACTIVIDAD 2. ASPECTOS BÁSICOS DE LA QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y HORMONOTERAPIA.

Tiempo: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes conozcan las principales características de la quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Proyectar un video respecto de tres tratamientos: quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. 2) Hacer uso de las creencias mencionadas anteriormente para explicar el video y el folleto. 3) Explicar, además de en qué consiste cada tratamiento y los efectos secundarios que provocan, la importancia de llevar a cabo conductas activas en el tratamiento para percibir mayores beneficios. 4) Resolver posibles dudas. Posteriormente, 5) Brindar una hoja y una pluma a cada participante. 6) Indicar las instrucciones de la actividad, en la cual deberán anotar, en la hoja brindada, los aspectos más importantes del contenido, haciendo uso de preguntas como:

- *Según lo discutido, ¿en qué consiste la quimioterapia y radioterapia?*
- *¿Cada cuánto tiempo se realiza?*
- *¿Cuáles son los beneficios de someterse al tratamiento?*

7) Recoger las hojas para una posterior revisión. 8) Repartir las hojas de manera que no les toque la que respondieron, evaluar las hojas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención al video expuesto. 2) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 3) Formular y plantear posibles dudas. 4) Realizar la actividad indicada por los facilitadores. 5) Evaluar las hojas.

CRITERIO DE LOGRO: Que no haya errores en las hojas de evaluación, en caso de que si existan errores se rectificarán, explicarán y se anotarán en las hojas. Cada participante se llevará su evaluación.

ACTIVIDAD 3. CIERRE

Tiempo: 5 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar los contenidos revisados en la sesión.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Realizar un breve resumen de la sesión. 2) Brindar un folleto con la información expuesta. 3) Retroalimentar el desempeño del grupo. 4) Informar que habrá una segunda parte de esta sesión. 5) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores.

SESIÓN 4- BARRERAS Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO: CIRUGÍA

OBJETIVO GENERAL: Sensibilizar a las participantes sobre las barreras percibidas y beneficios en la cirugía

MATERIALES: Proyector, folleto informativo, video informativo.

ACTIVIDAD 1. INTRODUCCIÓN

TIEMPO: 30 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes fortalezcan el conocimiento que poseen acerca del cáncer de mama.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Proyectar un video sobre los aspectos más relevantes de la cirugía. 2) Hacer uso de las creencias mencionadas anteriormente para explicar el video 3) Explicar en qué consiste el tratamiento de cirugía, los efectos secundarios que ocasiona y la importancia del comportamiento en la adherencia al tratamiento, la adopción de estilos de vida saludables para el desarrollo de habilidades de autocuidado. 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) poner atención al video informativo. 2) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 3) formular y plantear posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que todas las participantes hayan puesto atención al video.

ACTIVIDAD 2. YO APRENDÍ...

TIEMPO: 10 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR. Evaluar el nivel de conocimiento adquirido.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores evaluarán el aprendizaje mediante la actividad “yo aprendí”. Que consiste en una hoja anotar la frase “yo aprendí” y anotarán los aspectos más relevantes del contenido, mediante las preguntas

Según lo discutido, ¿en qué consiste cirugía y hormonoterapia?

¿Cada cuánto tiempo se realiza?

¿Cuáles son los beneficios de someterse al tratamiento?

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) realizar la actividad indicada por los facilitadores.

CRITERIO DE LOGRO: Que las respuestas de la evaluación hayan sido correctas, de no serlo se rectificarán anotándolas correctamente. Cada participante se llevará su evaluación.

ACTIVIDAD 3. CIERRE

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar la información adquirida durante la sesión.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores darán un breve resumen de la sesión. 2) Brindar un folleto con la información expuesta. 3) Retroalimentar el desempeño del grupo. 4) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores

SESIÓN 5- ASPECTOS BÁSICOS DEL AFRONTAMIENTO

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes conozcan el concepto de afrontamiento, sus características y los diferentes estilos que lo componen.

MATERIALES: Hojas blancas, plumas, videos, proyector, computadora.

ACTIVIDAD 1. INTRODUCCIÓN

Tiempo: 10 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Dar a conocer las principales características del afrontamiento.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Explicar qué es afrontamiento, su importancia y los estilos que componen el concepto, enfatizando en la implementación de un afrontamiento activo y la importancia que tiene sobre el proceso del cáncer. 2) Pedir a cada participante un ejemplo de estilo de afrontamiento con base en la información brindada. 3) Preguntar y resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a la información brindada por los facilitadores. 2) Expresar un ejemplo de afrontamiento. 3) Expresar posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que cada una de las participantes exprese un ejemplo de estilo de afrontamiento.

ACTIVIDAD 2. ¿CORRECTO O INCORRECTO?

Tiempo: 15 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Identificar los estilos de afrontamiento utilizados

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Entregar una hoja y una pluma a cada participante. 2) Dar las instrucciones de la actividad, las cuales son: dividir la hoja en dos partes, de forma vertical, enseguida pedir que en una parte coloquen aquellas situaciones que generan estrés a raíz del diagnóstico; y en la otra parte colocar las acciones que se han llevado a cabo para enfrentar dichas situaciones. 3) Conducir una discusión grupal a través de un esquema que se irá generando a partir de la exposición de las estrategias utilizadas, en el que se enfatizará que todas las personas utilizan estrategias de afrontamiento ante diversas situaciones pero éstas no siempre son usadas de una manera correcta, por tanto el esquema se dividirá en correctas e incorrectas estrategias de afrontamiento.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Realizar la actividad indicada por los facilitadores. 2) Participar en la discusión exponiendo lo que escribieron en las hojas.

CRITERIO DE LOGRO: Que cada participante exprese por lo menos una estrategia llevada a cabo para enfrentar situaciones de estrés.

ACTIVIDAD 3. ABRIENDO PUERTAS

Tiempo: 15 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Reflexionar sobre las estrategias de afrontamiento más utilizadas.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Dar la indicación de que las participantes deberán dividirse en equipos de tres personas. 2) Brindarle a cada equipo una impresión de la fábula “Abriendo puertas” (ver Anexo 7). 3) Leer en equipo la fábula. 4) Dar la indicación de discutir la fábula en equipo, con base en las siguientes preguntas:

- *Piensa en una situación en la que hayas sentiste como los soldados que no elegían ¿Qué sentiste?*
- *¿Cómo lograste enfrentar el temor?*
- *¿Qué experimentaste cuándo viste la luz?*
- *¿Qué aconsejas a las personas que temen abrir las puertas?*

5) Conducir una discusión grupal con las conclusiones a las que llegó cada equipo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Reunirse en equipos. 2) Leer y discutir la fábula. 3) Participar en la discusión grupal.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes generen y expongan conclusiones en equipo a partir de la discusión de la fábula.

