



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE
LINFEDEMA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SÁNCHEZ VÁZQUEZ STEPHANY

DIRECTORA:

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

REVISORA:

LIC. LETICIA MARÍA GUADALUPE BUSTOS DE LA TIJERA

SINODALES:

DRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2020

PAPIIT IN310416



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.

Índice

Resumen	9
Introducción	10
Capítulo 1. Generalidades del cáncer	
1.1 Definición de cáncer	13
1.1.1 Origen del cáncer	14
1.1.2 Etapas del cáncer	15
1.2 Epidemiología del cáncer en el mundo y en México	16
Capítulo 2. Cáncer de mama	
2.1 Definición de cáncer de mama	19
2.1.1 Factores de riesgo	19
2.1.2 Tipos de cáncer de mama	21
2.1.3 Estadificación del cáncer de mama	22
2.1.4 Tratamiento por cáncer de mama	24
2.2 Epidemiología del cáncer de mama en el mundo	25
2.2.1 Epidemiología del cáncer de mama en América Latina y México	26
2.3 Aspectos psicológicos del cáncer de mama	28
Capítulo 3. Linfedema	
3.1 Definición de linfedema	33
3.1.1 Tipos del linfedema	34
3.1.2 La relación del sistema linfático y el linfedema secundario	35
3.1.2 Factores de riesgo del linfedema	36
3.1.3 Clasificación y estadificación del linfedema	37
3.1.4 Signos y síntomas del linfedema	39
3.2 Epidemiología del linfedema	40
3.3. Aspectos psicológicos del linfedema	41
Capítulo 4. Esperanza desde la psicología positiva	
4.1 Definición de psicología positiva	46
4.2 Surgimiento del estudio de esperanza	49

4.3 Teoría de la esperanza de Snyder	51
4.3.1 Desarrollo de la esperanza	55
4.3.2 Etapas y tipos de esperanza en el cáncer	56
4.4 Hallazgos de la influencia de esperanza en cáncer	58

Capítulo 5. Enfoque de habilidades para la vida

6.1 Concepto de habilidades para la vida	61
6.2 Enfoque de habilidades para la vida	62
6.2.1 Clasificación y agrupamiento de las habilidades para la vida	65
6.3 Habilidades para la vida enfocadas al desarrollo de la esperanza	67
6.3.1 Conocimiento de sí mismo	67
6.3.2 Habilidades para manejar las propias emociones	69
6.3.3 Capacidad para pensar en forma creativa	70
6.3.4 Capacidad para pensar en forma crítica	70
6.3.5 Habilidad para resolver problemas	71
6.3.6 Capacidad de tomar decisiones	71
6.3.7 Empatía	72
6.3.8 Habilidad para comunicarse en forma asertiva	73
6.3.9 Negociación	73
6.3.10 Habilidad para manejar las tensiones o estrés	74

Capítulo 6. Autocuidado

	75
5.1 Promoción de la salud	76
5.2 Definición de autocuidado	79
5.2.1 Autocuidado en el cáncer de mama	80
5.2.2 Conductas de autocuidado del linfedema	83
5.3 Hallazgos sobre el autocuidado del linfedema	83

Capítulo 7. Método

Objetivos	85
Preguntas de investigación	85
Hipótesis	86
Diseño de investigación	86
Variables	86
Participantes	89
Muestreo	89
Instrumentos	90
Consideraciones éticas	94

Procedimiento	95
Análisis estadísticos	106
Caracterización de la muestra	107
Resultados cuantitativos	110
Resultados cualitativos	121
Triangulación de resultados	134
Discusión	136
Conclusiones	139
Rutas de acción	141
Referencias	143

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado	154
Anexo 2: Cédula de datos sociodemográficos y clínicos	156
Anexo 3: Escala de Esperanza (Sánchez, 2013)	157
Anexo 4. Test de habilidades para la vida (Díaz et al., 2013)	159
Anexo 5. Instrumento LRRB/Conductas de autocuidado (Mendoza, 2017)	163
Anexo 6. Subcategoría de planes a futuro/ Esperanza	165
Anexo 7. Subcategoría valores asociados a la esperanza/ Esperanza	166
Anexo 8. Subcategoría vencimiento de obstáculos/ Esperanza	168
Anexo 9. Subcategoría sentido de vida/ Esperanza	169
Anexo 10. Subcategoría adherencia terapéutica/Metas	170
Anexo 11. Subcategoría prevención de linfedema / Metas	172
Anexo 12. Subcategoría tener bienestar/ Metas	173
Anexo13. Subcategoría recibir y brindar información/Metas	175
Anexo14. Subcategoría miedo a la recurrencia/Obstáculos	176
Anexo15. Subcategoría miedo a la invalidez/Obstáculos	178
Anexo16. Subcategoría sobreprotección vs anulación/Obstáculos	180
Anexo17. Subcategoría deshumanización por proveedores de la salud/Obstáculos	181
Anexo18. Subcategoría burocratización de los servicios de salud/Obstáculos	182
Anexo 19. Subcategoría fuentes de estrés/ Obstáculos	183
Anexo 20. Subcategoría apoyo emocional/ Apoyo social	185
Anexo 21. Subcategoría apoyo informativo/ Apoyo social	187
Anexo 22. Subcategoría apoyo instrumental/ Apoyo social	189

Dedicatoría

Dedico este trabajo a cada una de las mujeres que fueron participe en este proyecto y que hicieron posible poner en papel su sentir, su experiencia de vida y sobretodo su esperanza en seguir adelante para una mejor calidad de vida.

Gracias a todas ustedes por dejarme más que un aprendizaje profesional sino también un aprendizaje de vida y un sentido compartido de esperanza para no claudicar a pesar de los obstáculos que se presenten en nuestro camino.

Gracias por abrir su corazón para compartirme parte de su vida, es por ello que esta tesis y las líneas que contiene son una representación de sus voces contando su historia en la lucha contra el cáncer de mama.

A mis abuelos queridos, Guillermo, Ana María, Donaciano y Cecilia por sus consejos llenos de sabiduría y amor...

Agradecimientos

A mi **mamá** por brindarme su amor incondicional, consejos, palabras de aliento y valores que me han permitido ser una mujer responsable, trabajadora, creativa y exitosa al igual que ella. Gracias por todas tus bendiciones antes de un examen complicado, por las horas de estudio juntas y por tus palabras de amor que me motivan cuanto más lo necesito.

A mi **padre** que me ha demostrado que a pesar de las pequeñas o grandes diferencias que tengamos siempre me apoyará a continuar con mis sueños y estará ahí para extenderme su mano para levantarme y seguir adelante. Gracias a ti y a mi mamá por darme la mejor herencia del mundo que es mi carrera y los valores que me han inculcado para llegar a ser una mujer independiente, autosuficiente y talentosa.

A mis hermanos **Arturo** y **Víctor** por cuidarme y por ser los mejores aliados que tendré en la vida. Gracias a los dos por las horas de estudio que me dedicaron para resolverme dudas, para ayudarme a hacer mis tareas, por llevarme a museos y obras de teatro, en los trámites administrativos, por ser siempre un ejemplo a seguir de responsabilidad, constancia y desempeño para conseguir lo que anhelamos y sobre todo gracias por siempre apoyarme y brindarme su hombro cuando más lo necesito.

A mi tío **Paco** que más que ser un tío eres un hermano mayor, gracias por tus cuidados, por llevarme a la escuela, a los museos y obras de teatro que me dejaban ir, por tu apoyo y cariño incondicional.

A **Rafa** por ser mi mejor maestro de inglés, por escucharme siempre que lo necesito, por tus palabras de motivación, por ser un gran amigo incondicional. Gracias por el tiempo de dedicación que me has dado para escuchar mis grandes o pequeñas inquietudes que tengo.

A mis amigas **Karen, Angie y Marina**, gracias por ser “mis muéganas” durante toda la carrera, por las noches de desvelo realizando trabajos en equipo, por las aventuras en las prácticas profesionales y sobre todo por ser unas extraordinarias amigas que me han apoyado a crecer profesionalmente y personalmente. Gracias por todo su cariño.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por ser mi segunda casa para descubrir mis habilidades y límites para seguir adelante cumpliendo mis sueños. Gracias por los profesores y desafíos que me pusiste en mi camino para lograr ser una profesionista. Así mismo le agradezco a la UNAM por ser becaria del proyecto **DGAPA PAPIIT IN310416 “Modelo de seguimiento de mujeres postmastectomizadas: valoración, prevención y manejo de la extremidad superior”**, por el apoyo y aprendizaje brindado.

A la **Dra. Sofía**, por creer en mis capacidades, por brindarme la oportunidad de ser parte de su proyecto y sobre todo por la paciencia, dedicación y vocación por enseñarme. Gracias por el cariño con el cual me ha instruido a dar siempre lo mejor de mi profesión y de mí.

A la **Lic. Jenny** por creer en mi proyecto, por abrirme las puertas de su grupo de cáncer de mama y por la confianza. Gracias por todo el apoyo y trabajo en equipo que hicimos junto con la Dra. Sofía para brindar esperanza a las pacientes.

A la **Psic. Patricia**, por ser una gran mentora en mi profesión, gracias, por hacer que me apasione y me enamore cada día de la profesión que elegimos, por tus enseñanzas y por tu apoyo brindado cuando más lo he necesitado.

Resumen

El linfedema es una complicación del tratamiento del cáncer de mama: disección ganglionar y radioterapia. El autocuidado es esencial para su prevención y manejo, por lo que el objetivo del estudio fue aplicar una estrategia psicoeducativa para incrementar los conocimientos sobre el linfedema y la práctica de conductas de autocuidado para reducir riesgos de desarrollarlo. Estudio mixto de triangulación concurrente. Muestra de 26 mujeres, edad 59 ± 5.9 . Las variables de estudio e instrumentos: habilidades para la vida (Díaz et al., 2013), esperanza (Sánchez, 2012) y conductas de autocuidado (Mendoza, 2017) con mediciones pre y post encontrándose un incremento de las mediciones totales de todas las variables después de la impartición del taller psicoeducativo. Factores clínicos como el tipo de cirugía, año de diagnóstico, número de ganglios extirpados y factores psicológicos como esperanza y autoestima influyen en el nivel de conocimientos, de práctica y de la percepción del autocuidado. Asimismo existen factores cognitivos y socioafectivos que perciben las pacientes como obstáculos importantes para el cumplimiento de sus metas de autocuidado para la prevención de linfedema. Es por ello que una intervención interdisciplinaria favorece la atención integral para el desarrollo de conductas de autocuidado.

Palabras clave: Cáncer de mama, linfedema, Conductas de autocuidado, Esperanza, Habilidades para la vida

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la población mundial y la primera causa de muerte en neoplasias malignas entre las mujeres. En México durante el año 2014, se registraron 11,372 casos nuevos de cáncer de mama con una tasa de incidencia de 2256 por cada 100 mil mujeres, cifra que aumento para el año 2015, registrándose 2875 casos nuevos por cada 100 mil mujeres y con un registro de 6,252 defunciones en mujeres, siendo la Ciudad de México una de las entidades con mayor mortalidad con una tasa de 24.7 por cáncer de mama.

Con base a las cifras anteriores podemos observar que este tipo de neoplasia maligna emerge como un grave problema de salud pública, sin embargo, a pesar de los continuos avances en el tratamiento para la erradicación de esta neoplasia maligna y las mejoras del pronóstico de sobrevida y calidad de vida de los pacientes con este tipo de cáncer, siguen existiendo numerosas secuelas tanto a nivel físico, psicológico, social y económico, debido a que el 70% de los diagnósticos se hacen en etapas avanzadas y por ende los tratamientos son más invasivos (CIAM, 2015).

El linfedema es uno de los efectos colaterales de los tratamientos postquirúrgicos (disección ganglionar y radioterapia) del cáncer de mama, el cual es una hinchazón producida por la acumulación o estancamiento del líquido linfático que se presenta en el brazo y mano de la mujer debido a que el sistema linfático está dañado. Esta complicación se puede presentar al día siguiente de la cirugía a la semana, al mes o incluso hasta después de los 10 años de la cirugía, o no puede llegar a presentarse (INFOCáncer, 2017).

Debido a los diversos métodos utilizados para el diagnóstico del linfedema, al igual que los criterios de diagnóstico, existe una disparidad en las tasas de incidencias, sin embargo el Consenso Mexicano sobre diagnóstico y el tratamiento del cáncer mamario en 2017 menciona que del 13 al 27% de las pacientes con disección ganglionar presentarán linfedema, el riesgo aumenta de padecerlo hasta un 80% de los casos si hay sobrepeso y obesidad (Girones et al., 2008; Rodríguez, 2011; Ruiz y Coca, 2008; Yélamos et al., 2007).

Por otro lado, el linfedema al causar hinchazón, sensación de adormecimiento, hormigueo, dolor y pesadez repercute en la realización de las actividades de la vida cotidiana de la mujer, y en su autoestima debido a que su imagen corporal se ve alterada no tan solo por la pérdida del seno que representa socialmente un símbolo de feminidad, maternidad, sexualidad y sensualidad, si no también se ve afectado por el linfedema, el cual al ser un padecimiento en la mano y el brazo de la mujer es difícil su ocultamiento, lo cual la coloca en un estado de estigmatización como “enferma”, ya que al ser el linfedema un padecimiento de fácil visibilidad la mujer se expone a frecuentes comentarios y críticas sobre su aspecto personal.

Esto puede derivar sentimientos de tristeza, culpabilidad, enojo, frustración y desvalorización, problemas familiares, de comunicación, de pareja, laborales (reincorporación laboral), de sexualidad, estrés crónico, y trastornos psicopatológicos tales como, depresión y ansiedad (Girones et al., 2008; Rodríguez, 2011; Ruiz y Coca, 2008; Yélamos et al., 2007).

Debido a que linfedema es crónico y progresivo es de suma importancia el autocuidado para la prevención, detección temprana y su manejo, sin embargo, la falta de información adecuada sobre qué es el linfedema y cómo prevenirlo más la falta de adherencia hacia estas conductas de autocuidado incrementan las posibilidades de padecer dicha enfermedad postquirúrgica.

Con base a lo anterior, el objetivo de este estudio fue aplicar una estrategia psicoeducativa para incrementar los conocimientos sobre el linfedema y la práctica de conductas de autocuidado para reducir riesgos de desarrollarlo. Para ello, la estrategia psicoeducativa unificó la teoría de Snyder (2002) de esperanza y el enfoque de habilidades para la vida propuesto por la OMS (1993).

La tesis constó de siete capítulos, en el primer capítulo introduce al tema de cáncer, aportando una concepción genérica de éste, su incidencia, prevalencia y mortalidad en el mundo y en México, asimismo en el capítulo dos se aborda la descripción de la neoplasia más recurrente en mujeres, el cáncer de mama, y una visión de los aspectos psicológicos, a nivel social, afectivo y cognitivo que trae consigo esta enfermedad crónica. El capítulo tres focaliza la problemática que aborda ésta investigación, el linfedema como una de las complicaciones crónicas y degenerativas que trae consigo los tratamientos para la erradicación de cáncer de mama, de igual forma aporta una visión de los aspectos psicológicos a nivel social, afectivo y cognitivo que trae consigo el linfedema.

En el capítulo cuatro se estableció el sustento teórico utilizado para el diseño de la intervención del estudio, la teoría de esperanza de Snyder (2002), que brinda una óptica centrada en las fortalezas del ser humano como potencial para la promoción y mantenimiento del bienestar, mientras que el capítulo cinco aborda el enfoque de habilidades para la vida propuesto por la OMS (1993) que fue utilizado para el diseño de la intervención, para el desarrollo de herramientas psicosociales que le permite al ser humano enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria para la producción de estilos de vida saludable.

Durante el capítulo seis se describe el objetivo principal de ésta investigación, el autocuidado como la premisa para la promoción de la salud y sobre todo para la prevención de los factores de riesgo de linfedema, destacando la importancia de fomentar este como una estrategia viable para el fomento del rol activo que debe tomar la paciente con cáncer de mama para estar informada y formada en su enfermedad y que así cuente con una mayor autonomía para la utilización de los recursos sanitarios, sociales y cognitivos para la mejora de su condición actual y futura de su salud.

Por último el capítulo siete detalla la metodología de esta investigación utilizada y llevada a cabo para el desarrollo de conductas de autocuidado para la prevención de linfedema, bajo este marco los resultados y conclusiones de esta investigación demuestran que una intervención psicoeducativa basada en fomentar el autocuidado y su práctica favorece la realización de conductas para la prevención del linfedema y que la psicoeducación es un método viable, económico y eficaz para la prevención de linfedema.

Capítulo 1. Generalidades del cáncer

1.1 Definición de cáncer

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Dicho término se asigna al proceso de crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos (Gandur, 2009).

El Instituto Nacional de Cancerología (2015), menciona que la proliferación (incremento de número de células por el proceso de división celular) de células anormales o conocidas también como células cancerosas, se da a consecuencia de que este tipo de células pueden ignorar el proceso que se conoce como muerte celular programada, o apoptosis, donde ocurre una serie de procesos moleculares en la célula que conducen a su muerte y este es un método que el cuerpo utiliza para deshacerse de las células que no son necesarias.

Por otro lado este tipo de células cancerosas tienen la capacidad de influir en las células normales, en las moléculas y en los vasos sanguíneos que rodean y alimentan las células de un tumor (grupo de células cancerosas), en una zona que se conoce como microambiente. Por ejemplo, las células cancerosas pueden inducir a las células normales cercanas a que formen vasos sanguíneos que suministren oxígeno y nutrientes, necesarios para que crezcan los tumores.

Cualquier parte del cuerpo es susceptible de verse afectada, ya que las células cancerosas al tener la capacidad de invadir órganos vecinos de su lugar de origen, pueden diseminarse por la sangre o la linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que se conoce como metástasis.

Con base a lo anterior, Gandur (2009) menciona que el cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tipo de tejido corporal, es por ello que no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos:

- *Sarcomas*. El cáncer procede del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.

- *Carcinomas*. Hace referencia al tipo de cáncer que procede 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.
- *Leucemias y linfomas*. Incluyen los cánceres de los tejidos formados de las células sanguíneas, produciendo inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la medula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

1.1.1 Origen del cáncer

Existen ciertos factores que son capaces de originar el cáncer en un porcentaje de los expuestos a ellos (Celano, Estrada y Gandur, 2009). Entre dichos factores se encuentran:

- a) *Herencia*. El Instituto Nacional del Cáncer (2015), menciona que el cáncer es una enfermedad genética, es decir, es causado por cambio en los genes que controlan la forma como funcionan la células. Hay tres tipo principales de genes reconocidos como los “causantes” de cáncer, los cuales son:
 1. *Proto-oncogenes*. Los cuales se dedican al crecimiento y división celular normal, por lo tanto, su alteración permite que las células crezcan y sobrevivan cuando no deberían.
 2. *Genes supresores de tumores*. Estos genes también se dedican al control del crecimiento y a la división celular, por consiguiente, las células con algunas alteraciones en estos genes pueden dividirse en una forma sin control.
 3. *Genes reparadores de ADN*. Se dedican a arreglar un ADN dañado, por lo tanto las células con mutaciones en estos genes tienden a formas mutaciones adicionales en otros genes; juntas estas mutaciones pueden causar que las células se hagan cancerosas.

Se calcula que de 5 a 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello.

- b) *Sustancias químicas*. Existen diversas sustancias químicas que se consideran altamente cancerígenos y se asocian a determinados tipos de cáncer. En el caso de los vapores del

alquitrán de hulla en algunas industrias (por ej.: refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores. En cuanto al arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor que lo normal. Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina, y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado y de estómago.

Asimismo el consumo crónico de cigarro y alcohol son importantes promotores de cáncer, siendo el cigarro determinante en la muerte de cáncer de pulmón donde es 6 veces mayor entre los fumadores y no fumadores a causa de las sustancias de nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán que contienen (Celano et al., 2009, p.8).

- c) *Radiaciones*. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un período de latencia de varios años (Celano et al., 2009, p.8).

- d) *Infecciones o virus*. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral, capaz de transformar las células normales en células malignas (Celano et al., 2009, p.8).

1.1.2 Etapas del cáncer

Es de suma importancia conocer en qué etapa de cáncer se encuentra el paciente, ya que eso permitirá planificar que tipo de tratamiento es más eficaz para la persona. De acuerdo con datos de la OMS en 2015 la detección de cáncer se da en fases muy avanzadas y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes, debido a que solo 35% de los países de ingresos bajos informan de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para tender la población en

general. En cuanto a los países de ingresos, 90% ofrecen tratamiento oncológico, mientras que países de ingresos bajos el porcentaje es inferior a 30%.

El tipo de etapa dependerá del proceso de carcinogénesis, el cual se da cuando las mutaciones producidas en el ADN de células sanas llevan a la aparición de células cancerosas. Las etapas de carcinogénesis según Gandur (2009) son:

1. *Iniciación*. Ocurre a nivel del genoma y las alteraciones pueden darse en los tumores benignos y malignos, cuando aparecen las mutaciones del DNA que dotan a la célula de las características propias de la célula cancerosa: división incontrolada, capacidad de invasión local y de diseminación a distancia.
2. *Promoción o Cáncer "in situ"*. Consiste en el aumento del número de células cancerosas en el órgano en el que se origina, lo cual origina la formación del tumor llamado tumor primario.
3. *Progresión/ Invasión local*. Implica la capacidad de invadir tejidos vecinos, por lo tanto hay una extensión del tumor primario a las estructuras vecinas, invadiéndolas y propiciando la aparición de síntomas.
4. *Invasión a distancia o metástasis*. Solo se presenta cuando las células cancerosas acceden al torrente sanguíneo o linfático diseminándose a órganos a distancia, y originando tumores secundarios denominados metástasis.

1.2 Epidemiología del cáncer en el mundo y en México

Actualmente el cáncer es considerado una problemática de salud pública a nivel mundial, ya que históricamente la mortalidad por cáncer ha tenido una tendencia ascendente. Datos encontrados en la página de internet del Instituto Nacional del Cáncer, menciona que durante los años 2008 a 2012 la incidencia del cáncer fue de 454.8 por cada 100 mil hombres y mujeres, mientras la mortalidad en ese mismo rango de años fue de 171.2 por cada 100 mil hombres y mujeres. Con base a datos

del 2010 a 2012 se pronostica que cerca del 39.6% de mujeres y hombres recibirán un diagnóstico de cáncer en algún momento de sus vidas (Rizo, González, Sánchez y Martínez, 2015).

Durante el año 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere al cáncer como la primera causa de muerte en el mundo con más 70% de las defunciones registradas, que son 8.2 millones de muertes. En el mismo año la OMS señala que los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia a nivel mundial son los de pulmón, hígado, estómago, colon y recto, mama y esófago. Siendo los cinco más principales en las mujeres, el de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago, mientras que en los hombres son el cáncer de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado (OMS, 2017).

La OMS en su informe de datos y cifras de 2017, mencionó que en el año 2015 la el cáncer ocasionó 8.8 millones de defunciones en el mundo. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes:

- Pulmonar (1.69 millones de defunciones)
- Hepático (788 000 defunciones)
- Colorrectal (774 000 defunciones)
- Gástrico (754 000 defunciones)
- Mamario (571 000 defunciones)

En México la problemática del cáncer no queda exenta ya que históricamente la mortalidad por cáncer ha sido considerada alarmante. Desde 1999, las cifras ya se consideraban alarmantes, pues se reportaban 53.6 muertes por cada 100 mil habitantes, cifras que aumentaron a 55.2 en 2001, casi el triple de la reportada en 1931 (19.9 defunciones por 100 mil habitantes), considerándose el cáncer como la segunda causa de muerte (Rizo, González, Sánchez y Martínez, 2015). Durante el año 2000 hubo 55 defunciones por cada 100,000 habitantes (Tirado, Vela y Mohar, 2003).

De acuerdo con los datos publicados en 2007 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en mujeres de 30 a 59 años de edad, el cáncer era la primera causa de muerte, mientras

que entre 15 y 29 años ocupaba el segundo sitio y en hombres mayores de 30 años ocupaba el tercer lugar como causa de muerte (INEGI, 2017).

Sin embargo, recientemente el informe de 2013 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, las tasas de mortalidad por cáncer en México disminuyeron durante el 2009 y 2010, registrándose 33,263 defunciones en el hombre y 34,745 en la mujer, con marcadas tendencias ascendentes en la población mayor de 30 años y elevadas tasas de letalidad en la mayoría de los tipos de cáncer (INEGI, 2014).

Durante el año 2014 el INEGI refiere que en la población menos de 20 años de edad, cinco de cada 100 hombres y cuatro de cada 100 mujeres que egresaron de algún hospital por un tipo de tumor maligno fallecieron.

En el año 2015, el Instituto Mexicano de Servicio Social (IMSS) dio un mensaje de que se necesitan reunir esfuerzos y dar respuesta integral al cáncer ya que durante este año 8.8 millones de personas fallecieron a causa de este padecimiento y se diagnosticaron 190 mil nuevos casos de cáncer (Notimex, 2017).

Según datos referidos en el Cuarto Congreso Internacional de Oncología en México en 2017, menciona que cada año se estiman 148 mil nuevos casos de cáncer, aproximadamente 65.5 mil casos en hombres y 82.4 mil en mujeres (Carrasco, 2017).

Capítulo 2. Cáncer de mama.

2.1. Definición de cáncer de mama.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer que se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer de forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor, este tumor puede ser maligno (cáncer) si las células pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o propagándose (metástasis) a áreas distintas del cuerpo (American Cancer Society, 2017).

Por otro lado, los tumores que se pueden presentar en la mama pueden ser benignos, es decir, que el tumor no es canceroso, debido a que las células anormales que forman este tipo de tumor benigno no se disemina fuera de los senos y no ponen en peligro la vida, sin embargo, algunos de estos tumores pueden aumentar las probabilidades de padecer cáncer de mama.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer (como se citó en European Society of Medical Oncology, 2013), este tipo de cáncer se forma generalmente en los conductos de la mama (tubos que llevan la leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen la leche). Puede darse en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama en hombres es poco común.

2.1.1. Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo del cáncer de mama, considerándose multifactorial el origen de este tipo de cáncer. De acuerdo al resumen de conocimientos sobre los factores de riesgo y prevención del cáncer de mama elaborado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en 2016, mencionan que los factores de riesgo de este tipo de cáncer son:

- A. *Factores genéticos.* Aproximadamente 5% a 10% de los cánceres de mama son atribuibles a factores genéticos. Los genes de predisposición más frecuentes son BRCA 1, BRCA 2,

PTEN (síndrome de Cowden) y TP53 (síndrome de Li-Fraumeni). La progenie de un progenitor que porta una mutación tiene una probabilidad del 50% de heredarla.

- B. *Antecedentes familiares de cáncer de mama.* El riesgo aumenta con el número de familiares en primer grado afectados por la enfermedad.
- C. *Antecedentes personales de cáncer de mama.* Mujeres que tienen un carcinoma ductal *in situ* o cáncer de mama invasor, las cuales tienen un mayor riesgo de desarrollar un segundo cáncer, ya sea en la misma mama o en la otra (4% de probabilidades a lo largo de 7,5 años).
- D. *Exposición a la radiación ionizante terapéutica.* Este tipo de radiación en el tórax a una edad temprana, siendo más elevado cuando esta ocurre a los 10 y 14 años de edad.
- E. *Factores hormonales y reproductivos.* Los niveles elevados o prolongados de estrógenos endógenos están relacionados con un riesgo mayor de padecer cáncer de mama, debido a que la exposición a estrógenos, desempeñan una función en el crecimiento y proliferación de las células mamarias.
- Por otro lado, hay factores reproductivos asociados al cáncer de mama, ya que la prolongada exposición natural a las hormonas producidas por los ovarios, como el inicio de la menstruación a una edad temprana, el comienzo tardío de la menopausia, edad tardía del primer embarazo (más de 30 años de edad) y nunca haber dado a luz.
- Por último se ha encontrado que los niveles elevados de hormonas endógenas, como la insulina y el factor de crecimiento insulinoide (IGF), pueden desempeñar una función en el desarrollo del cáncer de mama.
- F. *Hormonas terapéuticas o exógenas de estrógenos.* El uso prolongado del tratamiento hormonal sustitutivo de estrógenos y progesterona después de la menopausia por más de 5 años, representa un mayor riesgo de padecer este tipo de cáncer en mujeres.

- G. *Edad*. El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad y en algunos entornos de altos recursos con poblaciones que tienen una esperanza de vida larga, el riesgo es de 1 por cada 8 mujeres.
- H. *Peso (obesidad)*. Hay una asociación entre la obesidad y el riesgo de cáncer de mama, con relación de la función de los adipocitos, que contribuyen a elevar la concentración de las hormonas circulantes, ya que los precursores de estrógenos se transforman en adipocitos. Los niveles de estrógenos de las mujeres también varían según su estado menopáusico, así que el efecto de la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama puede depender de estado menopáusico de cada mujer, donde las mujeres posmenopáusicas se ven más afectadas que las premenopáusicas.
- I. *Consumo de alcohol*. El consumo de alcohol está relacionado con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama.

2.1.2. Tipos de cáncer de mama.

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO, por su siglas en inglés) en 2017 menciona que el cáncer de mama puede ser invasivo o no invasivo; considerándose invasivo aquel cáncer que se puede diseminar a los tejidos adyacentes, mientras tanto el cáncer no invasivo no se extiende más allá de los conductos de la leche ni de los lobulillos de la mama.

La mayoría de los tipos de cáncer de mama comienzan en los conductos o lobulillos, es por ello que se denominan y se clasifican en:

1. *Carcinoma ductal*. El cáncer se origina en las células que recubren internamente los conductos de la leche y conforman la mayoría de los cánceres de mama.
 - Carcinoma ductal in situ (DCIS). Este tipo de cáncer se ubica únicamente en el conducto.

- Carcinoma ductal invasivo o infiltrante. Este cáncer se disemina fuera del conducto.
2. *Carcinoma lobular*. Este cáncer se origina en la región de los lóbulos.
- Carcinoma lobular in situ (LCIS). Se ubica solamente en los lóbulos. Constituye un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama invasivo en ambas mamas.

2.1.3 Estadificación del cáncer de mama.

El Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés), el cual es un grupo de expertos encargado de elaborar y actualizar la estadificación del cáncer, para ello desarrolló el sistema TNM en 1997.

La “T” de este sistema se refiere al tumor, indicando su tamaño, extensión y penetración (profundidad). Mientras tanto la letra “N” corresponde a los nódulos linfáticos que tienen cáncer y a su localización de estos. Por último la letra “M” hace mención a la metástasis o extensión del cáncer a otras partes del cuerpo. Indica las células cancerígenas situadas fuera del área local del tumor y de los nódulos linfáticos que las rodean.

Cuando los médicos determinan las categorías TNM, pueden situar al cáncer en un grupo de estadio, a los cuales se les asigna un número romano, por consiguiente entre más elevado sea el número, más avanzada es la etapa del cáncer.

En la séptima edición del 2010 la AJCC actualizó los estadios de cáncer de mama, los cuales son los siguientes:

- *Estadio 0*. Las células cancerígenas se mantienen dentro de la mama y no invaden el tejido mamario normal que está próximo.
- *Estadio I*. El tumor mide aproximadamente 2 centímetros o menos, y uno a tres ganglios linfáticos axilares están invadidos de células anormales.
- *Estadio II*. Se divide en dos estadios:

- *Estadio IIA.* El tumor mide entre 2 y 5 centímetros. Uno a tres ganglios linfáticos axilares pueden estar invadidos.
- *Estadio IIB.* El tumor de la mama mide más de 5 centímetros y las células anormales no han invadido los ganglios linfáticos axilares.
- *Estadio III.* Se divide en tres estadios:
 - *Estadio IIIA.* No se encuentra tumor en la mama o el tumor puede ser de cualquier tamaño y se encuentra cáncer en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios del esternón. Por otro lado, el tumor puede medir más de 5 cm y se encuentran grupos pequeños de células cancerosas en los ganglios linfáticos, que pueden medir más de 0.2 mm pero no más de 2 mm. Por último, el tumor puede medir más de 5 cm y se encuentra cáncer en 1 a 3 ganglios linfáticos cerca del esternón.
 - *Estadio IIIB.* El tumor puede ser de cualquier tamaño y el cáncer se diseminó a la pared del pecho o a la piel de la mama, causando hinchazón o una úlcera. El cáncer se pudo diseminar hasta nueve ganglios linfáticos de la axila o cerca del esternón. El cáncer que se diseminó a la piel de la mama se considera cáncer de mama inflamatorio.
 - *Estadio IIIC.* No se encuentra tumor en la mama o el tumor puede ser de cualquier tamaño y se pudo diseminar a la pared del pecho o a la piel de la mama y causar hinchazón o una úlcera; además el cáncer se diseminó a 10 o más ganglios linfáticos de la axila o a los ganglios que se encuentran por encima o debajo de la clavícula, o también los que se encuentran cerca del esternón. El cáncer que se diseminó a la piel de la mama se considera cáncer de mama inflamatorio.
- *Estadio IV.* El cáncer de mama se ha propagado a órganos distantes como los huesos, el hígado, el cerebro o los pulmones.

2.1.4 Tratamiento por cáncer de mama.

Con respecto al tratamiento del cáncer de mama la American Cancer Society (2017) menciona que las opciones de tratamiento dependerán del tipo y etapa que corresponde su diagnóstico, así como la edad, estado general de salud y sus preferencias personales. Los tratamientos se clasifican en dos grupos:

- *Tratamientos locales.* Este tipo de tratamiento sirven para tratar el tumor sin afectar al resto del cuerpo. Algunos tipos de terapia local utilizados para el cáncer de seno son:
 - *Cirugía.* Hay diferentes tipos de cirugía y pueden realizarse por diferentes razones:
 - Eliminar tanto el cáncer como sea posible. Por ejemplo, la cirugía con conservación del seno, la cual se usa cuando el diagnóstico se realizó en etapas tempranas (estadio I y II) y con presencia de carcinoma ductal *in situ*. Este tipo de intervención consiste en la extirpación del tumor con un margen de tejido mamario sano, manteniendo intacto el resto de la mama. Puede ser una tumorectomía, que consiste en la extirpación del tumor maligno y un margen de tejido sano, o una cuadrantectomía, la cual consiste en la extirpación de un cuadrante de tejido mamario en el que se incluye el tumor.

Por otro lado, la mastectomía es otro tipo de cirugía para el tratamiento del cáncer de mama en etapas tempranas de diagnóstico, la cual consiste en la extirpación de toda la mama y pueden ser de dos tipos; uno de ellos es la mastectomía radical modificada, la cual consiste en la extirpación de la mama, y el otro tipo de mastectomía es la radical, la cual consiste en la extirpación de los músculos pectorales y de los ganglios axilares (Asociación Española Contra el Cáncer, 2017).

- Averiguar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo (biopsia de ganglio centinela o disección de ganglio linfático axilar).