ACTIVIDAD 4. CIERRE

Tiempo: 5 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar los contenidos de la sesión y aclarar posibles dudas.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Realizar un breve resumen de la sesión. 2) Retroalimentar el desempeño del grupo. 3) Realizar las siguientes preguntas:

- *De acuerdo a lo que revisamos, ¿qué entendieron por afrontamiento?*

- *¿Qué importancia tiene en nuestra vida cotidiana?*
- *¿Qué estrategias fueron las más significativas?*
- *¿Qué aspectos aún no se entendieron o tienen duda?*

4) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Escuchar lo expuesto por los facilitadores y expresar posibles dudas.

SESIÓN 6- EMOCIONES

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes reconozcan a las emociones como parte del estilo de afrontamiento

MATERIALES: proyector, computadora, tarjetas, plumas.

ACTIVIDAD 1. INTRODUCCIÓN

Tiempo: 10 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes reconozcan las emociones básicas

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Explicar que las emociones son mecanismos que forman parte del afrontamiento ante acontecimientos inesperados que funcionan de manera automática, y que cada persona las experimenta de forma particular. Estas emociones pueden ser negativas o positivas, sin embargo no existen emociones buenas ni malas pero es importante enfatizar que las emociones son energía, de aquí que si la emoción resulta negativa es necesario expresarlas para evitar el desencadenamiento de problemas mayores. 2) Señalar y explicar las categorías básicas de emociones:

1. Miedo
2. Sorpresa
3. Aversión
4. Ira
5. Alegría
6. Tristeza

Y al terminar de explicar una, pedir a los participantes que ejemplifiquen la emoción con un evento cotidiano. 3) Enfatizar en cómo se puede realizar el control de las emociones a partir de algunos principios básicos como:

- Mantener una apariencia tranquila ante los elementos que provocan temor, ira o cualquier otra emoción difícil.
- Adaptar el lenguaje a las situaciones de un modo realista.
- Activar cada día los pensamientos positivos.
- Aprender a proyectar la mente en situaciones nuevas.
- Hacer comparaciones constructivas con diferentes situaciones.

4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a lo expuesto. 2) Ejemplificar las emociones explicadas. 3) Generar y expresar posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que no existan dudas sobre las principales emociones

ACTIVIDAD 2. EMOCIONES Y DIAGNÓSTICO.

Tiempo: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Conocer las emociones que surgieron a partir del diagnóstico de cáncer.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Proporcionar a cada participante 3 tarjetas. 2) Indicar que en cada tarjeta deberán colocar una emoción, la cual se presentó al momento de recibir el diagnóstico y posible tratamiento. 3) Colocar un recipiente a la vista de todas las participantes e indicar que deberán doblar sus tarjetas, por separado, e ingresarlas en el recipiente. 4) Cuando todas las participantes hayan terminado, los facilitadores deberán sacar las tarjetas e ir anotando en una pizarra la emoción resultante. 5) Contar las emociones 6) Generar una discusión con base a preguntas como:

- *Según lo que observan, ¿cuál es la emoción más frecuente?*
- *Si recordáramos nuevamente el momento donde surgió esa emoción, ¿cómo fue la comunicación no verbal?, ¿qué tipo de pensamientos surgieron?*

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escribir en las tarjetas la emoción o emociones que resultaron tras el diagnóstico. 2) Colocar las tarjetas en el recipiente. 3) Participar activamente en la discusión.

CRITERIO DE LOGRO: Que cada participante escriba por lo menos dos emociones que surgieron a partir del diagnóstico recibido.

ACTIVIDAD 3. CIERRE

Tiempo: 5 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar los contenidos revisados en la sesión.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Realizar un breve resumen de la sesión. 2) Retroalimentar el desempeño del grupo. 3) Realizar preguntas como:

- *¿Cómo se sintieron durante la actividad?*
- *¿Qué importancia tienen las emociones en su vida?*

4) Recomendar seguir practicando la relajación y volver a llenar sus autorregistros. 5) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo. 6) Resolver posibles dudas

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 2) Generar y expresar posibles dudas.

SESIÓN 7- RELAJACIÓN

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes identifiquen la relajación progresiva como un estilo de afrontamiento ante la enfermedad

MATERIALES: proyector, computadora.

ACTIVIDAD 1. INTRODUCCIÓN

Tiempo: 10 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Identificar las características de la relajación progresiva

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Exponer a través de una presentación de Power Point que la Relajación Progresiva de Jacobson es un método de carácter fisiológico, en el cual se favorece un estado corporal más energético, enfatizar en que el pensamiento y el estado emocional influyen en la respuesta muscular. Asimismo, exponer las fases que se deben realizar:

1. Tensión-relajación.
2. Revisión mental de los músculos.
3. Relajación mental.

2) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a la información presentada.
2) Exponer posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan prestado atención a la presentación.

ACTIVIDAD 2. MOMENTO DE RELAJARNOS

Tiempo: 10 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Llevar a cabo la Relajación Progresiva

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Dar la indicación de que se debe adoptar una postura cómoda y correcta para llevar a cabo la actividad. 2) Poner fondo musical. 3) Dirigir la relajación

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Adoptar posición cómoda. 2) Seguir las indicaciones de los facilitadores.

CRITERIO DE LOGRO: Que todas las participantes hayan realizado la actividad.

ACTIVIDAD 3. DISCUSIÓN

Tiempo: 5 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes identifiquen la importancia de la relajación progresiva ante la enfermedad

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Generar una discusión teniendo como base las preguntas:

- ¿Cómo se sintieron durante la actividad?
- ¿Les resultó difícil llevar a cabo la actividad?
- ¿Percibieron algún cambio emocional?
- ¿En qué situación se podría aplicar la relajación?

2) Enfatizar en la importancia de aplicar la técnica ante situaciones que generen emociones negativas y que impidan llevar a cabo un estilo afrontamiento adecuado ante la enfermedad. 3) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Participar activamente en la discusión. 2) Expresar la experiencia al realizar la relajación progresiva. 3) Expresar posibles dudas.

ACTIVIDAD 4. CIERRE

Tiempo: 5 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar los contenidos revisados en la sesión.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Realizar un breve resumen de la sesión. 2) Retroalimentar el desempeño del grupo. 3) Recomendar seguir realizando la relajación y volver a realizar el autorregistro. 4) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores.