- Restaurar la forma del seno después de extraer el cáncer, lo cual es conocido como reconstrucción del seno.
- *Radioterapia.* Es un tratamiento que usa rayos o partículas de alta energía (como los rayos X) para eliminar las células del cáncer. Suelen usarse dos tipos de radioterapia, siendo uno de ellos la radioterapia externa, en la cual la radiación proviene de una máquina que esta fuera del cuerpo; el segundo tipo de es la radiación interna (braquiterapia), que consiste en colocar una fuente radiactiva dentro del cuerpo por un corto tiempo.
- *Tratamientos sistémicos.* Este tipo de tratamiento tienen la finalidad de alcanzar las células cancerosas en casi cualquier parte del cuerpo utilizando la administración de medicamentos por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Pueden utilizarse diferentes tipos de tratamientos con medicamento, incluyendo:
 - *Quimioterapia.* Consiste en la administración de medicamentos por vía intravenosa o por vía oral, los cuales pasan por el torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo.
 - *Terapia Hormonal.* En este tipo de terapia se utilizan fármacos para reducir los niveles o bloquear la actividad de las hormonas sexuales femeninas como son los estrógenos y la progesterona (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU., 2018).

2.2 Epidemiología del cáncer de mama en el mundo

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres, el cual a lo largo del tiempo la incidencia y mortalidad de este cáncer ha sido ascendente. En un estudio realizado por Gómez, Lewis, López y Torres (2009), sobre la morbilidad, mortalidad y cargas de esta enfermedad en América Latina y el Caribe, mencionan que durante el periodo 2002 a 2007, el

número de casos nuevos incrementó a nivel mundial 13%, ya que durante el año 2002 se registraron 1, 151,298 casos nuevos, mientras que en el año 2007 se dieron 1, 301,867 nuevos casos.

De acuerdo al informe de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), durante el año 2008, se diagnosticaron 1,380 300 nuevos casos, lo cual representó 23% de los cánceres en las mujeres.

Con base a los datos obtenidos por el proyecto GLOBOCAN durante el año 2012 sobre la mortalidad y prevalencia del cáncer de mama en todo el mundo, el cáncer de mama es el segundo cáncer más común en el mundo y el cáncer más frecuente entre las mujeres del mundo, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos, indicando 25% de todos los cánceres, asimismo, es la quinta causa de muerte por cáncer en general con 522, 00 defunciones.

Durante el año 2015 sigue ocupando el segundo lugar de mortalidad a nivel mundial, con un registro de 571 mil defunciones, mientras que en el año 2016 se diagnosticaron 1.38 millones de nuevos casos, de los cuales fallecieron 458 mil personas (OMS, 2015).

2.2. 1 Epidemiología del cáncer de mama en América Latina y México

En los países en desarrollo, este tipo de neoplasia maligna emerge como un grave problema de salud pública debido a los altos costos económicos, sociales, psicológicos, etc., es por ello que es de suma importancia describir la situación en América latina y sobre todo haciendo hincapié de la situación de México con respecto a este tipo de padecimiento.

Con base a los resultados derivados de una revisión sistémica de los registros publicados y no publicados, y la consulta de fuentes estadísticas sobre la morbilidad y mortalidad del cáncer de mama en América Latina y el Caribe realizado por Lozano, Gómez, Lewis, Torres y López (2009), el cáncer de mama destaca como la causa de muerte más importante por tumores malignos en las mujeres latinoamericanas, debido a que cada año se diagnosticaron alrededor de 10 millones de casos de tumores malignos en hombres y mujeres en todo el mundo, de los cuales casi 6 millones de tumores malignos por cáncer de mama ocurrieron en mujeres en el año 2007.

En la región de América Latina y el Caribe el cáncer de mama se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte, ocasionando 5 a 9% del total de las defunciones en las mujeres de 20 a 59 años de edad (Gómez et al., 2009).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2017 refiere que el cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer más comunes en las mujeres en la región de las Américas, ya que durante el año 2012 aproximadamente 408,000 mujeres fueron diagnosticadas y 92,000 mujeres fallecieron a causa de este tipo de cáncer.

Aunado a lo anterior se puede observar que el cáncer de mama se ha caracterizado por su prevalencia y mortalidad ascendente tanto a nivel mundial como a nivel de la región de las Américas, sin embargo México no queda exento de dicha situación, ya que también este tipo de neoplasia maligna ha tenido una historia ascendente en nuestro país.

Con base a los datos reportados por el Boletín de Práctica Médica Efectiva de la Secretaría de Salud (2007), en México se diagnosticaron 11, 656 casos y se presentaron 3, 919 muertes en el año 2002, constituyendo la primera causa de diagnóstico de carcinoma invasor en la mujer seguido por el cáncer cervicouterino. Para el año 2006 el cáncer de mama desplaza del primer lugar como causa de mortalidad en mujeres mexicanas al cáncer cérvico-uterino, pasando a ser el cáncer de mama la primera causa de muerte con 4, 451 defunciones y la segunda causa de muerte por todas las enfermedades en mujeres entre los 30 y 54 años de edad (Gómez et al., 2009).

En el 2010 el Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) reportó 5,010 casos nuevos; para el año 2012 se registraron 26.64 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más, mientras que en año 2013 la incidencia de nuevos casos aumentó, presentándose 67 casos nuevos por cada 100 mil mujeres en mujeres de 60 a 65 años, 53 casos nuevos en mujeres entre los 50 a 59 años de edad y 46 casos nuevos en mujeres con 45 a 49 años de edad (INEGI, 2014).

El “*Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama*” que se llevó a cabo el 19 de octubre de 2014 en México, el Instituto Nacional de Estadística (INEGI), mencionó que cada nueve minutos se detecta un nuevo caso y existen más de 60,000 mujeres de 14 años y más con este padecimiento. Por otro lado, según cifras del año 2016 por la Secretaria de Salud, informó que en México cada año se diagnostican 23 mil casos de cáncer de mama, lo que quiere decir, que se diagnostican más de 60 casos al día, y fallece cada dos horas una mujer por este cáncer.

De la misma manera cabe destacar la importancia que tiene el diagnóstico oportuno de este padecimiento, ya que entre más avanzado se encuentre el estadio del cáncer de mama los tratamientos son más invasivos, con mayores secuelas postquirúrgicas y la probabilidad de supervivencia se ve reducida.

De acuerdo a datos derivados respecto al porcentaje de los casos que se detectan en cada uno de los estadios de cáncer de mama en la revisión de 138 expedientes de mujeres mexicanas que fueron diagnosticadas con cáncer de mama, realizado por Martínez, Juárez, Pichardo y Martín (2010), encontraron que solo 10% de los casos se detectan en etapa I y el resto generalmente corresponde a etapas III y IV, con un mayor porcentaje en la etapa III con más de 70% de los casos diagnosticados.

Desgraciadamente este porcentaje elevado en el diagnóstico de etapas avanzadas del cáncer de mama se sigue manteniendo, ya que durante el Congreso Internacional de Avances en Medicina del Hospital de Guadalajara (CIAM) que se llevó a cabo en el año 2015, se mencionó que alrededor de 70% de las mujeres mexicanas con cáncer de mama se les detecta en etapa avanzada.

2.3 Aspectos psicológicos del cáncer de mama

El cáncer de mama tiene diversas complicaciones a nivel individual de cada mujer que padece dicho padecimiento, ya que el proceso de adaptación de la enfermedad implica un impacto en las dimensiones de su vida, tales como la física, psicológica, social y espiritual.

Cuando la enfermedad es diagnosticada, esta ingresa a la cotidianidad de la persona con este padecimiento pero también a su entorno familiar y social afectando su seguridad y su confianza, puesto a que inevitablemente va introduciendo cambios en su vida, para los cuales el enfermo no está preparado, y con el transcurso del tiempo, la persona con este padecimiento entra a un proceso de aceptación de su enfermedad y de los cambios que esta trae consigo (Moreno, Krikorian y Palacio, 2015).

Londoño (2009) en su investigación sobre el proceso de adaptación a 20 mujeres que fueron diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama, encontró que el proceso de adaptación de la enfermedad se encuentra constituido por cuatro etapas:

- I. *Descubriendo la enfermedad.* Durante esta etapa la paciente enfrenta un desequilibrio emocional que despierta sentimientos de tristeza, angustia, miedo, etc., sin embargo, se enfrenta a su nueva realidad y es motivada a buscar nuevas estrategias de fortalecimiento y aceptación.
- II. *Aceptando la enfermedad.* En esta etapa la paciente realiza un trabajo de fortalecimiento emocional, el cual se da mediante la utilización del apoyo social y espiritual, asimismo mediante el desarrollo de un apego a la vida, donde la idea de vivir sopesen las pérdidas que tendrá a lo largo de los tratamientos a los cuales se verá sometida.
- III. *Venciendo la enfermedad.* Esta etapa involucra la fase de tratamientos, los cuales producen desequilibrios de todo tipo, ya que cualquier cambio en alguna de las dimensiones de la paciente afecta a mayor o menor grado a las demás, por consiguiente la adaptación en esta etapa consiste en el emprendimiento de la lucha por estar bien, caracterizada por un trabajo de fortalecimiento integral para vencer la enfermedad.
- IV. *Adaptación a un nuevo cuerpo y a una nueva vida.* Durante esta etapa los tratamientos oncológicos han terminado y por consiguiente el proceso consiste en lograr la normalidad mediante el aprendizaje de las anteriores etapas, donde reconocen sus limitaciones y aprende a manejarlas.

Con base a lo anterior, cabe mencionar que la enfermedad permeará de manera diferente en la vida de la paciente y de su entorno dependiendo de la fase del proceso de adaptación en la cual se encuentre, debido a que el mismo curso de la enfermedad trae consigo diversas complicaciones que se presentan de manera novedosa en la vida de quien lo padece, lo cual implica un cambio en los estilos de vida, y la mayoría de las veces dichos cambios traen consigo diversos conflictos

psicológicos que afectan tanto su desarrollo personal como su calidad de vida y su posición frente a la enfermedad (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014).

Una de las fases donde las mujeres con dicho padecimiento presenta un mayor deterioro psicológico es durante la fase de tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como es la cirugía (Martínez et al, 2014).

Las implicaciones psicológicas que conllevan los tratamientos por cáncer de mama, ante los nuevos e inesperados cambios de estilos de vida, se pueden clasificar en los siguientes niveles:

- *A nivel emocional*

Los tratamientos para erradicar el cáncer de mama se encuentra la mastectomía, la cual se relaciona con la experiencia de emociones negativas a causa de la extirpación del seno, ya que éste es símbolo de ser mujer, femineidad, capacidad reproductora, entre otros (Suarez, 2005).

Por otro lado, Pires y Norbe (2003) encontraron por medio de relatos de mujeres con cáncer de mama que fueron mastectomizadas, que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad, por consiguiente, la pérdida de un seno repercute drásticamente en la autoimagen, debido a que produce sentimientos de pérdida, mutilación, desvalorización de la imagen corporal, frustración, tristeza, enojo, etc.

La mastectomía es un evento que genera estados de estrés, ya que la cirugía significa problemas en la imagen corporal, puesto que la cirugía representa pérdidas y cambios (en la manera de vestir para ocultar la pérdida del seno), así como también estados de dolor físico postquirúrgicos y estado de angustia hacia los nuevos tratamientos que requerirá después de la operación, como el caso de la quimioterapia, la cual puede mantener la sensación de amenaza y vulnerabilidad debido al temor o expectativa de que el cáncer vuelva a aparecer. Además, la quimioterapia tiene efectos secundarios que repercuten también en su aspecto físico (Villegas, 2009)

El estrés por el cual pasa la mujer con cáncer de mama puede llegar a ser crónico y generador de estados emocionales mucho más graves como es la depresión y ansiedad, derivados por elementos inherentes a la enfermedad y por sus características, llegando a ser considerada como una enfermedad grave que incluye múltiples tratamientos y un compromiso incierto, por consiguiente

el proceso de la enfermedad está acompañada de miedos, angustias y dudas (Finck y Forero, 2011; Maté et al., 2004).

- *A nivel cognitivo*

La emociones y las conductas están reguladas por las cogniciones, las cuales son conocidas como las creencias, ideas y pensamientos que se tienen mediante la interpretación que se hace de la realidad, de las inferencias o evaluaciones que se hacen de las personas sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo que los rodea (Martínez et al., 2014).

Fernández (2004), menciona que a nivel cognitivo las mujeres con cáncer de mama presentan las siguientes distorsiones cognitivas:

- Errores cognitivos en relación al cuerpo y a la relación de los demás. En este tipo de errores se observa una presencia de autodiálogo interno basado en la crítica y centralización en la pérdida como también en la apariencia física.
- Creencias disfuncionales entorno a la valía personal. La evaluación de la valía personal se da exclusivamente bajo parámetros físicos, dando una sobrevalorización de la estética de la zona afectada en el atractivo físico y personal, considerándose como aspecto negativos la falta de un seno, pérdida de cabello, cicatrices, etc.
- Creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género. En el caso de las mujeres con cáncer de mama, como consecuencia de la pérdida de la mama, algunas pacientes pueden llegar a sentirse menos mujeres o menos femeninas, observándose una pérdida en actitudes de erotismo y sensualidad.
- Por otro lado, las mujeres con cáncer de mama presentan distorsiones perceptivas, tales como la atención selectiva a la zona afectada y desatención a otras zonas del cuerpo que no han sufrido cambios y siguen siendo positivas.

Por otro lado Font y Cardoso (2009), mencionan que a nivel de pensamientos, las estrategias que más emplean las mujeres con cáncer de mama respecto a su enfermedad consiste en pensar que pueden intentar superar la situación por sí mismas, intentar no pensar en la enfermedad y pensar

que el problema ya pasará, por otro lado son poco utilizados los pensamientos que se relacionan con buscar un algún aspecto positivo y buscar sentido a la enfermedad.

- *A nivel conductual*

La conducta de un individuo se ve afectada por las emociones, creencias, ideas y pensamientos que se tengan, sin embargo, cuando éstas son irracionales pueden generar conductas desadaptativas, llevando complicaciones físicas, psicológicas y sociales (Martínez et al., 2014).

En un estudio realizado por Fernández (2004) en pacientes oncológicos sobre los cambios en la imagen corporal, donde identificó diversas conductas desadaptativas tales como:

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento, debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente a la zona afectada.
- Cambio en el estilo de ropa para ocultar la parte operada y la realización de preguntas constantes para asegurarse que no se nota.

Un estudio realizado por Font y Cardoso (2009) respecto a las diversas conductas que emiten las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sobre su enfermedad en distintas fases de la enfermedad, tales como: diagnóstico, tratamiento complementario, intervalo libre, fase de recidiva y fase de enfermedad avanzada. Encontraron que las conductas que realizan con mayor frecuencia son: cumplir exactamente las prescripciones médicas e ir al médico inmediatamente, sin embargo, aproximadamente la mitad de las participantes del estudio refirieron que nunca buscan información y ayuda en otras personas, y más de la mitad nunca realizan conductas relacionadas con el disfrute de algunos aspectos positivos.

Capítulo 3. Linfedema

3.1 Definición de linfedema

El sistema linfático está constituido por una red de ganglios linfáticos y vasos linfáticos que transportan la linfa desde los tejidos hasta el torrente sanguíneo (Guillen, Carrasco, Aguayo y Carrillo, 2014).

Las tres funciones que realiza el sistema linfático son:

- Recolectar y devolver el líquido intersticial a la sangre.
- Defender al cuerpo contra los organismos patógenos.
- Absorber los nutrientes del aparato digestivo para llevarlos a la sangre.

Cuando el drenaje de la linfa se ve comprometido, se produce el linfedema (De Miguel, 2015). Por lo tanto, se considera el linfedema como la acumulación de linfa en los espacios intersticiales, principalmente en la grasa subcutánea, causado por un defecto en el sistema linfático, el cual propicia un desbalance linfático caracterizado por un edema crónico rico en proteínas (Pérez, Salem, Henning, Uherek y Schultz, 2001).

El edema es una hinchazón causada por la acumulación de la excesiva cantidad de flujo en los tejidos u órganos, por lo tanto, el linfedema consiste en la hinchazón de la piel y el tejido subcutáneo como resultado de la obstrucción de los vasos o ganglios linfáticos, derivado por la acumulación de grandes cantidades de fluido linfático en la región afectada, por lo tanto, hay una sobre carga del sistema linfático, ya que el volumen de la linfa acumulada excede la capacidad de drenaje de la misma. Esta afectación puede estar localizada frecuentemente en las extremidades unilaterales o bilaterales, pero también puede aparecer en otras regiones del cuerpo (Robles, 2006).

3.1.1 Tipos del linfedema

Varela y Pérez (2017) mencionan desde la etiología del linfedema este se divide en dos tipos:

- *Primario*. Causado por alteraciones congénitas de la anatomía linfática. Se distinguen tres subtipos:
 - *Síndrome de Milroy*. Se presenta habitualmente durante los dos primeros años de vida y suele afectar a los miembros inferiores.
 - *Síndrome de Meige/Forma precoz*. Suele presentarse durante la adolescencia con la afectación de un miembro unilateral. Es la forma más frecuente de linfedema primario representando 90% de los casos.
 - *Forma tardía*. Se presenta durante la edad adulta caracterizado por una afectación unilateral.
- *Secundario*. Se origina a causa de la destrucción u obstrucción de un tejido linfático normal. Se puede dar bajo tres tipos de condiciones:
 - *Procesos infecciosos*. Se produce por la interrupción de la circulación en los vasos linfáticos como consecuencia de procesos infecciosos como la filariasis, que es la etiología más frecuente a nivel mundial, al ser una enfermedad endémica en las regiones tropicales.
 - *Exéresis quirúrgica*. Se origina a causa de la extirpación quirúrgica de los vasos linfáticos durante el tratamiento del cáncer de mama o tras la radioterapia.
 - *Traumatismo*. Ocurre por el daño de los vasos linfáticos tras un traumatismo debido a causas inflamatorias, endocrinas, enfermedad venosa, quemaduras, entre otras.

3.1.2 La relación del sistema linfático y el linfedema secundario

Como se mencionó con anterioridad, el linfedema se da a causa de un daño en el sistema linfático, propiciando un desequilibrio en el drenaje del flujo de la linfa.

El sistema linfático se constituye de vasos linfáticos (conductos cilíndricos) que se encargan de transportar un líquido llamado linfa. La linfa es un líquido rico en glóbulos blancos, especialmente linfocitos dispuesto a defender al organismo de las infecciones generadas por virus, bacterias u otros procesos que puedan poner en alerta al sistema de defensa, asimismo aporta oxígeno y nutrientes a las células y recoge de estas los productos metabólicos de deshecho y las toxinas (Robles, 2006).

La linfa proviene de los capilares sanguíneos que por excesos de líquido sale al espacio intercelular o intersticial; este líquido es recogido por los capilares linfáticos y enviado a los vasos linfáticos que a su vez, éstos convergen en otros conductos de mayor calibre (arterias), finalmente vertiendo el contenido en las venas subclavias (Espejo y Nuñez, 2015).

La linfa se depura y es filtrada por los ganglios linfáticos antes de volver a la circulación general, posteriormente se traslada a través del cuerpo por medio de los vasos linfáticos. Los ganglios linfáticos, los cuales son estructuras pequeñas en forma de frijol, que poseen funciones inmunitarias importantes (AECC, 2010).

Los ganglios linfáticos están ubicados a todo lo largo de la red de los vasos linfáticos del cuerpo, principalmente en las axilas, cuello, ingles, cara, huecos supraclaviculares, huecos poplíteos y abdomen. Sin embargo, una vez que el médico tratante ha realizado estudios que certifiquen la enfermedad de cáncer de mama y antes de iniciar la cirugía de mastectomía, hace un estudio previo del ganglio centinela, con el fin de conocer si hay una propagación de células cancerosas a través de los ganglios linfáticos. Una vez que se han corroborado que existe una propagación de cáncer en la región de los ganglios linfáticos, el médico puede extraer el número necesario de ganglios linfáticos debajo del brazo para evitar más propagación del cáncer a otros órganos del cuerpo (metástasis).

La extirpación de los ganglios y los vasos linfáticos cambia el flujo de la linfa y por consiguiente si los ganglios y vasos linfáticos que quedan no pueden drenar suficiente líquido de esa área, el líquido linfático se acumula y causa hinchazón o linfedema (Espejo y Nuñez, 2015).

3.1.2. Factores de riesgo del linfedema

Díaz (2000) menciona que los factores de riesgo pueden dividirse en:

- *Primarios*, si estos elementos son dependientes directos del proceder quirúrgico, tales como:
 - Disección en la región axilar
 - Radioterapia.
 - Estado del tumor
 - Ganglios patológicos
- *Secundarios*, si son elementos que ocurren después de la cirugía de la mama, tales como:
 - Trombosis en vena axilar
 - Linfangitis recurrencial
 - Fibrosis del brazo
 - Retracción cicatricial
 - Plexitis branquial

Por otra parte, los factores de riesgo que favorecen la aparición del linfedema se pueden dividir en tres categorías (Forner, Maldonado y Muñoz, 2003; Kocak y Overgaard, 2000):

- *Factores relacionados con el tratamiento.*
 - Tipo de cirugía (cirugía conservadora: tumorectomía y cuadrantectomía; cirugía radical: mastectomía radical clásica, mastectomía radical modificada y mastectomía simple; cirugía de la axila: linfedectomía axilar).
 - Radioterapia.
 - Quimioterapia.
 - Combinados.

- *Factores relacionados con la enfermedad.*
 - Estadio tumoral y ganglionar.
 - Número de ganglios afectados.
 - Localización tumoral en el seno.

- *Factores relacionados con el paciente.*
 - Edad.
 - Hipertensión arterial.
 - Obesidad.
 - Historia de infección-inflamación.
 - Complicaciones en la cicatrización de la herida quirúrgica.
 - Uso excesivo del brazo.
 - Traumatismos.

Con base a lo anterior se puede observar que algunos de los factores de riesgo de linfedema no son en absoluto controlados por el paciente, aunque algunos de los factores de riesgo son posibles de controlar por parte del paciente, ya que al realizar cambios en sus estilos de vida pueden prevenir la aparición o progresión del linfedema (Forner et al., 2003)

3.1.3 Clasificación y estadificación del linfedema

Se han desarrollado diferentes sistemas de estadificación del linfedema, sin embargo, el más usado es el de la Sociedad Internacional de Linfología, propuesto en 2013 por un consenso de expertos en el área, donde se proponen tres estadios y un estadio cero que está relacionado con una condición latente. Dichos estadios pueden desarrollarse de manera gradual o repentina, y su presentación puede ser aguda, transitoria o evolucionar hasta la cronicidad.

- *Etapa 0/Linfedema latente o subclínico:* Hay inflamación, sensación de pesadez local u opresión puede estar presente por meses o años antes de que el edema sea aparente. Pueden ocurrir cambios sensoriales.

- *Etapa I.* Representa el inicio precoz de la enfermedad en la que hay acumulación de tejido líquido (edema) que disminuye/desaparece con la elevación de la extremidad afectada. El edema está acompañado de fóvea y puede ser depresible en este momento.
- *Etapa II.* Al progresar el edema este se torna duro, fibrocito y es refractario al tratamiento. Al final de esta etapa, la extremidad se puede o no agujerar ya que sobreviene el exceso de grasa y fibrosis.
- *Etapa III/Elefantiasis linfostática.* Es un linfedema avanzado, presenta induración cartilaginosa de la piel debido a la fibroesclerosis del tejido superficial y de la hipodermis, acartonamiento y formaciones verrugosas.

De Luna, Ramos y Barroso en 2014 (p. 501) mencionan que existen tres grados de linfedema de acuerdo a la circimetría y tres clasificaciones de acuerdo a su presencia después de la cirugía.

Grados de linfedema por circimetría:

1. Leve: 2-3 cm. de diferencia en comparación con el brazo no afectado.
2. Moderado: 3-5 cm. de diferencia.
3. Grave: mayor de 5 cm de diferencia.

Clasificación de acuerdo en el momento de aparición postquirúrgica de mama:

1. Inmediato: antes de los dos meses
2. Precoz: entre los dos y los seis meses.
3. Tardío: después de los seis meses.

3.1.4 Signos y síntomas del linfedema

Mendoza (2017) enlista una serie de signos y síntomas que se presentan a lo largo de la evolución del linfedema:

- Hinchazón en el pecho, el hombro, el brazo o la mano después de haber realizado ejercicio.
- Cambios en la textura de la piel (rígida y dura), hendiduras, fibrosis, celulitis, infecciones, sensación de tirantez, opresión, hormigueo, adormecimiento.
- No suele existir cambios en la coloración ni en la temperatura de la piel, pero la fase final de la evolución del linfedema hay una instauración de una fibrosis irreversible en la piel, que adquiere un aspecto muy endurecido.
- El anillo, reloj y pulseras no encaja aunque la mujer no ha ganado peso.
- Dolor que interfiere con las actividades de la vida diaria impactando negativamente el bienestar funcional. Normalmente el dolor asociado al linfedema es más bien una complicación, como el dolor neuropático y las molestias inespecíficas de las partes blandas del hombro en los linfedemas del miembro superior tras la terapia cáncer de mama.
- Menos movimiento o flexibilidad en las articulaciones cercanas como el hombro, la mano o la muñeca.
- Alteración de la imagen corporal, las consecuencias estéticas del linfedema son muy importantes. Una parte del cuerpo aumentada de tamaño provoca que la paciente tenga una percepción de sí misma como enferma, con la consiguiente repercusión en su bienestar psicológico.

Cuando el linfedema no es tratado adecuadamente y de manera oportuna puede derivar otras enfermedades como celulitis, linfangitis, erisipela, esclerosis y septicemia. Incluso, en casos raros, se puede presentar angiosarcoma, neoplasia que ocurre en las células de las paredes tanto de vasos sanguíneos como linfáticos (Jiménez et al., 2011).

3.2. Epidemiología del linfedema

Debido a que se utilizan diversos métodos para el diagnóstico de linfedema, al igual que los criterios de diagnóstico, no resulta extraño que exista una disparidad de las tasas de incidencia, las cuales varían desde 6 a 70% en las mujeres que reciben tratamiento por cáncer de mama (Robles, 2006).

En los últimos años se han realizado investigaciones sobre la incidencia del linfedema, su incidencia en cuanto a los estadios, los factores de riesgo más significativos y el periodo de aparición. Entre dichas investigaciones se encuentra un metaanálisis realizado en 2013 por DiSipio et al respecto a la incidencia del linfedema del brazo unilateral después del cáncer de mama, publicados entre los años 2000 a 2012, encontraron una estimación de la incidencia de linfedema de 16.6%, que disminuye 5.6% entre aquellas pacientes en las que se realizó la biopsia del ganglio centinela y aumenta hasta 20% entre las pacientes en las que se realizó disección ganglionar

Otra revisión sistemática realizada recientemente fue por Shaitelam et al. (2015) acerca de la incidencia de linfedema después del tratamiento para una amplia variedad de cánceres, revelaron que la incidencia del linfedema entre los sobrevivientes de cáncer de mama varía y depende en gran medida del tipo de tratamiento recibido, por lo que encontraron una incidencia de 22.3% en las pacientes que fueron sometidas a una disección de ganglios linfáticos axilares.

En cuanto a la incidencia del linfedema en México solamente se encontró el registro de un estudio realizado durante el año 2014 por Gutiérrez et al. en el Servicio de Oncología de la UMAE, Hospital de Gineco-Obstetricia CMNO y el Instituto Mexicano de Seguro Social, para conocer la presencia del linfedema en la extremidad superior, clasificación del estadio y el tiempo de aparición en 334 pacientes; de las cuales 236 tuvieron una cirugía radical (mastectomía) y 98 una cirugía conservadora, pero solamente 98 mujeres con mastectomía presentaron linfedema (40.1%) y 7 (7.14%) mujeres con cirugía conservadora lo presentaron, dando un total de 105 mujeres con linfedema que representa 32.6%. Por otro lado cuatro mujeres presentaron linfedema antes de la cirugía por metástasis ganglionar.

Con respecto al tipo de grado del linfedema, se encontró que las mujeres con mastectomía presentaron con mayor frecuencia un grado II y III, mientras que las mujeres con cirugía

conservadora presentaron solamente un grado I. Por último, el tiempo de aparición de linfedema oscilo entre los 6 y 12 meses, con un promedio de 9.5 meses.

3.3. Aspectos psicológicos del linfedema

Las mujeres que padecen un diagnóstico de cáncer de mama no tan sólo se enfrentan al diagnóstico de una enfermedad que amenaza su vida, sino también se ven expuestas a los efectos colaterales del tratamiento y a temores frente a una posible ocurrencia (Finck y Forero, 2011).

El linfedema es una secuela crónica derivada del cáncer de mama, el cual condiciona las actividades de la vida diaria de las personas que la padecen y tienen un efecto perjudicial en sus distintas esferas de la vida, como en lo emocional, en lo físico, familiar, social y laboral, lo cual genera una afectación en su estado psicológico.

Las principales alteraciones psicológicas que se han identificado en pacientes con linfedema como secuela del cáncer de mama han sido las siguientes:

- *Autoestima.* El linfedema representa una alteración en el aspecto físico que difícilmente se puede ocultar y el cual ha llegado a ser considerado como un recordatorio externo de la enfermedad, ya que provoca comentarios continuos por las personas, llevando a colocar una etiqueta socialmente de “enfermas”. Asimismo la autoestima se ve perjudicada a causa de un daño en la imagen corporal, considerando este concepto como la idea que formamos de nuestro propio cuerpo por medio de factores individuales (percepción de la propia imagen, estados de ánimo, vida afectiva, etc.) y contextuales (opiniones de las personas que nos rodean, la moda, etc.).

Sin embargo, actualmente este concepto a llega a ser utilizado como un instrumento social de la expresión de la propia personalidad, ejerciendo presión social sobre la población femenina respecto a un ideal estético, se ve agravado en las mujeres afectadas por cáncer

de mama y por los cambios que sufre su cuerpo ante los tratamientos a los cuales son sometidas (Girones et al., 2008).

Los cambios en su apariencia física repercuten en su manera de vestirse, ya que al tratar de ocultar dicha alteración realizan cambios en el estilo de ropa que usaban, llegando a generar esto complejos (Yélamos et al., 2007).

- *Problemas familiares.* En cuanto al área familiar la mayor problemática radica en el hecho de que el linfedema al estar relacionado con el aumento del volumen, algias, hinchazón, debilidad, dolor y arrogamiento en el brazo afectado propicia a que los movimientos de la mano sean limitados y por ende condicionan la realización de actividades hogareñas, llevando a la paciente a pedir ayuda a sus hijos y/o pareja para que realicen dichas tareas que ellas no pueden realizar y asimismo conlleva un cambio en la forma de realizar sus actividades cotidianas (Rodríguez, 2011; Yélamos et al., 2007).

- *Problemas de pareja.* Los efectos colaterales del tratamiento por cáncer de mama y la baja autoestima afecta a las relaciones de pareja de forma bidireccional, tanto por parte de sus parejas como de ellas mismas, ya que los sentimientos de miedo e incertidumbre sobre los resultados de los tratamientos pueden derivar un estilo de afrontamiento evitativo, caracterizado por una actitud de distanciamiento ya sea por parte de la pareja o de la paciente (Girones et al., 2008).

Por otro lado, el cáncer de mama y el linfedema conllevan una pérdida del deseo sexual y disminución de la satisfacción con las relaciones sexuales, derivando una disfunción en el área sexual de la pareja (Yélamos, et al., 2007).

- *Problemas para dormir.* El linfedema provoca dolor, pesadez del brazo, falta de sensibilidad, sensación de acorchamiento, lo cual condiciona la postura para dormir (Girones et al., 2008).

- *Problemas de comunicación.* Debido al tabú social que existe sobre el cáncer, al ser puesto como un sinónimo de dolor, sufrimiento, deterioro y muerte, es obvio que bajo estas circunstancias existan serias dificultades para establecer una favorable comunicación que facilite, en lo posible informar a cerca de un diagnóstico de cáncer, comunicar las secuelas físicas y psicológicas que deja a su paso el tratamiento, que el proceso de la enfermedad no evoluciona favorablemente o incluso llegar hablar de la posible muerte de un ser querido, son los temas más difíciles de abordar y de enfrentar en los seres humanos y de comunicarlos a nuestros seres queridos (Ruiz y Coca, 2008).

Cuando existen barreras en la comunicación familiar y se tienen que informar temas delicados como es el cáncer, estas barreras se intensifican llevando al enfermo, a sus familiares o incluso a los médicos a ocultar o distorsionar cierta información del diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad, lo cual se conoce como “conspiración o pacto de sentimiento” (Girones et al., 2008; Ruiz y Coca, 2008).

- *Estado de ánimos negativos.* La mujer dentro del ámbito familiar desarrolla como el motor y pilar de la familia tanto a nivel de la organización doméstica como también a nivel de soporte emocional para sus hijos, pareja y padres, sin embargo, cuando el cáncer se presenta y linfedema también, las pacientes llegan a considerar que ya no pueden desempeñar este rol dentro de su familia tal y como lo hacían antes, ya que ahora dependen de terceras personas para que le hagan o les ayuden a hacer las cosas, llevándolas esta situación a sentirse culpables, frustradas, inútiles, dependientes, irritable y triste (Girones et al., 2008).

Por otro lado, la incertidumbre de no saber si el cáncer de mama regresará, de saber que pueden desarrollar otra enfermedad a causa de las intervenciones quirúrgicas o del tratamiento sistémico, las pacientes suelen reportar sentimientos de tristeza, miedo y preocupación (Yélamos et al., 2007).

- *Aislamiento social.* El linfedema daña la apariencia física convirtiendo esto en un factor importante de retraimiento de la vida social (Rodríguez, 2011).

- *Disminución en las actividades de ocio.* En el plano físico, el linfedema conlleva múltiples afectaciones como: dolor, dificultad para cargar objetos pesados y para realizar movimientos repetitivos o finos, lo cual limitan la realización de hobbies, tales como la jardinería, tejido, etc., y de actividades deportivas como golf, tenis, etc., ya que la realización de actividades que impliquen altos esfuerzos en el brazo afectado puede aumentar los síntomas para el desarrollo del linfedema (Jiménez et al., 2011).

- *Dificultad de reincorporación laboral.* Las personas que realizan trabajos que requieran esfuerzos físicos presentan mayores dificultades para adaptarse nuevamente a su trabajo laboral, debido a que el linfedema al limitar la realización de actividades colocan a la paciente en su ámbito laboral en un estado de incapacidad para realizar su trabajo al mostrar un menor rendimiento que el resto de las personas con iguales condiciones de preparación para su desempeño (Rodríguez, 2011).

Por otro lado, la reincorporación al trabajo se torna más difícil cuando hay falta de sensibilidad por parte de los compañeros de trabajo y de la empresa ante su situación, o cuando estos siguen considerándolas como enfermas y no como personas que se están incorporando nuevamente a su trabajo y son cuestionadas respecto a su capacidad profesional, asimismo esta reincorporación se ve afectada por las misma consciencia de las pacientes sobre que su nueva situación física las condiciona (Girones et al., 2008).