SESIÓN 8: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA TEORICA.

OBJETIVO GENERAL: Persuadir a las participantes de que los acontecimientos externos contribuyen parcialmente a originar los sentimientos negativos, pero no los causan directamente

MATERIALES: Proyector, autorregistro, hojas blancas, plumas

ACTIVIDAD 1. INTRODUCCIÓN

TIEMPO: 20 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR. Que las participantes conozcan los supuestos básicos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

ACTIVIDADES DE FACILTADORES: 1) Los facilitadores explicarán, con simplicidad, las ideas de Ellis sobre la causa de gran parte de los problemas conductuales de las personas. Enfatizando el papel que tienen las creencias irracionales y sus consecuencias. 2) Posteriormente se explicará el esquema ABCDE. Donde A es el acontecimiento activador, puede ser un suceso real y externo que externen las participantes. Por otro lado, B es la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que la persona utiliza como respuesta a A. La letra C corresponde a la consecuencia emocional, o respuesta emocional que se suscita por el pensamiento (B). En ésta parte se resalta que las respuestas emocionales son consecuencias de B, y no de los acontecimientos directamente. 3) Los facilitadores enunciará, que estas creencias pueden ser racionales o irracionales: en el primer caso resultan respuestas de autoayuda y emociones positivas, las segundas implican emociones como tristeza, ira, enfado etc. Por lo tanto, el núcleo de éste tipo de terapia implica modificar las creencias irracionales, D (debate) y E (efectos). En el debate se incluyen técnicas para modificar las creencias cuyos resultados serán nuevas consecuencias emocionales y motoras funcionales. 5) Los facilitadores expondrán un caso y lo desarrollarán con el esquema 4) Al finalizar la exposición los facilitadores les preguntarán a cada una de las participantes alguna letra del esquema con el fin de que expresen a qué se refiere.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores 2) Responder cuando se les pregunte sobre la definición del componente del esquema.

CRITERIO DE LOGRO: Las participantes serán capaces de definir en que consiste cada letra del esquema propuesto.

ACTIVIDAD 2. Aplicación del modelo A-B-C

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes observen/ comprendan cómo se aplica el esquema A-B-C.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) En una hoja de presentación en power point, se presentarán una tabla con los componentes del esquema. 2) Mediante opiniones abiertas se tomará como ejemplo alguna situación considerada como perturbadora. 3) La situación se descompone en los elementos A-B-C. Del tal forma las participantes entiendan que el esquema es capaz de aplicarla en su vida.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) poner atención a la actividad 2) Participar activamente en la discusión.

CRITERIO DE LOGRO: Completar correctamente el esquema con ayuda de las participantes.

ACTIVIDAD 3. IDENTIFICACIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES

TIEMPO: 30 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR. Que las participantes identifiquen pensamientos irracionales

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Una vez que las participantes comprenden el esquema A-B-C, mediante un entrenamiento en observación sistemática y evaluación lógico-empírico de las autodeclaraciones. Para descubrir creencias irracionales, los facilitadores proponen el siguiente procedimiento: Se entrega a cada participante un pequeño esquema que contenga las exigencias absolutista y dogmáticas “debo de”, “tengo que” sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo que los rodea, y que se pueden agrupar en tres categorías como se muestra a continuación:

Catastrofismo

Se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento. “todo, nada, nunca, nadie”

Baja tolerancia a la frustración o no lo puedo soportar

Es la tendencia a exagerar lo insostenible de una situación “eso no me puede pasar a mí, porque me sucede esto, que fue lo que hice

Tendencia a evaluar como “mala”, la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la

Depreciación

conducta individual. “ es terrible, qué estoy pagando”

2) Se pide a las participantes que busque sus “deberías” o “sus tengo que” que experimenta ante un acontecimiento externo activador y que causan su malestar al convertir sus deseos en necesidades categóricas y sus preferencias en exigencias.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Poner atención a lo expuesto. 2) Reflexionar y encontrar los “deberías” y “tengo que” en su vida cotidiana.

CRITERIO DE LOGRO: Las participantes logren llenar, de acuerdo a su situación, la categoría A-B-C correctamente.

ACTIVIDAD 4. CIERRE

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar las habilidades aprendidas

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores realizarán un resumen de la sesión, dando retroalimentación sobre el desempeño del grupo. y les preguntarán a los participantes: *¿Cómo se sintieron durante la sesión?* 2) Entregar los autorregistros. Señalando que deberán ser llenados durante una semana para practicar diariamente la identificación de pensamientos irracionales ante los acontecimientos y su papel mediador en las consecuencias emocionales y conductuales, como se muestra a continuación. Solamente anotando los elementos correspondientes a las letras A-B-C (Ver anexo 8)

3) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo. 4) Pedirle a las participantes que sigan practicando la relajación.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores 2) Exponer posibles dudas que hayan surgido. 3) Realizar la tarea establecida para la siguiente sesión.

SESIÓN 9. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA APLICADA.

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes modifiquen ideas irracionales, subyacentes de la enfermedad, que influyen en el afrontamiento.

MATERIALES: Proyector, autorregistro, hojas blancas, plumas

ACTIVIDAD 1. REVISIÓN DE AUTORREGISTROS.

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar la forma en que se llenaron los autorregistros.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Escoger a dos participantes al azar. 2) Indicar que deben exponer su autorregistro. 3) Retroalimentar a los expositores. 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Quienes fueron escogidos: 1) Exponer su autorregistro. Quienes no fueron escogidos: 1) Prestar atención a la exposición de sus compañeras y a la retroalimentación de los facilitadores. 2) Expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan expresado su autorregistro y lo hayan modificado de haber sido necesario.

ACTIVIDAD 2. DEBATE

TIEMPO: 30 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Distinguir entre pensamiento lógico e ilógico o adaptativo vs desadaptativo.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores comenzarán con ésta parte del esquema representado por D, en el que consiste en discutir/debatir las creencias irracionales detectadas, enseñando a distinguir entre pensamiento lógico e ilógico, reconceptualizando y modelando sistemas de creencias funcionales y reforzando los cambios positivos que permita valorar los acontecimientos de forma más realista y menos catastrófica. 2) El facilitador se puede apoyar de diversos procedimientos que consisten en una serie de preguntas y sugerencias que permitan modificar las ideas negativas que expresan las participantes. Como los que se muestran a continuación:

- ✓ *Socrático: El facilitador formula preguntas abiertas que sugieran la detección de creencias irracionales: ¿dónde está la evidencia que afirme lo que usted menciona?, ¿qué lógica encuentra en eso?*
- ✓ *Didáctico: El facilitador enseña a detectar las creencias y los elementos que componen dicha creencia: “nunca”, “nadie” “siempre”. Además se puede acompañar de preguntas como: ¿Y si cambiamos el “siempre” por “tal vez” etc.?*
- ✓ *Metafórico: el facilitador representa mediante metáforas situaciones para ilustrar la irracionalidad de las creencias.*

3) Al finalizar la exposición, los facilitadores les pedirán a las participantes que elijan una creencia de su autorregistro y que la refuten o cambien utilizando los procedimientos mencionados, se indicará que cada participante deberá ponerse de pie y expresar el cambio decidido.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores 2) Participar activamente en la actividad.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan utilizado y expresado por lo menos uno de los procedimientos expuestos.