- *Trastornos psicopatológicos.* Los sentimientos de culpabilidad por no desempeñarse como el motor de la familia, el miedo de sentirse estigmatizadas como enfermas, la pobre autoestima a causa de la pérdida de una mama que es considerado socialmente como un símbolo de feminidad, sexualidad, sensualidad, etc., produciendo un desajuste con el actual canon de belleza femenina, y por la alteración en la imagen corporal de la paciente no tan

sólo por la pérdida de la mama sino también de la inflamación del brazo, el cual difícilmente se puede ocultar, por otro parte, la falta de apoyo social, la preocupación constante sobre cómo se van a desempeñar en su trabajo, el dolor y molestias físicas que conllevan el linfedema, un afrontamiento de evitación o una negación constante ante su nueva realidad y la no regulación de estos sentimiento pueden llevar a las pacientes a presentar trastornos de ansiedad y de depresión (Girones et al., 2008; Jiménez et al., 2011).

Capítulo 4. Esperanza desde la psicología positiva

4.1 Definición de psicología positiva

La psicología positiva tomó auge cuando Martín Seligman fue nombrado presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) en 1998, al proponer un giro en la investigación psicológica hacia los aspectos más saludables del ser humano. Seligman señala que desde la II Guerra Mundial, la psicología se ha centrado preferentemente en los problemas humanos y en cómo resolverlos, lo cual ha traído resultados favorables, pero esto a su vez ha dejado a un lado la parte positiva (Martínez, 2006).

Peterson y Seligman en 2004 hacen referencia de que la psicología positiva es una corriente de la psicología que propone el estudio de las fortalezas de las personas, el cómo promover y mantener el bienestar, ya que considera el potencial humano como un camino para fomentar el bienestar en la vida. Por consiguiente la psicología positiva no tan solo tiene como objetivo realizar los recursos intrapersonales sino también los interpersonales para favorecer el desarrollo óptimo de los seres humanos, grupos, organizaciones y sociedades (Fernández, 2008; Martínez, 2006).

Aunado a lo anterior Fernández (2008) menciona que el enfoque histórico de la teoría y práctica de la psicología positiva parte de la conceptualización de que el ser humano es libre, prudente, racional y responsable de sus actos y sus consecuencias. Por consiguiente considera que muchos de los recursos para la salud se hallan dentro del ser humano.

La psicología positiva toma otro tipo de enfoque para su estudio, pasando de un *foco A*, que se centra en la patología, en la enfermedad mental, en las debilidades, en las emociones negativas, en el malestar y en su alivio, al *foco B*, centrado en las fortalezas, las virtudes, las emociones positivas y la “buena vida”. Donde el *foco A* se fundamenta por el modelo de enfermedad aplicado al comportamiento humano y sus problemas, mientras que en el *foco B* se centra en la larga historia de la perspectiva de la potenciación, es decir, su objetivo se centra en aumentar las fortalezas y las virtudes (Costa y López, 2009, p.76).

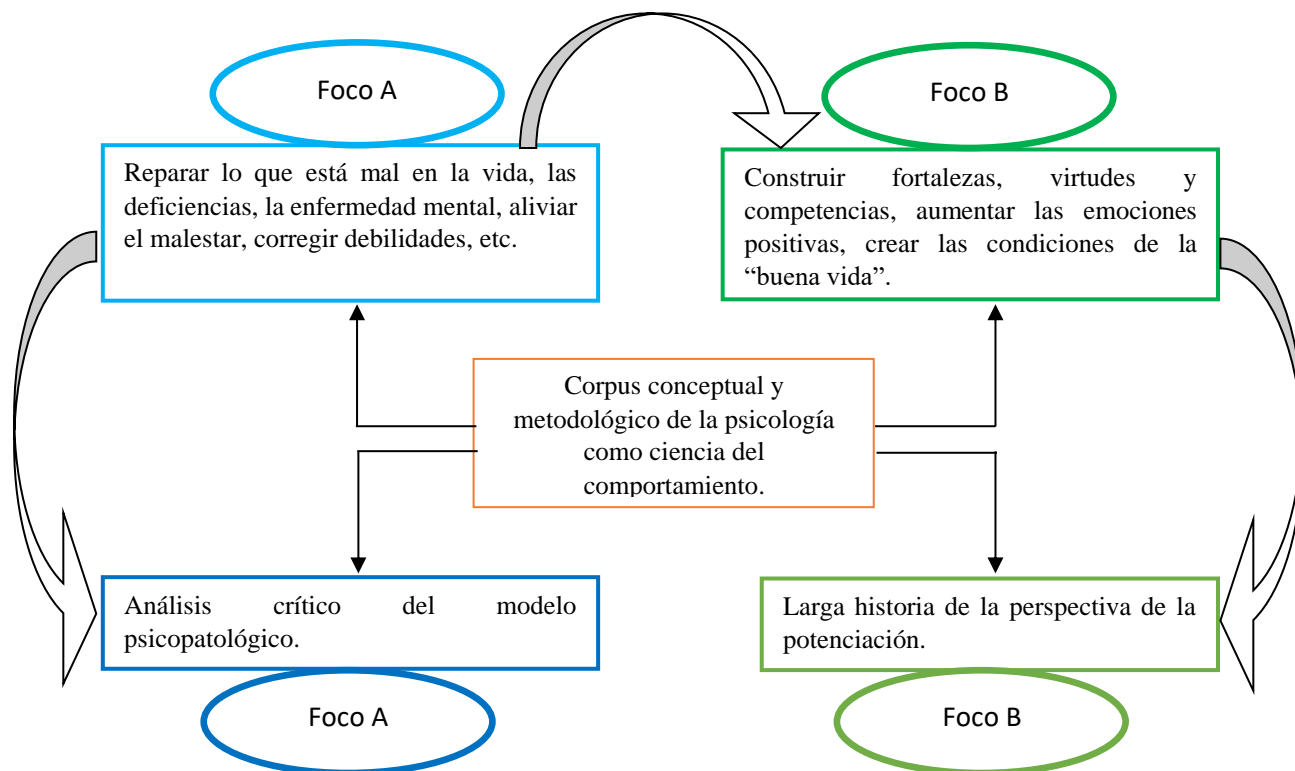


Figura 1. Esquema de formulación de psicología positiva (Costa y López, 2009, p. 76)

La psicología positiva hace una crítica al *foco A* centrado en la patología debido a que considera que hay una inadecuación del modelo de enfermedad aplicado al comportamiento humano y a los problemas de comportamiento, debido a que la psicología es una ciencia enfocada al estudio de la conducta humana y a su larga historia con un vasto cuerpo doctrinal y metodológico que posibilita analizar y explicar tanto el *foco A* como el *foco B*. Por otro lado, la psicología positiva implica un campo de estudio focalizado en la experiencia subjetiva positiva, en la cual también requiere estar sustentado con rigor al igual que cualquier nueva propuesta en los sólidos fundamentos conceptuales y metodológicos de la psicología (Costa y López, 2009, p. 77).

Debido a lo anterior Seligman y Csíkszentmihályi (2000) hizo hincapié en que la psicología positiva debe abarcar tres áreas principales para su estudio:

1. *Subjetiva*. Se encarga del estudio de las experiencias subjetivas que son evaluadas positivamente, como las emociones positivas, la satisfacción con la vida y el bienestar.
2. *Individual*. Trata de comprender los rasgos individuales positivos, tales como, las fortalezas de carácter y las virtudes.
3. *Institucional*. Estudia los aspectos positivos de los grupos humanos en instituciones, que son el vehículo para que las personas se conviertan en mejores ciudadanos, es decir, se encuentra orientada hacia el logro de relaciones interpersonales satisfactorias y saludables en los diferentes contextos, tales como la familia, el trabajo o la escuela.

Gancedo (2008, p. 24) menciona que los objetivos en los que se centra la psicología positiva son:

- Ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño, hacia un énfasis en el fortalecimiento de las cualidades positivas o de desarrollo de las potencialidades humanas, que pretende complementar a la ciencia psicológica (Seligman y Csíkszentmihalyi, 2000).
- Investigar la felicidad humana en términos psicológicos con el bienestar psicológico y subjetivo. Siguiendo esta línea entonces, se orienta la investigación sobre las experiencias positivas subjetivas, los rasgos positivos individuales e intentan identificar, medir y promover este bienestar en individuos, grupos y sociedades.
- Intenta identificar, medir y promover el bienestar en individuos, grupos y sociedades.
- Propone hacer lo anterior con una rigurosidad científica tratando de adaptar lo mejor del método científico a los problemas únicos que la conducta humana presenta a aquellos que quieren entenderla en todo su complejidad (Seligman y Csíkszentmihalyi, 2000).

Con base a lo anterior Sánchez (2013) concluye que la psicología positiva se basa en estudios empíricos, en el método científico para estudiar y entender a las personas y los fenómenos psicológicos considerados positivos, lo cual no significa que esta corriente niegue o ignore los

aspectos negativos, ya que lo que propone es que los seres humanos experimentan situaciones positivas y negativas y que existe un balance vital entre las debilidades, fortalezas y el ambiente.

4.2 Surgimiento del estudio de esperanza

Como se mencionó con anterioridad, uno de los objetivos de la psicología positiva es potencializar el crecimiento del ser humano mediante el conocimiento y empoderamiento de las fortalezas y virtudes que tiene el ser humano y que favorecen su crecimiento (Martínez, 2006).

Peterson y Seligman en 2004 desarrollaron el manual “Character Strengths and Virtues. A handbook and classification”, donde los autores hacen hincapié en que las fortalezas constituyen un principio fundamental de la condición humana, ya que la participación de estas dentro de las actividades diarias de las personas lleva a una vida psicológica óptima.

Martínez (2009) explica que el carácter es comprendido como un compendio de rasgos positivos que reconoce la existencia de diferencias individuales estables y generales que pueden ser moldeadas por el entorno y por la importancia de la situación para dar formas a las características de la persona. Por consiguiente las virtudes son las características centrales del carácter, ya que se trata de valores universales. Estas virtudes están definidas por aspectos psicológicos llamadas fortalezas, es decir, las fortalezas son las formas distinguibles en las que se manifiesta una virtud, y su manifestación dependerá de los temas situacionales en los que se encuentre el individuo, tales como la familia, trabajo, escuela, etc.

La clasificación de las virtudes y fortalezas que desarrollaron Peterson y Seligman en 2004 surgió a través de la investigación que realizaron en diferentes tradiciones filosóficas y religiosas con el objetivo de conocer las características humanas que constituyen la formación de fortalezas del ser humano, es por ello que hay una serie de criterios que debe cumplir una fortaleza para ser considerada como tal (Sánchez, 2013), las cuales son:

- Criterio 1. Hace referencia a que una fortaleza debe ser reconocida en todas las culturas.
- Criterio 2. Alude a que debe contribuir a la realización personal, la satisfacción y la felicidad.
- Criterio 3. La fortaleza debe ser moralmente valorada por sí misma.

- Criterio 4. Su manifestación no debe desvalorizar a otras personas.
- Criterio 5. De existir una fortaleza, debe poder identificarse su opuesto en negativo.
- Criterio 6. Toda fortaleza debe poseer cierto grado de generalización y estabilidad, es decir, ser un rasgo.
- Criterio 7. Se manifiesta mediante el comportamiento, pensamientos, sentimientos y acciones, de forma que pueda ser evaluada mediante los instrumentos pertinentes.
- Criterio 8. La fortaleza debe ser distinta a otras fortalezas y no puede descomponerse en ellas.
- Criterio 9. En la población deben poder identificarse dechados consensuados de fortaleza.
- Criterio 10. La sociedad provee instituciones y rituales asociados al cultivo de la fortaleza en la sociedad.

La clasificación propone seis virtudes que comprenden 24 fortalezas:

- Sabiduría y conocimiento: creatividad, curiosidad, mentalidad abierta, amor por el conocimiento y perspectiva.
- Coraje: valentía, perseverancia, vitalidad y autenticidad.
- Humanidad: amabilidad, inteligencia social y amor. Justicia, a la que pertenecen la capacidad de trabajar en equipo, equidad y liderazgo.
- Templanza: Autorregulación, prudencia, perdón y modestia.
- Trascendencia: Apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad.

La esperanza se encuentra dentro de la virtud de trascendencia que permite al individuo establecer una conexión con el universo, proporcionando sentido a su vida (Peterson y Seligman, 2004), asimismo trae posturas cognitivas, emocionales y motivacionales hacia el futuro, donde la esperanza representa un futuro imaginado. Al pensar sobre el futuro tiene que ver con esperar que ocurran los resultados deseados, actuar de forma que esos resultados esperados sean más probables y confiar en que los esfuerzos que se realicen merecen la pena, provocando un ánimo y acciones dirigidas a la consecución de objetivos. Por consiguiente la fortaleza de esperanza tiene múltiples

efectos positivos en la salud, ya que está relacionada con la resolución efectiva de problemas y la atención a la información relevante para dicha resolución (Ottaviani et al., 2014).

4.3 Teoría de la esperanza de Snyder

El estudio de esperanza antes de la llegada de la psicología positiva solamente era un tema de interés para los filósofos con un enfoque que ha tratado de rescatar los aspectos espirituales y experienciales, sin embargo, con la llegada de la psicología positiva, la esperanza comienza a ser tema de estudio en psicología, considerada como una fortaleza dentro de la virtud de transcendencia propuestas por Peterson y Seligman en 2004.

Por otro lado, su estudio tomó auge cuando en la década de los noventa Seligman encontró en sus estudios realizados que la esperanza es un factor vital para el sostenimiento psicológico y físico de las personas que enfrentaban males oncológicos, ya que aquellas personas que presentaban una creencia de aferrarse con la esperanza, podían vivir mayor tiempo que aquellos pacientes que carecían de ella; y fue desde entonces que sus estudios comenzaron a crecer, los cuales demostraron que la esperanza resulta importante para enfrentar tanto obstáculos o dificultades de la vida cotidiana, como situaciones de enfermedad (Martinez, Cassaretto, Herth, 2012).

Aunado a lo anterior la conceptualización de esperanza ha estado sometida a diversas discusiones, no obstante, un intento por conceptualizarla fue realizado por Rick Snyder en los inicios de la década de los ochenta (Martínez et al., 2012), quien la define como aquella capacidad percibida de poder producir las vías, caminos o medios necesarios para alcanzar los objetivos deseados y para motivarse a utilizar esas vías (Rand y Chevens, 2009).

Por lo tanto, Snyder en 2000 (como se citó en Carr, 2007, p. 123) la esperanza tiene dos componentes básicos: la capacidad de planificar vías para alcanzar objetivos deseados a pesar de los obstáculos deseados y una agencia o motivación para seguir estas vías. De acuerdo con esta concepción, la esperanza es más fuerte si hay una probabilidad de alcanzar los objetivos deseados porque los obstáculos son fuertes pero no infranqueables.

Con base a lo anterior se puede observar que la teoría de la esperanza es un modelo cognitivo que plantea como elemento central el logro de metas, teniendo en cuenta expectativas del futuro y la motivación como también la planificación necesaria para el logro de metas. Desde este punto, una de las mayores aportaciones de esta teoría consiste en la identificación de dos componentes diferentes de la esperanza (Costa y López, 2009, p.56):

- a) *Itinerarios (percepción de rutas)*. Tiene que ver con la capacidad del individuo para encontrar caminos prácticos que les permitan el logro de metas. En este sentido, el individuo debe ser capaz de generar una imagen del momento actual, una imagen de aquello que desearía lograr, del punto de meta y una imagen de la ruta a seguir desde el momento actual hasta la meta futura deseada.
- b) *Control (percepción de capacidad)*. Se refiere a la habilidad o capacidad del individuo para iniciar y mantener una actividad dirigida a la obtención de la meta deseada, incluso ante impedimentos para su logro.

Snyder también menciona que el proceso por el cual se puede sentir esperanza en una situación concreta se da cuando se persigue un objetivo valorado, en consecuencia la conducta esperanzada se centrará en el objetivo y estará determinada por la interacción de los tres factores siguientes (Carr, 2009, p.125):

1. La medida en que se valora el objetivo y el resultado.
2. Los pensamientos sobre las posibles vías para alcanzar ese objetivo y las expectativas resultantes sobre su eficacia para alcanzarlo.
3. Los pensamientos sobre la agencia y la eficacia personal al seguir las vías que conducen al objetivo.

Estos tres factores dependen de la manera de contemplar la situación en función de la experiencia previa y del desarrollo en dos componentes cognitivos básicos:

1. *Vías*. Involucran el pensamiento dirigido al establecimiento de caminos o medios que dirigen la acción y suponen la creencia en la capacidad para planificar los pasos necesarios para alcanzar una meta.
2. *Agencia*. Se refiere a la motivación para iniciar una acción y para seguir las vías hacia las metas deseadas. Este componente cognitivo incorpora la noción de que existe cierta energía que mueve a la acción para alcanzar la meta deseada.

Aunado a lo anterior se puede observar que uno de los componentes más estudiados en la esperanza son las metas, ya que se requiere de un objeto que tenga valor para el sujeto y cierto grado de incertidumbre. Para las metas que tienen un 100% o un 0% de probabilidad de alcanzarse no se requiere de esperanza, sin embargo las metas intermedias entre estos dos porcentajes, son las que se consideran en el estudio de esperanza. Las metas varían dependiendo del tiempo que se disponga para lograrlas, ya sea a corto o largo plazo, así mismo pueden variar dependiendo de la dificultad para cumplirlas, aquellas metas que tienen un mayor grado de dificultad requerirán de un esfuerzo superior (Sánchez, 2013).

Por otro lado Snyder (2002) supone un fuerte vínculo entre cogniciones asociadas a la obtención de metas y las emociones, puesto que, cuando una meta se ve alcanzable o medianamente alcanzable genera emociones positivas, mientras tanto cuando la meta se ve como imposible de lograr genera desesperanza.

Los altos niveles de esperanza expresan la capacidad de hallar el camino adecuado para solucionar una dificultad y lograr una meta, lo cual origina la aparición de un mayor número de vías alternas para resolver el problema, asimismo, las personas con alto sentido de esperanza inician esfuerzos que permita alcanzar sus objetivos (Castilla, Urrutia, Shimabukuro y Caycho, 2014).

Sánchez (2013) concluye que la esperanza es un sistema interrelacionado de pensamientos con un sistema de retroalimentación, donde los componentes cognitivos y motivacionales interactúan no sólo durante la situación, ya que las experiencias previas y las consecuencias del resultado influyen en las situaciones futuras.

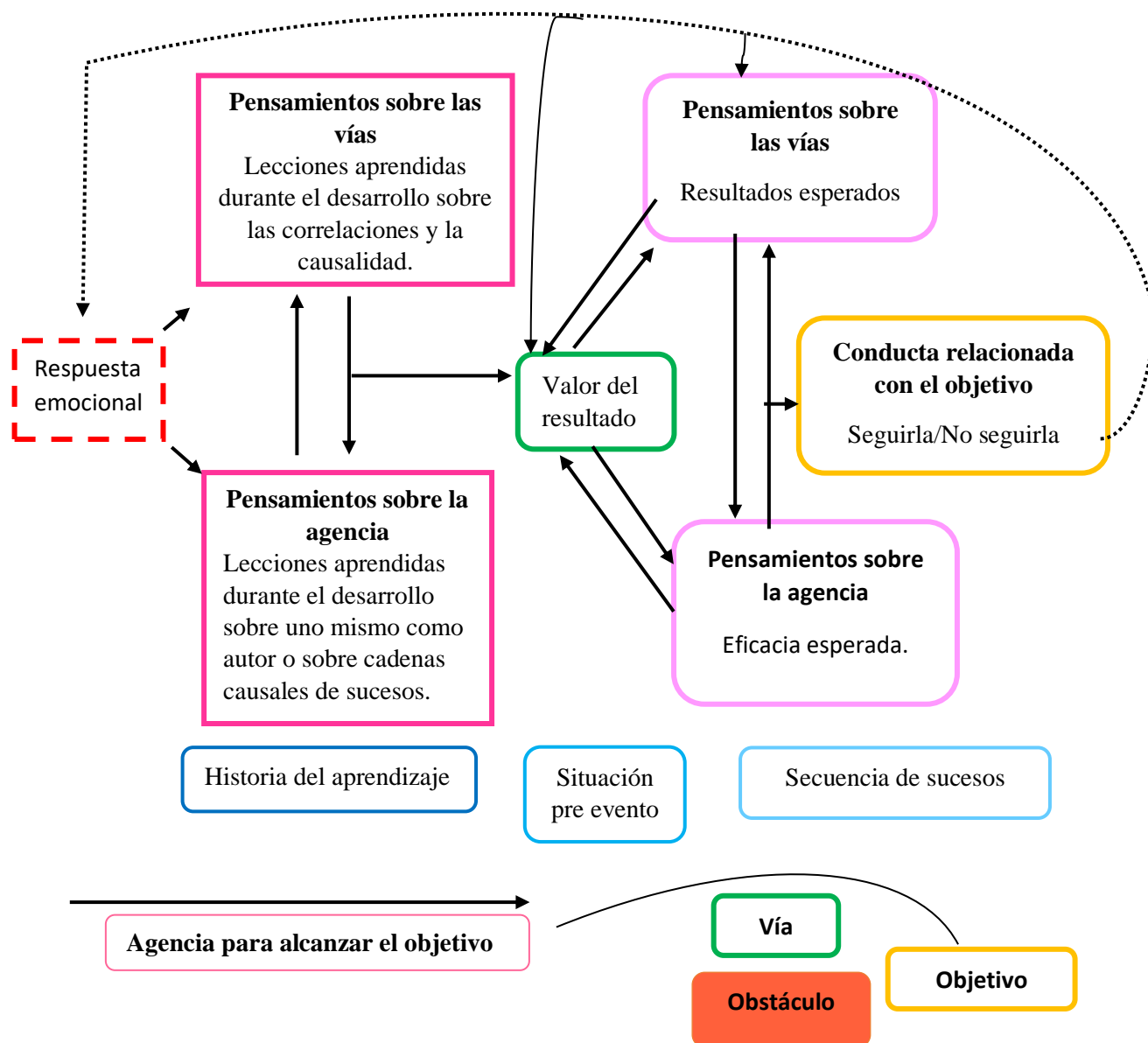


Figura 2. Esquema de retroalimentación de los elementos de esperanza (Snyder, 2000)

4.3.1 Desarrollo de la esperanza

Carr en 2007 resume las etapas más significativas del ser humano donde hay características relevantes para el desarrollo de la esperanza que propone Snyder (2000), quien hace énfasis en que la esperanza se desarrolla de una forma claramente definida durante la infancia y la adolescencia.

A finales del primer año de vida, los niños tienen la capacidad de señalar cuáles son sus objetivos y así poder llegar a ellos. Durante este periodo de edad los esquemas de la constancia del objeto y de la causa y efecto le permiten al niño que pueda prever vías conducentes a sus objetivos.

Durante el segundo año de vida, los niños aprenden que pueden iniciar actividades dirigidas a objetivos para seguir vías conducentes a objetivos deseados, esto se da debido a que durante este periodo se desarrolla la noción del yo como agente. Una de las aptitudes más importantes que se relacionan con la génesis de la esperanza es el hecho de tener la idea de que se puede planificar y seguir vías para rodear y vencer barreras y obstáculos.

De los tres a los seis años (etapa de preescolar), el desarrollo del lenguaje, el pensamiento intuitivo preoperacional, el interés por los cuentos y las rutinas previsibles permiten que se desarrolle aún más la planificación esperanzada de vías en presencia de barreras y obstáculos. Por otro lado, el desarrollo físico le permite al niño poner en práctica sus planes.

A finales del preescolar, los niños tienen la capacidad para compenetrarse con otras personas, lo que significa que ellos comienzan a darse cuenta de que la planificación y el seguimiento de las vías hacia los objetivos que ellos valoran a veces ayudan a otros a alcanzar sus propios objetivos y a veces lo impiden.

Más avanzada la infancia y en la pre adolescencia se da un rápido desarrollo de la capacidad para el pensamiento lógico, de la capacidad de memoria y de las aptitudes para la lectura, así como el aumento de la capacidad social para adoptar otros puntos de vista, permite que la planificación esperanzada y el seguimiento de vías conducentes a objetivos valorados adquieran una mayor complejidad, debido a que ahora se toma más en cuenta los deseos de los padres, hermanos, compañeros, amigos, etc.

Para la adolescencia se ha desarrollado una capacidad del razonamiento abstracto que facilita abordar cuestiones complejas como la creciente autonomía en relación con los padres, la formación

de relaciones íntimas y el desarrollo de planes de carrera. Estos retos ofrecen la oportunidad de planificar y llevar los planes a la práctica de una manera esperanzada pese a la presencia de obstáculos.

Cabe mencionar que el desarrollo de la esperanza en las etapas de la infancia y adolescencia influyen factores importantes para su desarrollo como el hecho de que durante los primeros años de vida los niños mantengan una relación de apego seguro con sus padres o cuidadores, los cuales actúen como modelos de esperanza y enseñantes de la elaboración y ejecución de los planes para superar los obstáculos y llegar al objetivo valorado, y por otro lado reciban el apoyo social suficiente para afrontar la adversidad (Costa y López, 2009)

En cuanto a la edad adulta Snyder (2000) menciona que los adultos esperanzados tienen un perfil que se caracteriza por la creencia que han desarrollado a lo largo de su vida de que pueden adaptarse a los retos y de afrontar las adversidades, asimismo mantienen constantemente un dialogo interno que incluye afirmaciones positivas tales como: “Puedo hacerlo”, “No me daré por vencido”, etc., también se centran más en el éxito que en el fracaso y cuando se encuentran con obstáculos para alcanzar sus objetivos valorados generan de una manera creativa vías alternativas para alcanzar dichos objetivos o pueden ser más flexibles con los objetivos que se proponen, esto los lleva a tener menos emociones negativas o con menor intensidad.

4.3.2 Etapas y tipos de esperanza en el cáncer

Gawler en 1996 (como se citó en Suarez y Jimeno, 2009), fue fundador un centro de atención a pacientes con cáncer llamado “The Gawler Foundation”, donde observó que los pacientes con cáncer pasan por cinco fases de la esperanza, las cuales son:

- Primera fase. Esta se da cuando la persona acaba de recibir el diagnóstico de cáncer, en la cual hay una pérdida de la esperanza y un sentimiento de desolación.
- Segunda fase. Surge una esperanza por la supervivencia y por no morir, por un cambio en el pronóstico de su enfermedad, lo cual resulta ser una motivación inestable ya que cualquier falla en el proceso puede hacer que decaiga.

- Tercera fase. La esperanza se relaciona con los esfuerzos por obtener resultados positivos y un mejor futuro.
- Cuarta fase. Se basa en la autorrealización espiritual y existencial del paciente.
- Quinta fase. La persona aprovecha el día a día, pues lo que espera es tener una buena calidad de vida y prepararse para una buena muerte.

Con respecto a los tipos de esperanza, Kubler- Ross (1998) menciona que existen dos tipos de esperanza en personas con enfermedades crónicas y terminales:

1. El primer tipo de esperanza está asociada a la curación y en el tratamiento de la enfermedad, así como también a la prolongación de la vida.
2. El segundo tipo de esperanza se relaciona con metas a corto plazo, con la vida después de la muerte y por la preocupación por las personas que va a dejar el enfermo cuando se vaya.

Por otro lado, Bayés (2001) señala en su libro “Psicología del sufrimiento y de la muerte” que en los enfermos crónicos hay dos tipos de esperanza.

1. La esperanza generalizada o esperanza de una mejoría en el futuro indeterminado.
2. La esperanza particularizada o esperanza de obtener algo o de encontrarse en un estado concreto, por ejemplo, tener la esperanza de estrechar los lazos afectivos con familiares o la disminución del dolor.

En un estudio exploratorio de esperanza realizado por Sanatani, Schreier y Stitt (2008) en pacientes que recibieron tratamiento para curar el cáncer y con pacientes que reciben tratamiento paliativo, les preguntaron sobre cuáles son las cosas más importantes que esperaban en ese momento, las respuestas fueron agrupadas según las categorías descriptivas por los investigadores, las cuales fueron:

- Cura. Los pacientes del estudio reportaron que lo que más esperan es “ser libre de cáncer”, es decir, curarse por completo del cáncer.
- Resultados positivos relacionados con la salud además de la cura. Tener fortaleza y movilidad para su dependencia, reducción del dolor, más energía, menos fatiga y menos náuseas, eran las segundas cosas que más deseaban los pacientes con cáncer.
- Logros de vida o regreso a la “normalidad”. Una vez que hayan vencido el cáncer las personas deseaban poder continuar nuevamente con su vida.
- Objetivos interpersonales. En esta categoría lo que más esperaban los pacientes era tener cercanía con su familia y tener su apoyo.
- Otro. El deseo de que ninguno de sus seres queridos llegaran a tener cáncer, por ejemplo los hijos y la pareja.

4.4 Hallazgos de la influencia de esperanza en cáncer

Considerando que la esperanza está relacionada con una percepción favorable hacia el futuro, con la fijación de metas, con la planificación y motivación para su logro, no es de extrañarse que la esperanza esté asociada como una disposición mediadora en los procesos de salud y enfermedad (Carr, 2007).

Debido a que el tratamiento en enfermedades crónicas es responsables de muchos cambios en la vida cotidiana del individuo, se puede sustentar que la esperanza frente a la enfermedad y a los cambios que conlleva es un proceso continuo e importante, ya que estimula al individuo y a la familia a buscar nuevos caminos para adaptarse a la nueva condición que ha llegado a imponer la enfermedad. Debido a que la esperanza es un estado que tiene que ver con una perspectiva positiva relacionada al futuro, siendo una efectiva estrategia de afrontamiento; ella impulsa al individuo a actuar y moverse, por lo cual es imprescindible para el bienestar espiritual, estando relacionada con la calidad, la sobrevivencia y con la obtención de la fuerza para el enfrentamiento de problemas y con la condición de salud (Ottaviani et al., 2014).

Se han realizado diversos estudios para conocer las implicaciones que tienen la esperanza en el desarrollo del cáncer, uno de esos estudios fue realizado por Lin y Bauer-Wu en 2003 quienes en una revisión sistemática de 43 artículos publicados entre 1985 y 2001 sobre el bienestar psicoespiritual en personas con enfermedades terminales, específicamente pacientes con cáncer avanzado, llegaron a la conclusión de que “vivir con significado y esperanza”, es muy importante para los individuos que padecen cáncer avanzado, ya que es un factor significativo en la adaptación de la enfermedad, la reducción de estrés psicológico, el acrecentamiento del bienestar psicoespiritual y la calidad de vida, en el desarrollo de un sentido de buena muerte.

Por otro lado, en 2005 Benzein y Berg realizaron un estudio entre pacientes que reciben cuidados paliativos y sus familiares, sobre la relación de la esperanza, desesperanza y fatiga. Los resultados arrojados por esta investigación fueron que los pacientes presentan una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de esperanza, lo cual significa que la enfermedad terminal afecta a los miembros de la familia de manera negativa. Asimismo se encontró una correlación negativa débil (-0.358) entre la fatiga y esperanza, es decir, entre mayores sean los niveles de esperanza, los niveles de fatiga disminuyen, por último, los resultados arrojaron también una correlación negativa fuerte (-0.723) entre el nivel de esperanza y desesperanza, lo cual quiere decir, que entre mayores sean los niveles de esperanza, los niveles de desesperanza son menores.

En 2008 Sanatani, Schreier y Stitt realizaron un estudio con pacientes que reciben tratamiento para curar el cáncer y con pacientes que reciben tratamiento paliativo, quienes fueron evaluados al inicio de su tratamiento y cuatro meses posteriores, los autores no encontraron diferencias significativas en las mediciones iniciales entre los dos grupos, sin embargo, encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones iniciales y las realizadas cuatro meses posteriores, donde hubo un aumento en la subescala de “preparación positiva interna y expectativa” y en el nivel general de esperanza.

Con base a esto los autores concluyen que la esperanza se mantiene a pesar del tipo de tratamiento, por consiguiente el tratamiento curativo no es un factor determinante para el aumento de esperanza, por otro lado los autores mantienen la postura de que la esperanza en los pacientes que reciben

tratamiento paliativo se mantiene, es decir, no declina, debido a que a lo largo de su proceso de enfermedad comienzan a entender que su objetivo no es la curación sino tener una mejor calidad de vida a pesar de la enfermedad, como el hecho de que el dolor reduzca, por lo tanto la esperanza es un factor indispensable en el proceso de tratamiento, que permite a los pacientes fijar metas, ser flexibles ante estas y buscar los caminos para cumplirlas.

Un estudio reciente realizado por Rochelle, Terán y Guerrero en 2014 sobre el tema de esperanza que compara tres grupos: mujeres sanas, sobrevivientes de cáncer de mama y mujeres que reciben tratamiento por cáncer de mama. Los resultados derivaron que las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama tienen niveles más elevados de esperanza, seguido por las mujeres que reciben tratamiento en comparación con el grupo de mujeres sanas, esto significa que las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama tienen mayores niveles de esperanza mediante la capacidad de agencia o en el establecimiento de metas a futuro.

La esperanza no tan solo tiene efectos positivos en la calidad de vida y en el bienestar psicológico, sino también en lo biológico, es decir, se ha encontrado una relación entre el sistema inmunológico y la esperanza, algunos estudios sobre esta relación fueron realizados por Groopman (2004) quien concluye que la esperanza puede llegar a ser tan importante como cualquier medicación o procedimiento a realizar, esto se debe a que la fe y la creencia al ser componentes básicos de la esperanza pueden bloquear el dolor por medio de la secreción cerebral de endorfinas y encefalinas, mimetizando los efectos de la morfina, por consiguiente se observó que en pacientes esperanzados había una recuperación más rápida y asimismo tenían un mayor porcentaje de supervivencia.

Capítulo 5. Enfoque de habilidades para la vida

6.1 Concepto de habilidades para la vida

Habilidades para la vida, son una iniciativa promovida por la Organización Mundial de la Salud en 1993, con el objetivo de que niñas, niños y jóvenes adquieran herramientas psicosociales que les permitan acceder a estilos de vida saludable. La OMS define a las habilidades para la vida como aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que permite enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria (Montoya y Muñoz, 2009).

Mangrulkar, Vince Whitman y Posner (2001, pp. 4-5), investigadores asociados a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los autores definen las habilidades para la vida como las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y que las diferencia según sus ámbitos de acción como:

1. *Habilidades sociales e interpersonales.* Dichas habilidades sociales se pueden considerar como un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales que son esenciales para obtener dos tipos de objetivos. Uno de ellos es el objetivo afectivo, consiguiendo relaciones satisfactorias con los parientes y con los demás, estableciendo amistades y relaciones amorosas. Por otro lado se encuentra el objetivo instrumental, permitiendo actividades con éxito en la actividad.
2. *Habilidades cognitivas.* Son operaciones del pensamiento por medio de las cuales el sujeto puede apropiarse de los contenidos y del proceso que usó para ello. Dichas operaciones mentales cuyo objetivo es que el sujeto integre la información adquirida básicamente a través de los sentidos, en una estructura de conocimiento que tenga sentido para él.
3. *Habilidades para manejar emociones.* Son las habilidades que implican reconocer las emociones propias y de los demás, siendo conscientes de cómo las emociones influyen en el comportamiento y así mismo siendo capaces de responder a éstas

apropiadamente, ya que el control de las emociones en una situación difícil permitirá manejar y resolver de mejor manera la problemática.