ACTIVIDAD 3. IMAGINANDO JUNTOS

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes logren reproducir los procedimientos de debate a ejercicios de imaginación.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) A partir de la actividad anterior, en el que se cuestionaron las creencias irracionales, se les pide a las participantes que formen un círculo. 2) Posteriormente se dan indicaciones para que todo esté en absoluto silencio y se les pide cerrar los ojos e intentar relajarse. 3) Se les pide a cada una que se imaginen alguna situación relacionada a la enfermedad que les cause sentimientos de depresión o ansiedad, dando como pauta alrededor de 2 minutos. 3) Posteriormente se da la indicación para que identifiquen aquellos pensamientos que vienen a su mente. 4) Una vez logrado lo anterior se comienza con el cambio de pensamientos irracionales que cada participante imagine. De acuerdo a las estrategias planteada en la actividad anterior, anotándolas en un autorregistro.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) poner atención a la actividad 2) Seguir las indicaciones dadas por los facilitadores. 3) Realizar la actividad de imaginación.

CRITERIOS DE LOGRO: Las participantes logren llenar correctamente las categorías del esquema A-B-C-D-E.

ACTIVIDAD 4. INVERSIÓN DE ROL.

TIEMPO: 20 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR. Que las participantes mantenga un rol activo en la identificación de creencias irracionales.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Una vez que el facilitador considere que el grupo adquirió habilidades para debatir creencias, se continúa con ésta actividad. Consiste en invertir los roles, de tal forma que el facilitador adopte el papel de las participantes. 2) El facilitador comenzará expresando una situación problemática que considere de interés en el grupo, relacionado al proceso de la enfermedad, en éste caso las participantes tendrán el papel del facilitador que consistirá en ayudar a identificar creencias irracionales y generar nuevas, mediante la utilización de los estilos socráticos, didáctico etc. 3) Una vez terminado la inversión de rol, el facilitador comenzará una discusión sobre lo ocurrido, apoyándose de las siguientes preguntas:

¿Cómo se sintieron durante la actividad?

¿Cuál fue la problemática que presenté ante ustedes?

¿Qué pensamientos irracionales lograron identificar?

¿Qué emociones o sentimientos expresé como paciente?

¿Qué preguntas surgieron para persuadir al paciente de que su pensamiento no era lógico?

¿Qué otras sugerencias darían para hacerle ver al paciente que no es funcional su pensamiento?

¿Fue difícil identificar los pensamientos erróneos de otra persona?

4) Al terminar el facilitador puede dar retroalimentación y reforzamiento social por el desempeño en la actividad, enfatizando que pueden lograr los mismos resultados con su sistema de creencias y de actuar.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Seguir las indicaciones de los facilitadores para la actividad. 2) participar activamente en la inversión de roles, proponiendo ideas, expresando preguntas o sugerencias.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan participado en la discusión respondiendo las preguntas.

ACTIVIDAD 5. CIERRE

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar las habilidades aprendidas

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores realizarán un resumen de la sesión, dando retroalimentación sobre el desempeño general del grupo, preguntando: *¿Cómo se sintieron durante la sesión?* 2) Se les pedirá como tarea volver a realizar el autorregistro, de manera que en la siguiente sesión lo presenten y expresen los posibles cambios percibidos 3) Pedirle a las participantes que sigan practicando la relajación. 4)Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores 2) Exponer posibles dudas que hayan surgido. 3) Realizar la tarea establecida para la siguiente sesión.

SESIÓN 10 - COMUNICACIÓN ASERTIVA

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes logren identificar los estilos de comunicación en la relación médico-paciente.

MATERIALES: Hojas blancas, plumas, videos, proyector, computadora.

ACTIVIDAD 1. REVISIÓN DE AUTORREGISTROS.

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar la forma en que se llenaron los autorregistros.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Escoger a dos participantes al azar. 2) Indicar que deben exponer su autorregistro. 3) Retroalimentar a los expositores. 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Quienes fueron escogidos: 1) Exponer su autorregistro. Quienes no fueron escogidos: 1) Prestar atención a la exposición de sus compañeras y a la retroalimentación de los facilitadores. 2) Expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan expresado su autorregistro y lo hayan modificado de haber sido necesario.

ACTIVIDAD 2. ¿CÓMO ME COMUNICO CON EL MÉDICO?

Tiempo: 15 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes reconozcan la trascendencia de la comunicación con el médico.

ACTIVIDADES DE LOS FACILITADORES: 1) Se dará una charla sobre el papel de la ansiedad, distorsiones cognitivas y/o déficits en habilidades que nos hacen ver las situaciones de una forma que no siempre es la correcta. 2) Enfatizar la explicación anterior en la relación que tienen con su médico. Puntualizando la importancia de la relación médico-paciente para que sus temores no impidan que pueda dialogar con él o ella sobre los aspectos que consideran importante. Refiriendo que en muchas ocasiones la ansiedad, miedo, vergüenza nos impiden establecer una relación de confianza con el médico para expresar aquellas cosas que nos preocupan. 3) Para explorar cómo es la comunicación con su médico el facilitador se puede apoyar de preguntas abiertas como:

- *¿Cómo consideran que es su relación con el médico?*
- *¿Están satisfechas con la información que les proporciona?*
- *¿Cuántas de las aquí presentes preguntan cuándo tienen alguna duda?*
- *¿Qué inquietudes o preguntas podrían hacerle al médico sobre el tratamiento o el proceso de la enfermedad?*

4) A partir de las respuestas expresadas, se explicarán los objetivos del entrenamiento en habilidades de comunicación para aprender y practicar nuevos patrones de respuesta, lo cual les ayudará a mejorar su relación con el médico, familia etc.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a lo expuesto por los facilitadores. 2) Participar activamente respondiendo a las preguntas realizadas por los participantes.