En este contexto, las habilidades para la vida se convierten en un eje temático de vital importancia en la promoción de la salud, que tiene el objetivo de lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en la que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y hacer frente a su entorno (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001).

Posteriormente, la OMS en 2003 trabaja en conjunto con UNESCO, UNICEF, y el Banco Mundial en la iniciativa FRESH (Enfocando Recursos en la Salud Escolar Efectiva), y reformula la definición de habilidades para la vida como un grupo de competencias psicosociales y destrezas interpersonales que pueden orientarse hacia acciones personales, interpersonales y aquellas necesarias para transformar el entorno de manera que sea propicio para la salud (Martínez, 2014).

6.2 Enfoque de habilidades para la vida

El enfoque de habilidades para la vida toma auge en 1993 por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, debido a que surge la necesidad de impulsar habilidades para la vida en escuelas y colegios, debido a los cambios culturales y en los estilos de vida han propiciado que los niños y jóvenes de hoy no están suficientemente equipados con las destrezas necesarias para enfrentar los enormes desafíos y presiones del mundo contemporáneo, esto se da por el hecho de que se considera que este tipo de habilidades se irán aprendiendo a lo largo de la vida y de su camino, por otro lado, su enseñanza casi nunca se aborda de forma específica ni en los hogares ni en los colegios (Mantilla, 2001).

Dentro de este enfoque, las habilidades para la vida se relacionan estrechamente con el concepto de competencia psicosocial, la cual es la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria. La competencia psicosocial cumple una función importante en la promoción de la salud en su sentido más amplio, en especial en el caso de los

problemas de salud relacionada con el comportamiento y cuando éste depende de la capacidad del individuo para enfrentarse de forma efectiva con el estrés y las presiones de la vida. Desde este marco referencial las habilidades para la vida son una estrategia para prevención de la enfermedad, promoción de la salud, y asimismo son una estrategia encaminada al desarrollo vital y no sólo biológico del ser humano (Martínez, 2014).

Dado lo anterior las habilidades para la vida son destrezas psicosociales que sirven al individuo para conducirse de cierta manera, de acuerdo con la motivación individual y el campo de acción que tenga la persona, dentro de sus limitaciones sociales y culturales, asimismo es un eslabón entre los factores motivadores del conocimiento, actitudes y valores, y el comportamiento o estilo de vida saludable.

Estas habilidades se desarrollan mediante la adquisición de herramientas específicas que faciliten al individuo un comportamiento más positivo y saludable consigo mismo, con los demás y con el mundo en general, y por otro lado mediante el fomento de valores y cualidades, ya que la adquisición y aplicación efectiva de estas destrezas psicosociales influye en la forma en que nos sentimos con respecto a uno mismo y a los demás, y con la manera en cómo nos perciben las demás personas. Por último su desarrollo depende de las fuentes de apoyo sociocultural y familiar, los cuales se relacionan con la motivación y la habilidad para comportarse o no de una manera saludable (figura 3).

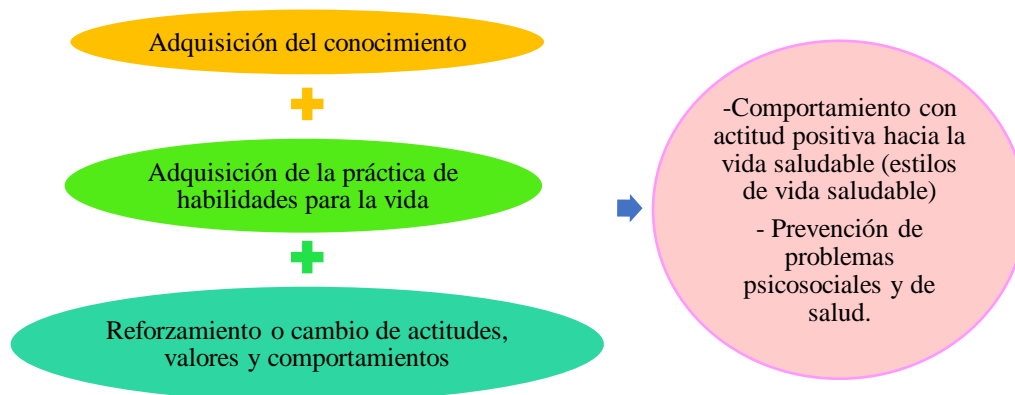


Figura 3. Desarrollo de las habilidades para la vida y sus beneficios (Mantilla, 2001)

Nota: Tomado de *habilidades para la vida, una propuesta educativa para vivir mejor* (Mantilla, 2001).

Aunado a lo anterior Mantilla (2001) y Martínez (2014) refieren que las habilidades para la vida deben cumplir ciertas características, tales como:

- Una habilidad puede servir para varias situaciones psicosociales y a su vez a una situación específica puede requerir varias habilidades psicosociales. Las habilidades para la vida al ser consideradas como genéricas y versátiles pueden aplicarse a diversos campos como el de la salud, la educación, el trabajo, la ciudadanía y en cualquier otro espacio que atañe a la promoción del desarrollo humano.
- Deben estar orientadas al bienestar humano y social. Las habilidades para la vida pueden aplicarse al terreno de las acciones personales, la interacción con las demás personas o a las acciones necesarias para transformar el entorno, de tal manera que éste sea favorable a la salud y el bienestar.
- Adoptan la forma de cada cultura y cualquier propuesta basada en ellas exige ser inculturada. El desarrollo y ejercicio de las habilidades para la vida supone congruencia con los valores, tradiciones, creencias y prácticas de cada grupo humano y una apertura al encuentro intercultural.
- La categoría “psicosocial” implica una especial condición: el afianzamiento de lo propio, el reconocimiento del otro y aún mejor, la afirmación del nosotros a partir del respeto de las identidades en construcción y su mutua transformación.

6.2.1 Clasificación y agrupamiento de las habilidades para la vida

De acuerdo con el modelo de habilidades para la vida propuesto por la OMS (1993), se enfoca en 10 habilidades esenciales:

- Capacidad de tomar decisiones
- Habilidad para resolver problemas

- Capacidad para pensar en forma creativa
- Capacidad para pensar en forma crítica
- Habilidad para comunicarse en forma asertiva
- Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales
- Conocimiento de sí mismo
- Capacidad para establecer empatía
- Habilidades para manejar las propias emociones
- Habilidad para manejar las tensiones o estrés.

Desde otra perspectiva, Mangrulkar, Vince Whitman y Posner (2001), quienes son investigadores de la OPS, agrupan a las habilidades para la vida en tres dimensiones básicas, las cuales son:

- *Habilidades sociales o interpersonales.*
 - Comunicación asertiva
 - Habilidades para la negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.
- *Habilidades cognitivas.*
 - Solución de problemas
 - Comprensión de consecuencias
 - Toma de decisiones
 - Pensamiento crítico
 - Autoevaluación
- *Habilidades para el control de emociones.*
 - Manejo de estrés y sentimientos
 - Control y monitoreo personal.

Desde otro punto de vista Martínez (2014) indica que la iniciativa FRESH en 2003 propone la siguiente agrupación de las habilidades para la vida:

- *Interpersonales y comunicativas.*
 - Habilidades de comunicación interpersonal.
 - Habilidades de negociación.
 - Construcción de empatía.
 - Cooperación y trabajo de equipo.
 - Abogacía.

- *Decisiones y pensamiento crítico.*
 - Habilidades de toma de decisiones y solución de problemas.
 - Habilidades de pensamiento crítico.

- *Afrontamiento y manejo de sí mismo/a.*
 - Habilidades para el aumento de la confianza en sí mismo/a y para asumir el control, la responsabilidad, hacer la diferencia y producir cambios.
 - Habilidades para el manejo de emociones.
 - Habilidades para el manejo de estrés.

6.3 Habilidades para la vida enfocadas al desarrollo de la esperanza

A pesar de las diferentes habilidades para la vida que se han encontrado en la literatura la presente investigación se enfoca únicamente en las 10 habilidades para la vida, las cuales se consideran que juegan un papel importante para el desarrollo de los elementos básicos que componen la fortaleza de la esperanza, tales como, vías y agencia. Las habilidades que se eligieron son las siguientes:

- 1) Conocimiento de sí mismo.
- 2) Habilidades para manejar las propias emociones.
- 3) Capacidad para pensar en forma creativa.
- 4) Capacidad para pensar en forma crítica.
- 5) Habilidad para resolver problemas.
- 6) Capacidad de tomar decisiones.

- 7) Empatía.
- 8) Habilidad para comunicarse en forma asertiva.
- 9) Negociación.
- 10) Habilidad de manejo de estrés.

6.3.1 Conocimiento de sí mismo

De acuerdo a Pacheco (2000), la autoestima es la visión más profunda que cada cual tiene de sí mismo, es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de la vida personal y de la propia capacidad, por lo tanto la autoestima es la suma de la autoconfianza, del sentimiento de la propia competencia, del respeto y consideración que se tiene de sí mismo. Debido a que la autoestima conlleva a un juicio valorativo de sí mismo, puede despertar un sentimiento satisfactorio, es este caso se trata de una autoestima positiva, o contrariamente pueda generar desagrado, malestar disgusto e insatisfacción, generando una autoestima negativa.

Dicho autor menciona que las características de la autoestima positiva son principalmente siete, conocidas como “las Aes de la autoestima”, las cuales son:

- *Aprecio.* Es la estimación genuina de sí mismo como persona, igual a otra persona, pero con diferencias de personalidad que son apreciadas por los aspectos positivos que poseen, es decir, es la apreciación que se tiene sobre las propias cualidades y la conciencia de que se es capaz de desarrollarlas, asimismo tiene que ver con el disfrute de los logros y conquistas.
- *Aceptación.* Consiste en considerar que como ser humano se tienen limitaciones, debilidades, se es falible y proclive a tener fracasos y cometer errores, como los demás. Se reconoce con serenidad los aspectos desagradables de la propia personalidad y se considera responsable de sus propios actos.

- *Afecto*. Tiene que ver con una actitud amistosa, comprensiva y cariñosa que irradie paz y no la guerra con los propios pensamientos y sentimientos. De la misma manera tiene que ver con una dirigida autoevaluación objetiva, pero sin complejos.
- *Atención*. Es el sentido de cuidar debidamente las propias necesidades reales, físicas y psíquicas, intelectuales y espirituales.
- *Autoconsciencia*. Consiste en que la persona viva dándose cuenta de su mundo interior, escuchándose a sí mismo amistosamente y presentando atención a lo que siente, desea, etc.
- *Apertura*. El crecimiento personal se da mediante la presencia de otra persona, en colaboración con ésta.
- *Afirmación*. El darse cuenta de sí mismo y asumirlo, es el comienzo de la autorrealización personal.

6.3.2 Habilidades para manejar las propias emociones

De acuerdo con Gross en 1998 (como se citó en Sánchez y Díaz, 2009), el término regulación emocional se refiere a los intentos que hace el individuo para influenciar sus emociones, cuándo tenerlas y cómo estas emociones se experimentan y expresan. Tales esfuerzos pueden ser automáticos o controlados, conscientes e implican tanto emociones positivas como negativas.

Más tarde, Gross y Thompson (2007) proponen que la regulación emocional se compone de cinco procesos cognitivos y conductuales generados a partir de la apreciación de un evento emotivo y que propician la aparición de distintas estrategias de manejo emocional:

1. *Selección de la situación.* Consiste en tomar acciones que faciliten la probabilidad o no de determinar en una situación de la cual se espera obtener emociones deseables o indeseables.
2. *Modificación de la situación.* Tiene que ver con el proceso que el individuo realiza para generar los esfuerzos que el individuo hace para modificar directamente la situación o alterar su impacto, esta modificación puede ser interna al efectuar un cambio cognoscitivo, o de tipo externo al cambiar los ambientes físicos.
3. *Despliegue de atención.* Este surge cuando no se ha logrado modificar una situación y el individuo se ve obligado a generar conductas, como:
 - Distracción: el individuo enfoca su atención en diferentes aspectos de la situación o la dirige lejos de la situación al mismo tiempo.
 - Concentración: la atención se dirige hacia las características de una situación.
4. *Cambio cognoscitivo.* Implica cambia la forma en que aprecia una determinada situación, alterando su importancia, ya sea modificando la forma de pensar o sometiendo a una valoración la capacidad del individuo de manejar las demandas que posee.
5. *Modulación de la respuesta.* Se refiere a influir en las respuestas fisiológicas, experiencias o conductas tan directamente como sea posible.

6.3.3 Capacidad para pensar en forma creativa

Moromizato (2007) define a la creatividad como “la capacidad de aplicar y generar conocimientos en una amplia variedad de contextos con el fin de cumplir un objetivo específico de un modo nuevo” (p. 312). Por otro lado, define al pensamiento como “un proceso consciente que trabaja sobre la base de herramientas intelectuales, con lo cual se recoge, elabora, organiza y entrega la información” (p. 314). Es por ello que la habilidad

de pensamiento creativo supone el conocimiento y entrenamiento de una amplia gama de estrategias, lo cual permitirá resolver problemas de una forma novedosa y distinta del resto de las personas.

6.3.4 Capacidad para pensar en forma crítica

Paul y Elder (2003) definen al pensamiento crítico como “un modo de pensar sobre cualquier tema, contenido o problema en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales” (p.4).

Posteriormente los autores en 2005 (p. 7) agregan a la definición, que el pensamiento crítico es un proceso de analizar (en los términos del propósito, cuestionamientos, conceptos que estructuran la información, las suposiciones bajo está, las conclusiones que se obtienen, las implicaciones que siguen a esas conclusiones y el punto de vista que los informa) y evaluar (en términos de claridad, veracidad, precisión, relevancia, profundidad, amplitud, lógica e importancia) de la información y del mismo pensamiento con el propósito de mejorarlo. Bajo esta línea el pensamiento crítico se constituye de las estructuras más básicas del pensamiento y los estándares intelectuales más básicos.

6.3.5 Habilidad para resolver problemas

Bados y García (2014) menciona que la resolución de problemas es un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema particular.

De acuerdo con Carrasco (2001), la solución de problemas como habilidad se sintetiza en los siguientes pasos concretos:

1. Definir el problema.
2. Identificar todas las opciones.
3. Analizar las opciones.
4. Escoger la mejor opción.
5. Realizar un autorrefuerzo si he aplicado los pasos anteriores de manera correcta.
6. Ponerla en práctica.
7. Evaluar los logros.

6.3.6 Capacidad de tomar decisiones

Gutiérrez (2004, p.4) definen la toma de decisiones como “el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, estas se pueden presentar en diferentes contextos: a nivel laboral, familiar, sentimental, empresarial, etc., es decir, en todo momento se toman decisiones, la diferencia entre cada una de estas es el proceso o la forma en la cual se llega a ellas. La toma de decisiones consiste, básicamente, en elegir una alternativa entre las disponibles, a los efectos de resolver un problema actual o potencial”.

El Instituto Internacional de Planteamiento de la Educación (IPE) en 2000 menciona que el proceso decisorio tiene cinco etapas:

1. Definir los objetivos y los propósitos de la decisión.
2. Reunir los hechos y la información necesarios para tomar la decisión..
3. Determinar los recursos de acción alternativos disponibles.
4. Considerar las ventajas y desventajas de cada alternativa y elegir la más apropiada.
5. Actuar para implementar la decisión de la mejor manera, controlar los efectos de la decisión y revisarla si fuera necesaria.

6.3.7 Empatía

La OMS en 1993, define la empatía como una capacidad innata de las personas que permite tender puentes hacia universos distintos al propio, para imaginar y sentir cómo es el mundo desde la perspectiva de la otra persona. Poder sentir con la otra persona facilita comprender mejor las reacciones, emociones y opiniones ajenas, e ir más allá de las diferencias, lo que nos hace más tolerantes en las interacciones sociales (EDEX, 2013).

Por otra parte, Balart (2013) indica que la empatía es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales. Asimismo menciona que de acuerdo al modelo, la competencia emocional de empatía se logra cuando combinamos a nivel intelectual la escucha activa, a nivel emocional la comprensión y a nivel conductual la asertividad.

6.3.8 Habilidad para comunicarse en forma asertiva

La comunicación consiste en el proceso por el cual se comparten ideas y pensamientos, transmitir y recibir mensajes, esto es el que envía el mensaje lo debe de hacer de manera clara y precisa, y el que lo recibe lo entiende adecuadamente y responde correctamente (Gutiérrez, 2011)

La OMS en 1993 define la comunicación asertiva como una comunicación efectiva que tiene que ver con la capacidad de expresarse de manera verbal como no verbal en forma apropiada a la cultura y las situaciones que se presenten. Esto significa que tiene que ver con la habilidad de decir los propios deseos como respuesta a una acción en particular en la que se pida participar y asimismo tiene que ver con la capacidad de pedir un consejos en un momentos de necesidad (Solís, 2015).

Llacuna y Pujol (2004) definen la comunicación asertiva como la habilidad personal que permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada

y sin negar ni considerar los derechos de los demás. Es decir, es una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva.

6.3.9 Negociación.

Carrión (2007) define a la negociación como el “proceso de comunicación por el que dos o más partes interdependientes y con intereses diferentes sobre uno o varios temas, tratan de alcanzar un acuerdo aproximándose por medio de concesiones mutuas” (p. 4).