CRITERIO DE LOGRO: las participantes lograrán mencionar algunos beneficios de comunicarse adecuadamente con el médico.

ACTIVIDAD 3. ESTILOS DE COMUNICACIÓN: EN BÚSQUEDA DE LA ASERTIVIDAD

Tiempo: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Identificar los estilos de comunicación agresiva, pasiva y asertividad.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores darán una pequeña charla sobre las características principales a nivel verbal y no verbal que existe entre los tres tipos de comunicación (agresiva, pasiva y asertiva) y en que se diferencian cada una. 2) Se dará una breve explicación sobre lo que constituye la conducta asertiva y las ventajas de un estilo asertivo frente a situaciones problemáticas. 3) Mediante una presentación en power point se explicarán los elementos que componen la comunicación asertiva:

- ✓ Expresar y recibir sentimientos positivos (afecto, agrado, admiración, desagrado, enfado)
- ✓ Expresar y escuchar opiniones personales tanto positivas como negativas, mostrando acuerdo o desacuerdo con las opiniones de otros.
- ✓ Hacer peticiones, como pedir información al médico, trabajador social, pedir un favor a la o el enfermero.
- ✓ Defender los propios derechos, teniendo en cuenta que al acudir al servicio médico tenemos una serie de derechos.

4) Se pedirá a las participantes que piensen por un momento cuál es el tipo de comunicación que suelen emplear con más frecuencia, enlistando las desventajas y las ventajas que consideran el comportarse así.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Poner atención a la explicación sobre los tipos de comunicación. 2) Expresar las desventajas y ventajas del tipo de comunicación que utilizan. 3) Expresar posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes expresen por lo menos una ventaja y una desventaja del tipo de comunicación que utilizan.

ACTIVIDAD 4. “MIS DERECHOS”

Tiempo: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes reconozcan los derechos de los pacientes al acudir a las citas médicas.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores explicarán que una parte fundamental en la asertividad son los derechos personales, que en ocasiones los anteponeamos o minimizamos por vergüenza, o simplemente porque los desconocemos. Al acudir a un servicio cómo lo es el sanitario, es importante conocer nuestros derechos como pacientes. 2) Se dará pauta a una breve discusión sobre los derechos que tienen todos los usuarios al momento de asistir al servicio de un hospital. Para esto se puede preguntar: *¿Cuáles de estos derechos conocen?, en caso de no estar satisfechos con el servicio, ¿con quién nos tenemos que dirigir?*

Lo anterior se realiza con el fin de explorar el conocimiento que poseen sobre sus derechos. 3) A partir de la experiencia e información obtenida de las participantes, se explicará en qué consiste cada uno de los siguientes derechos como pacientes:

- ✓ *Información precisa, oportuna y veraz sobre tu diagnóstico, pronóstico y tratamiento.*
- ✓ *Aceptar o rechazar el tratamiento o procedimiento terapéutico que se te ofrezca.*
- ✓ *La confidencialidad de la información que proporcionas a tu médico.*
- ✓ *Otorgar tu consentimiento por escrito con fines de diagnóstico o terapéuticos.*
- ✓ *Una segunda opinión sobre el diagnóstico.*
- ✓ *Atención médica de urgencia.*
- ✓ *Un expediente clínico completo y obtener un resumen médico por escrito si lo necesitas.*
- ✓ *Servicio de medicina preventiva.*

- ✓ *Presentar tu queja o inconformidad en caso de existir alguna irregularidad en la atención recibida.*
- ✓ *Solicitar y obtener la información completa y oportuna respecto de los trámites que debas realizar.*
- ✓ *Recibir del personal del IMSS, en todo momento, un trato digno y eficiente*

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) En forma de lluvia de idea las participantes mencionarán aquellos derechos como pacientes que consideren poseen. 2) escuchar activamente los derechos expuestos en la sesión 3) Participar activamente mediante experiencias u opiniones sobre el tema discutido.

CRITERIO DE LOGRO. Que las participantes logren citar cinco derechos como pacientes.

ACTIVIDAD 5. CIERRE.

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar el conocimiento aprendido.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES:

Realizar un breve resumen de la sesión. 2) Retroalimentar el desempeño del grupo. 3) Pedirle a cada participante que concluya con la frase “Hoy aprendí...” seguido de los conocimientos adquiridos en la sesión. 5) Pedirle a las participantes que sigan practicando la relajación y llevando a cabo sus autorregistros. 6) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 2) Expresar en una frase el aprendizaje de la sesión. 3) Realizar las tareas en casa.

SESIÓN 11 – PRÁCTICA DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes empleen el estilo de comunicación asertiva con el médico.

MATERIALES: Hojas blancas, plumas, videos, proyector, computadora.

ACTIVIDAD 1. REVISIÓN DE AUTORREGISTROS.

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar la forma en que se llenaron los autorregistros.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Escoger a dos participantes al azar. 2) Indicar que deben exponer su autorregistro. 3) Retroalimentar a los expositores. 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Quienes fueron escogidos: 1) Exponer su autorregistro. Quienes no fueron escogidos: 1) Prestar atención a la exposición de sus compañeras y a la retroalimentación de los facilitadores. 2) Expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan expresado su autorregistro y lo hayan modificado de haber sido necesario.

ACTIVIDAD 2. SOCIODRAMA

Tiempo: 30 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Las participantes representen la relación que usualmente llevan con su médico.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores pedirán la participación voluntaria de dos personas. 2) Plantear una “situación problema”, en éste caso una cita programada con el médico donde se les informará acerca del tratamiento que se va a realizar. 3) Se les pedirá tomar un pedazo de papel donde viene establecido el rol a representar: médico o paciente. 4) Se dará la instrucción que el sociodrama tendrá que durar entre 5 y 10 minutos. En el que representen cómo es usualmente la comunicación: desde que los recibe el médico hasta el momento en que se despiden. 5) Permitir que las voluntarias actúen libremente. 6) Los facilitadores entregarán al resto del grupo una pequeña tabla donde se establecen los elementos de la comunicación y posibles conductas inadecuadas, como se presenta a continuación.

<i>Elementos</i>	<i>Respuesta inadecuadas</i>
<i>Verbales</i>	Expresiones vagas, e imprecisas, respuestas monosilábicas, insultos, muletillas.
<i>Paralinguísticos</i>	Voz temblorosa, hablar gritando, entonación monótona, tartamudeo.
<i>No verbales</i>	Mirar al suelo, inexpresividad facial, gestos automanipulativos, distancia inadecuada con el interlocutor.
<i>Receptivos</i>	
<i>Atención</i>	Estar pensando en la contestación en lugar de escuchar atentamente
<i>Percepción</i>	No percibir el tono irónico en los elogios del interlocutor.
<i>Evaluación</i>	Interpretar erróneamente los gritos del interlocutor como señal de agresividad en vez de signos de nerviosismo
<i>Duración de la respuesta</i>	Acapar la conversación.
<i>Interactivos</i>	
<i>Turno alternante</i>	Pausas prolongadas, hablar simultáneamente, interrumpir al interlocutor etc.

7)

Los facilitadores pedirán al resto del grupo que analicen la situación tomando en cuenta los elementos de la tabla, así como signos de ansiedad que pudiera, afectar la ejecución de la respuesta adecuada. 8) Al finalizar el sociodrama, se discutirá lo ocurrido en la presentación con base en las siguientes preguntas:

- *¿Qué pudieron observar en este sociodrama?*
- *¿Qué información ofreció la doctora sobre los tratamientos?*

- *¿Creen ustedes que la información fue adecuada? ¿Por qué?*
- *¿Qué preguntas sobre el tema hizo la paciente a su médico? ¿Creen ustedes que fueron adecuadas? ¿Por qué?*
- *¿Qué otras preguntas ustedes le harían a su médico? Si ustedes fueran médicas, ¿qué otra información le hubieran dado a la paciente?*

9) A partir de la discusión generada, se sugerirán respuestas alternativas a la realizada por las voluntarias, proponiendo instrucciones específicas de la posible conducta asertiva, separando la conducta en los elementos de la comunicación “mirar hacia los ojos, hablar con un tono fuerte y claro, etc.”

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a lo expuesto por los facilitadores. 2) Participar activamente respondiendo a las preguntas realizadas por los participantes.

CRITERIO DE LOGRO: 1) Que las participantes voluntarias ejecuten el sociodrama 2) Que las demás participantes detecten por lo menos tres respuestas inadecuadas (verbales, receptivos y comunicativos) del sociodrama. 3) Propongan por lo menos tres respuestas alternativas.

ACTIVIDAD 3. INTERCAMBIANO PAPELES

Tiempo: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Demostrar mediante modelado cómo se realiza la conducta asertiva.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Dos facilitadores realizarán una demostración de la conducta asertiva. Destacando los elementos que las participantes han de observar. Para esto se repetirá la situación de la actividad anterior. 2) Mediante encadenamiento, es decir, practicando aisladamente cada componente de la comunicación la persona voluntaria efectuará nuevamente el ejercicio instruido y modelado. 3) Los facilitadores corregirán conforme se desarrolle el sociodrama. 4) Se proporciona retroalimentación sobre el desempeño. En caso de realizarse correctamente se refuerza socialmente con algún alago. De otro modo, se le hace saber los aspectos no habilidosos de la ejecución. 5) Estos pasos se repiten hasta que el facilitador considere que la participante haya ejecutado correctamente la conducta social.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES: 6) observarán la conducta representada por los facilitadores 2) En el caso de las voluntarias, repetir para corregir las posibles respuestas inadecuadas. El resto del grupo opinará, propondrá sugerencias.

CRITERIO DE LOGRO: Las participantes ejecuten correctamente la conducta social desde el saludo hasta terminar la cita con el médico.

ACTIVIDAD 4. CIERRE.

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar el conocimiento aprendido.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES:

Realizar un breve resumen de la sesión. 2) Retroalimentar el desempeño del grupo. 3) Pedirle a cada participante que concluya con la frase “Hoy aprendí...” seguido de los conocimientos adquiridos en la sesión. 4) Recordar seguir el llenado del autorregistro y que sigan practicando la relajación. 5) Agradecer la participación e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores. 2) Expresar en una frase el aprendizaje de la sesión. 3) Realizar las tareas señaladas.

SESIÓN 12- : ORIENTANDO LOS PROBLEMAS

OBJETIVO GENERAL: Generar una orientación positiva hacia los problemas

MATERIALES: Autorregistro, Proyector, Computadora, Cinta de enmascarar.

ACTIVIDAD 1. REVISIÓN DE AUTORREGISTROS.

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar la forma en que se llenaron los autorregistros.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Escoger a dos participantes al azar. 2) Indicar que deben exponer su autorregistro. 3) Retroalimentar a los expositores. 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Quienes fueron escogidos: 1) Exponer su autorregistro. Quienes no fueron escogidos: 1) Prestar atención a la exposición de sus compañeras y a la retroalimentación de los facilitadores. 2) Expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan expresado su autorregistro y lo hayan modificado de haber sido necesario.

ACTIVIDAD 2. LA EXISTENCIA DE LOS PROBLEMAS

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Sensibilizar a las participantes para la aceptación cotidiana de los problemas

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Proyectar el video “¿Cómo enfrentar los problemas de la vida?” (Puede ser visualizado en la dirección electrónica: <https://www.youtube.com/watch?v=8aw5XdltvA>), en el cual se enfatiza que las oportunidades y soluciones a los diferentes problemas que se presentan ante las personas son incontables. 2) Proyectar el video y después comenzar una discusión en torno al mismo, en la cual se enfatizará que los problemas forman parte de la vida cotidiana, sin embargo la importancia radica en la manera en cómo les hacemos frente para superarlos. 3) Resolver posibles dudas Se utilizarán preguntas base como:

- *¿Qué les pareció el video?*
- *¿Cuál es la importancia de los problemas en nuestra vida?*

- *En el aquí y ahora ¿cuál sería nuestro punto negro?*
- *¿Qué forma parte de nuestra hoja en blanco?*

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención al video. 2) Participar activamente en la discusión 3) Generar y expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes identifiquen en su vida el punto negro y el resto de la hoja en blanco con respecto al video proyectado.

ACTIVIDAD 3. ORIENTACIÓN HACIA LOS PROBLEMAS

TIEMPO: 20 minutos

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes conozcan los componentes de la orientación hacia los problemas

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Explicar que la orientación hacia los problemas incluye creencias, valoraciones y expectativas y emociones sobre los problemas de la vida y sobre la propia capacidad de solucionarlos, y por tanto tiene cinco componentes:

1. Percepción del problema
2. Atribución del problema
3. Valoración del problema
4. Control personal
5. Compromiso de tiempo y esfuerzo.

2) Después de explicar cada componente, se enfatizará en la importancia de hacer uso de algunas estrategias para evitar dificultades en la posterior solución de problemas, tales estrategias podrían ser:

- Reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde
- Ver los problemas como una parte normal de la vida
- Aprender a hacer atribuciones causales correctas de los problemas
- Ver los problemas como desafíos en lugar de amenazas
- Aumentar la percepción de control personal
- Dedicar tiempo y esfuerzo.

3) Realizar preguntas durante las explicaciones para ejemplificar el tema con la vida cotidiana de las participantes, tales como *“Levante la mano quien NO haya tenido algún problema, en cualquier aspecto” ¿Cuánto tiempo le han dedicado a la resolución*

de sus problemas? ¿Qué es lo primero que se piensa al identificar un problema? 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a lo expuesto por los facilitadores. 2) Participar activamente cuando los facilitadores realicen preguntas. 3) Generar y expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes respondan a las preguntas expuestas durante la actividad.

ACTIVIDAD 4. ORIENTANDO NUESTROS PROBLEMAS

TIEMPO: 10 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes identifiquen una o más soluciones ante una situación problema.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Pedir a los participantes que se pongan de pie y formen una fila. 2) Explicar la actividad en la cual primero se debe especificar una distancia en el suelo, por medio de cinta de enmascarar, que sea aproximadamente de pared a pared tomando en consideración las medidas del aula donde se esté llevando a cabo el taller, posteriormente se le pedirá a las participantes que busquen la manera de cruzar de un extremo a otro, sin embargo se deberá considerar que no será posible hacerlo de la misma manera que la o las compañeras ya utilizaron, eso significa que cada participante incluidos los facilitadores, deberán utilizar una forma diferente para recorrer el espacio marcado en el suelo. 3) Una vez que todos realizaron la actividad, se enfatizará en que las posibilidades para llegar a los objetivos, que en este caso es la solución de algún conflicto, son muchas y variadas, lo cual indica que una persona debe ser persistente en los objetivos que se propone y no darse por vencido si una elección no fue la correcta. 4) Responder posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Llevar a cabo la actividad expuesta por los participantes. 2) Expresar posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que todos, las participantes y los facilitadores, elijan una diferente forma de recorrer el espacio marcado por la actividad.

ACTIVIDAD 5. CIERRE

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar lo aprendido en la sesión.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Realizar un resumen de la sesión y resolver posibles dudas. 2) Preguntar a las participantes *¿Cómo se sintieron durante la actividad?* 3) Recordar a las participantes seguir llevando a cabo sus autorregistros y seguir practicando la relajación. 4) Agradecer la presencia e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores 2) Exponer posibles dudas que hayan surgido. 3) Realizar la tarea establecida para la siguiente sesión.

SESIÓN 13. TÉCNICA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

OBJETIVO GENERAL: Que las participantes identifiquen los componentes de la técnica de resolución de problemas.

MATERIALES: Autorregistro, Proyector, hojas blancas, plumas

ACTIVIDAD 1. REVISIÓN DE AUTORREGISTROS.

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar la forma en que se llenaron los autorregistros.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Escoger a dos participantes al azar. 2) Indicar que deben exponer su autorregistro. 3) Retroalimentar a los expositores. 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Quienes fueron escogidos: 1) Exponer su autorregistro. Quienes no fueron escogidos: 1) Prestar atención a la exposición de sus compañeras y a la retroalimentación de los facilitadores. 2) Expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan expresado su autorregistro y lo hayan modificado de haber sido necesario.

ACTIVIDAD 2. TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

TIEMPO: 10 MINUTOS

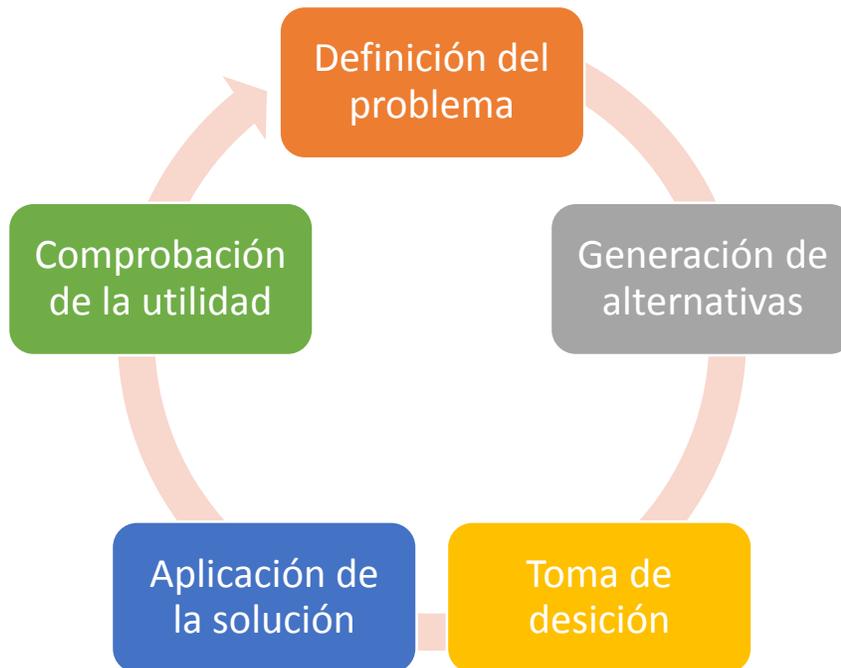
OBJETIVO PARTICULAR: Que las participantes conozcan la técnica de resolución de problemas

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Explicar que la técnica de resolución de problemas ayuda a una búsqueda eficaz de soluciones a diversos problemas a los que se enfrentan las personas a través de estrategias en las cuales se ven implicados aspectos tanto emocionales como conductuales. 2) Explicar en qué consiste la técnica de solución de problemas mediante una proyección de un esquema que permita identificar las fases que la componen:

1. Definición y formulación del problema
2. Generación de soluciones alternativas
3. Toma de decisión

4. Aplicación de la solución
5. Comprobación de su utilidad

3) Brindar el siguiente esquema:



4) Preguntar a las participantes al azar en qué consiste cada fase.
Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a la exposición. 2) Generar y expresar posibles dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes respondan correctamente cuando se les pregunte por las fases de la técnica.

ACTIVIDAD 3. BUSCANDO SOLUCIONES POSITIVAS

TIEMPO: 30 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR. Que las participantes apliquen la técnica a un problema relacionado con su enfermedad.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) A cada participante se le dará un cuarto de hoja para que coloque un problema surgido a raíz del diagnóstico de su enfermedad, especificando que puede ser en cualquier círculo social en el que se encuentren inmersas. 2) Se les pedirá que en cuanto terminen, doblen la hoja y la coloquen en un recipiente. 3) Cuando todas hayan terminado, se les pedirá que una a una pasen a donde se encuentra el recipiente, tomen un papel y se dirijan a su asiento sin desdoblar el papel. 4) Ya que todas se encuentren en su lugar, se les pedirá que abran el papel y desarrollen el problema que les tocó con base en las fases de la técnica expuesta 6) Posteriormente, se les pedirá que una a una se vayan poniendo de pie y expongan su problema con la o las posibles soluciones que encontraron. 4) Dar retroalimentación a los resultados obtenidos.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escribir un problema surgido a raíz del diagnóstico de la enfermedad. 2) Colocar el papel en un recipiente. 3) Elegir un papel al azar del recipiente 4) Aplicar la técnica de resolución de problemas a la situación que esté expuesta en el papel. 5) Exponer sus resultados. 6) Dar retroalimentación a sus compañeras, realizando una confrontación con la persona que escribió el problema.

CRITERIO DE LOGRO: Que todas las participantes encuentren mínimo una solución al problema que les tocó.

ACTIVIDAD 4. CIERRE

TIEMPO: 5 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Que los facilitadores reconozcan el desempeño de las participantes.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Los facilitadores les preguntarán a las participantes. *¿Cómo se sintieron durante la actividad?* 2) Enfatizarán en las capacidades que tienen para resolver problemas, que si bien propusieron alternativas para problemas ajenos, los propios pueden analizarlos y darles una solución por sí mismas. 3) Realizar un resumen de la sesión y resolver posibles dudas. 4) Recordar seguir llevando a cabo sus autorregistros y seguir llevando a cabo la relajación. 5) Agradecer la presencia e invitar a seguir asistiendo.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Escuchar lo expuesto por los facilitadores 2) Exponer posibles dudas que hayan surgido. 3) Realizar la tarea establecida para la siguiente sesión.

SESIÓN 14. CIERRE DEL TALLER

OBJETIVO GENERAL: Generar una retroalimentación sobre la participación en el taller.

MATERIALES: Instrumentos, plumas y/o lápices.

ACTIVIDAD 1. ÚLTIMA REVISIÓN DE AUTORREGISTROS.

TIEMPO: 15 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar la forma en que se llenaron los autorregistros.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Escoger a dos participantes al azar. 2) Indicar que deben exponer su autorregistro. 3) Retroalimentar a los expositores. 4) Resolver posibles dudas.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: Quienes fueron escogidos: 1) Exponer su autorregistro. Quienes no fueron escogidos: 1) Prestar atención a la exposición de sus compañeras y a la retroalimentación de los facilitadores. 2) Expresar dudas.

CRITERIO DE LOGRO: Que las participantes hayan expresado su autorregistro y lo hayan modificado de haber sido necesario.

ACTIVIDAD 2. POST-EVALUACIÓN

TIEMPO: 20 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Evaluar el afrontamiento y las creencias de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama después de una intervención.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Brindar los formatos (Ver anexos 2,3,4 y 5) a cada participante, así como lápiz y/o pluma para su solución. 2) Indicar a las participantes que deben contestar todos los instrumentos, enfatizando que no existen respuestas buenas y/o malas. 3) Una vez que terminaron de responder los cuestionarios, recogerlos y guardarlos.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Responder todos los cuestionarios. 2) Una vez terminada la actividad anterior, entregarlos a los facilitadores.

CRITERIO DE LOGRO: Que todos los participantes hayan respondido todos los instrumentos.

ACTIVIDAD 3. AGRADECIMIENTO

TIEMPO: 10 MINUTOS

OBJETIVO PARTICULAR: Enfatizar las áreas de oportunidad de las participantes. Que las participantes reflexionen lo expuesto durante el taller.

ACTIVIDADES DE FACILITADORES: 1) Retroalimentar el trabajo realizado por las participantes. 2) Recordar a las participantes que deben:

- Intentar buscar el control de la situación, es decir, informarse acerca del diagnóstico recibido así como de los posibles tratamientos.
- Ser asertivos al momento de estar con el médico, preguntando acerca de lo desconocido.
- Evitar la negación, es decir, enfrentar el diagnóstico.
- No aparentar que todo está bien, las emociones negativas pueden contribuir a una motivación para actuar.
- Hablar con familia o amigos cercanos, o bien conseguir la ayuda de un consejero
- Aprender del cáncer y convertirse en un participante activo en el cuidado.
- Fortalecer un sentido de esperanza: es decir planificar los días, no limitarse a realizar actividades sólo por poseer cáncer o escuchar historias de personas que tienen cáncer pero que se están recuperando por sus vidas activas.
- Practicar técnicas de relajación.
- Buscar lo positivo

Entre otros aspectos. 3) realizar preguntas cómo “¿Qué les gustó más del taller?” “¿Qué agregarían?” “¿Cuáles serían sus recomendaciones?”, entre otras. 4) Agradecer la participación de cada una de las participantes.

ACTIVIDADES DE PARTICIPANTES: 1) Prestar atención a la información brindada.

ANEXO 7

Fabula: "Abriendo Puertas"

"En una tierra en guerra, había un rey que causaba espanto.

A sus prisioneros no los mataba...los llevaba a una sala donde había un grupo de arqueros de un lado y una inmensa puerta de hierro del otro, sobre la cual se veían grabadas figuras de calaveras cubiertas de sangre...

En esta sala, les hacía formar un círculo y les decía:

-Ustedes pueden elegir entre morir a flechazos por mis arqueros o pasar por aquella puerta...

Casi todos elegían ser muertos por los arqueros...

Al terminar la guerra, un soldado que por mucho tiempo había servido al rey se dirigió al soberano:

-Señor, ¿puedo hacerle una pregunta?

Dime, soldado.

-Señor, ¿qué hay detrás de la puerta?

El rey respondió:

-¡Ve y averígualo tú mismo!!!

El soldado abrió temerosamente la puerta y, a medida que lo hacía, rayos de sol entraban...

Y, finalmente, sorprendido, descubrió que.....la puerta se abría sobre un camino que conducía a la ¡LIBERTAD!!!

El soldado, embelesado, miró a su rey, quien le dijo:

-Yo les daba la oportunidad de elegir, pero por temor preferían morir a arriesgarse a abrir esta puerta

ANEXO 8

FORMATO SEMANAL DE AUTORREGISTRO

Nombre: Fecha:			Hora:	
A <i>Acontecimiento</i>	B <i>Pensamiento irracional</i>	C <i>Consecuencias</i>	D <i>Sustitución pensamiento racional</i>	E <i>Efectos del cambio de pensamiento.</i>