6.3.10 Habilidad para manejar las tensiones o estrés.

En la propuesta realizada por la OMS en 1993 menciona que las tensiones son inevitables en la vida de todas las personas. El reto que representan no consiste en evadir las tensiones, sino en aprender a afrontarlas de manera constructiva, sin instalarse en un estado crónico de estrés. Por consiguiente define la habilidad para manejar las tensiones o estrés, como la habilidad que permite identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable (EDEX, 2013)

Capítulo 6. Autocuidado

5.1 Promoción de la salud

La presente investigación al plantearse como objetivo el conocer cómo influye la esperanza en el desarrollo de conductas de autocuidado para reducir factores de riesgo de la aparición del linfedema, se involucra en el tema de prevención que se encuentra inmerso dentro del tema de la promoción de la salud, es por ello que se requieren bases conceptuales de las mismas, para así entender el cómo generarlas, a su vez esto se relaciona con el autocuidado, el cual juega un papel esencial en la prevención y promoción de la salud.

La OMS (2016) define a la promoción de la salud como una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación, lo cual permitirá a la persona tener mayor control sobre su propia salud. Menciona que tiene tres componentes esenciales:

- a) *Buena gobernanza sanitaria*. Tiene que ver con que los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política, que tomen en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y que eviten que la gente enferme o se lesione.
- b) *Educación sanitaria*. Consiste en que las personas deben adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables.
- c) *Ciudades saludables*. Se refiere a que el ámbito municipal de las ciudades debe tener un liderazgo y compromiso para la planificación urbana saludable y poner en práctica medidas preventivas.

Con se ha mencionado antes, la prevención forma parte de la promoción de la salud, ya que al generar políticas de salubridad, brindar educación sanitaria, un compromiso para una ciudad saludable, etc., son formas de prevención, es decir, que se realizan acciones anticipatorias, que son aquellas acciones que tienen como objetivo impedir algún tipo de daño hacia la salud del que

previamente se está informado. Algunas de esas acciones tienen que ver con el informar, que consiste en avisar de los posibles daños que pueden aparecer si no se realizan conductas que reduzcan el posible daño que se avecina (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

En cuanto a la prevención del cáncer de mama la OMS (2018) promueve la lucha contra este tipo de cáncer en el marco de programas nacionales que abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. La OMS propone estrategias de prevención y control del cáncer de mama mediante la sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama.

Con respecto a la prevención de la secuela de linfedema a causa de los tratamientos para erradicar el cáncer de mama, la Sociedad Internacional de Linfología (2016), menciona que la prevención del linfedema se debe dar mediante la educación a la paciente en tres pasos principales:

1. Previo a la cirugía o radioterapia, se le debe dar a la paciente un consentimiento informado ya sea verbal o escrito sobre el riesgo del linfedema.
2. Posterior a la mastectomía, proporcionar instrucciones a las pacientes sobre la higiene de la piel y los ejercicios a realizar tras la cirugía para reducir factores de riesgo asociados a la aparición del linfedema y asimismo proporcionar información respecto a los primeros síntomas que pueden aparecer en la fase latente del linfedema, con el fin de diagnosticarlo de manera precoz.
3. Con diagnóstico de linfedema. Una vez instaurado el linfedema, se debe informar sobre las opciones de tratamiento y los resultados esperados desde un punto de vista realista.

5.2 Definición de autocuidado

El autocuidado ha sido reconocido como un recurso para la promoción de salud y gestión de los procesos de salud/enfermedad, presentando mayor importancia en lo que concierne a enfermedades crónicas que son la principal causa de mortalidad y morbilidad en todo el mundo.

Es por ello que en respuesta a la problemática del cáncer de mama a nivel mundial se ha tenido que buscar estrategias que favorezcan la prevención de la aparición de dicha enfermedad o a la prevención de un mayor agravamiento, donde juega un papel importante la participación activa del paciente, teniendo un rol de responsabilidad e implicación en el proceso de salud-enfermedad (Mafalda y Pontífice, 2015).

Un concepto que ha estado relacionado con la prevención es el autocuidado, el cual según Tobón (2003) lo define como aquellas prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o reestablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Por otra parte, Mafalda y Pontífice (2015) mencionan que este concepto está asociado a la autonomía, independencia y responsabilidad personal y puede ser conceptualizado como un proceso de salud y bienestar de los individuos innato pero también aprendido en la perspectiva de la capacidad de tomar iniciativa, responsabilidad y funcionar de forma eficaz en el desarrollo de su potencial para la salud. Por consiguiente, el autocuidado implica la planificación de actividades de aprendizaje para aumentar los conocimientos y capacidades del individuo para hacerle cara a las necesidades sentidas por su padecimiento.

Las actividades a realizar implican:

- Monitorización de señales y síntomas relacionados con la enfermedad e identificación de alteraciones.
- Interpretación del significado de esas señales y síntomas.
- Evaluación de las opciones disponibles para gestionar eficazmente los cambios
- Selección y ejecución de las acciones adecuadas.

Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) mencionan que el autocuidado en las mujeres con cáncer de mama tiene dos vertientes, las cuales surgen a partir de un proceso que ellos denominan “*Despertar para el autocuidado*”, este proceso se da cuando las mujeres reciben el diagnóstico de cáncer de mama y comienzan a percibir un cambio entre las conductas de autocuidado que

realizaban antes y después del diagnóstico, por consiguiente las mujeres despertaron para un cuidado hacia sí mismas caracterizado por la percepción del aumento de conductas de autocuidado que realizan después del diagnóstico debido a una mayor valía de sí mismas, asimismo las mujeres desarrollan un mayor control y compromiso de su propia vida y bienestar a partir de la enfermedad, siendo ésta un disparador para este cambio de comportamiento.

Una vez que las mujeres hayan despertado para el autocuidado desarrollarán dos tipos de autocuidado:

- *Autocuidado como empoderamiento.* El empoderamiento juega un papel importante en el autocuidado al fungir como estrategia o dispositivo por el cual el sujeto toma consciencia de que posee la habilidad y competencia para producir, crear, gestionar y transformar su propia vida y su entorno, al tornarse como protagonista de su historia. Por consiguiente el empoderamiento envuelve la vivencia de la subjetividad promovida por el padecimiento de cáncer de mama, a su vez este es construido por las relaciones de las redes de apoyo con las que cuenta la mujer, dichas redes de apoyan favorecen al desarrollo de la autoestima generado a partir del aprendizaje y ejercicio en las relaciones sociales, por lo tanto, el empoderamiento está asociado a un proceso de adquisición de autoestima.
- *Autocuidado para sí.* Otra dirección del autocuidado va al encuentro de un cuidado encaminado para sí mismo, para la sensibilización en relación a los aspectos personales de carácter más subjetivo, como un aumento de la capacidad de autopercepción.

Esta vertiente del autocuidado también tiene que ver con el cambio de enfoque del modelo femenino de autocuidado, es decir, culturalmente la mujer es percibida como generadora de conductas de cuidado dirigidas hacia los demás, pero pocas veces dirigidas hacia sí mismas, es por ello que la cultura muestra muchas veces algo que parece una dicotomía: ser para los demás *vs.* ser para sí, dado esto la otra vertiente del autocuidado se enfoca en mirar para sí que en vez de mirar para los demás. Este cuidado dirigido para sí mismo se relaciona con un conjunto de actividades escogidas por las mujeres como fuentes de salud y bienestar, dado a que la mujer en este punto tiene las condiciones para decidir con la libertad y autonomía, lo que va hacer con su cuerpo, de acuerdo a sus intereses, pensando en su bienestar.

Dado lo anterior el autocuidado promueve principalmente el empoderamiento y responsabilidad del individuo hacia su salud, a través de lo cual busca y mantiene un estilo de vida saludable, es por ello que el autocuidado representa el estilo de vida individual que permitiría reducir o eliminar las conductas de riesgo relacionadas con la salud (Solis, 2015).

5.2.1 Autocuidado en el cáncer de mama

Cuando se habla de enfermedades crónico-degenerativas los tratamientos son relativamente complejos, prolongados y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar. Algunas de las conductas de autocuidado que debe realizar el paciente en su proceso de salud-enfermedad son por ejemplo, seguir un plan alimenticio personalizado y cuidar su peso corporal, llevar a cabo actividades físicas de manera continua, atender las indicaciones farmacológicas correspondientes, realizar visitas a diferentes especialistas de la salud, etc. (Del Castillo, Romero, Iglesias y Reyes, 2015).

El cáncer de mama al pertenecer al grupo de padecimientos crónico-degenerativos no queda exento de los cambios de estilo de vida que debe realizar el paciente e incluso su familia para vencer o controlar dicho padecimiento, asimismo el paciente debe realizar una serie de conductas de autocuidado para reducir factores de riesgo de ciertas secuelas que pueden surgir a partir del tratamiento empleado para erradicar el cáncer.

De Castro y Moro (2012), mencionan que en cuanto a las conductas que la mujer debe realizar frente a su padecimiento de cáncer de mama se ven involucrado ciertos factores psicosociales, tales como, la concepción social que se tenga respecto al cáncer de mama, los estigmas frente a la pérdida de un seno, el papel de la mujer ante la sociedad, la perspectiva que se tenga ante la sexualidad, etc. Estos factores contribuyen a que la mujer llegue a tener o no una representación negativa del cáncer de mama, lo cual se relacionará en parte con la realización de conductas de autocuidado. Por otro lado estos autores exponen que las conductas de autocuidado pueden variar dependiendo en la en qué situación se encuentre la mujer con cáncer de mama, por ejemplo, durante:

– *La prevención del cáncer de mama.*

Uno de los factores que contribuyen a que las mujeres desarrollen conductas de autocuidado dirigidas a la prevención del cáncer tiene que ver con el juicio valorativo que realicen respecto a la amenaza latente ante su salud física y emocional, sino realizan acciones que reduzcan factores de riesgo para contraer dicha enfermedad. Algunos ejemplos de conductas de autocuidado dirigidas para la prevención del cáncer de mama son: la autoexploración, realizar ejercicio, reducir el consumo de alcohol, tener una dieta balanceada, realizarse periódicamente la mastografía a partir de los 40 años, etc.

– *El tratamiento del cáncer de mama.*

Las conductas de autocuidado en el tratamiento principalmente van encaminadas al manejo de los síntomas, prevención de complicaciones y ajustes en los hábitos de vida. En el caso concreto del cáncer de mama las prácticas de autocuidado se relacionan directamente con los efectos secundarios que aparecen como consecuencia de los tratamientos con respecto a la imagen corporal y al estado de ánimo.

– *El pos-tratamiento del cáncer de mama.*

Las conductas de autocuidado se tienen que realizar inmediatamente de que se haya concluido el tratamiento que se les haya indicado. En ocasiones las mujeres que han sobrevivido al cáncer de mama pueden presentar secuelas físicas y psicológicas, que les impide seguir con su vida en adelante.

5.2.2 Conductas de autocuidado del linfedema

Latorre et al. (2005) y Mendoza (2017), realizaron un enlistado de las conductas de autocuidado que deben realizar las mujeres con cáncer de mama que recibieron tratamiento de mastectomía radical con extirpación de ganglios linfáticos y por otro lado que hayan recibido o reciban tratamiento de radioterapia axilar. Las conductas de autocuidado para reducir factores de riesgo para la aparición del linfedema son:

- *Vestimenta- ropa:*

- El sujetador del brasier debe tener tirantes anchos y acolchados para evitar comprimir la zona del hombro, sin aro metálico para evitar la compresión.

Se debe evitar:

- Colocar el bolso en el hombro afectado.
- Llevar reloj, pulseras y anillos para que estos no hagan presión en la muñeca o el antebrazo afectado.
- Usar ropa interior que comprima el pecho y los hombros.
- Usar camisas con puños apretados o elásticos, que impidan el retorno de la circulación.

- *Aseo personal-cuidados:*

- Extremar el cuidado de la piel, lavándose con jabones neutros, se debe hacer con suavidad y minuciosidad tanto en los pliegues y entre los dedos para evitar infecciones.
- Utilizar crema hidratante para mantener la piel saludable.
- Rasurar la axila con maquina eléctrica.
- Cortar las uñas con cortaúñas.
- En la piscina o en la playa es necesario vestir con una camisa ligera cubriendo el pecho y los brazos.
- Utilizar protector solar y evitar las horas de máximo sol (12 a 16 horas).

No:

- Cortar las uñas con tijeras y cutículas.
- Morderse las uñas y quitarse los padrastos.
- Utilizar rastrillo o cera (caliente o fría) para depilar la axila.
- Utilizar sauna y evitar baños de sol.

- *Alimentación:*

- Dieta equilibrada y rica en frutas, verduras y legumbres.

Evitar:

- Sobrepeso

- Consumo de alcohol y tabaco.
- Exceso de sal.
- *Trabajo y tareas domésticas*
 - Utilizar carro con ruedas para hacer las compras.
 - Guantes para manipular el horno, sartenes y otros trabajos de cocina.
 - Utilizar dedal para coser.No:
 - Cargar más de 2 Kg de peso con el brazo afectado.
 - Lavar ni fregar los utensilios de cocina con agua muy caliente.
 - Permanecer mucho tiempo con el brazo levantado (tender ropa, limpiar las ventanas).
- *Actividad física-ocio:*
 - Si se práctica jardinería, utilizar guantes para evitar heridas.
 - La natación se recomienda a las pacientes como ejercicio.Evitar:
 - Sobreesfuerzos y más aún los deportes que utilizan excesivamente los brazos (golf, tenis, esquiar).
- *Animales domésticos*
Evitar:
 - Mordeduras, arañazos y picaduras de insectos en el brazo afectado.
- *Procedimientos sanitarios*
 - Ante cualquier herida, lavar con agua y jabón, además desinfectarla con un antiséptico.Evitar:
 - Tomar la presión arterial en el brazo afectado.
 - Las punciones en el brazo afectado: inyecciones, extracciones de sangre, agujas de acupuntura y vacunas.

- En el caso de padecer Diabetes Millitus, no realizar glucemina capilar en los pulpejos de los dedos del brazo afectado.
- *Sueño:*
 - Es recomendable que la mujer duerma con el brazo por encima del nivel del corazón, para ello una forma apropiada sería dormir con almohadas debajo del brazo afectado, de manera que la parte más distal esté más alta que la parte proximal.
- *Viajes en avión:*
 - Utilizar una venda de comprensión cuando tengan viajes prolongados, incluso cuando no tengan linfedema.

5.3 Hallazgos sobre el autocuidado del linfedema

Diversos estudios se han realizado respecto al autocuidado en el linfedema, entre dichos estudios se encuentra el realizado por Ridner, Dietrich y Kidd (2011), con 51 pacientes con cáncer de mama, verificaron que las mujeres creen que las informaciones recibidas son insuficientes para evitar y cuidar el linfedema, y que usan pocos minutos al día en su autocuidado, concretamente 33% de las pacientes emplean menos de 15 minutos.

Andachi y Vergara (2012), llevaron a cabo un estudio para conocer las técnicas de autocuidado que realizan las mujeres mastectomizadas para prevenir el linfedema, los resultados de dicho estudio revelaron que las mujeres participantes del estudio no realizan conductas adecuadas para prevenir el linfedema, lo cual se relacionó con el poco conocimiento que tienen sobre esta secuela del tratamiento del cáncer de mama, ya que 70% reportó desconocer sobre el tema.

En 2017 Mendoza, realizó un estudio en 89 mujeres mexicanas mastectomizadas por cáncer de mama, donde encontró que la no realización de ciertas conductas de autocuidado aumentan significativamente el riesgo de padecer linfedema, tales conductas fueron: la no revisión diariamente de su brazo afectado, no aplicar repelentes de insectos para prevenir infecciones, no

utilizar prótesis mamaria, no utilizar manga de compresión y no utilizar ropa de compresión para realizar sus actividades diarias.

Por otro lado, Alda (2013), realizó un programa de intervención con el fin de prevenir el linfedema en 60 mujeres que tuvieron tratamiento de radioterapia axilar y linfadenectomía axilar, durante un periodo de dos años, a las cuales se les brindó educación sobre conductas de autocuidado para prevenir el linfedema y por otro lado se les dio tratamiento a las mujeres que hayan desarrollado linfedema durante este periodo de tiempo, los resultados derivaron que 14 mujeres desarrollaron linfedema, lo que supone 23.3% de incidencia, por consiguiente las mujeres que participaron en el programa de prevención del linfedema tienen entre 6.5% a 11.5% de disminución para la incidencia de aparición del linfedema.

Capítulo 7. Método

Objetivo General:

- Proponer una estrategia de autocuidado para incrementar los conocimientos, práctica y percepción para la prevención de linfedema en mujeres con cáncer de mama mediante la promoción de esperanza y el enfoque de habilidades para la vida.

Objetivos específicos:

- Diseñar el programa del taller psicoeducativo como estrategia para la promoción del autocuidado para la prevención de linfedema.
- Identificar la relación entre esperanza y autocuidado a partir del análisis de datos que se obtendrán.
- Determinar qué habilidades para la vida influyen en el desarrollo de la esperanza.
- Identificar las habilidades para la vida que cuentan las mujeres con cáncer de mama antes y después de la aplicación del taller psicoeducativo.
- Identificar las habilidades para la vida que influyen en el desarrollo de conductas de autocuidado para la reducción de factores de riesgo del linfedema.
- Conocer el nivel de autocuidado que tienen las participantes antes y después de la intervención.
- Identificar los elementos cognitivos y conceptuales de la esperanza y habilidades para la vida en el desarrollo de conductas de autocuidado.

Preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el efecto de un taller psicoeducativo con enfoque de habilidades para la vida sobre la esperanza y autocuidado para la prevención de linfedema en mujeres con cáncer de mama?
- ¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres con cáncer de mama sobre la esperanza y habilidades para la vida en su autocuidado?

Hipótesis:

- Las mujeres con cáncer de mama que participen en el taller psicoeducativo con enfoque de habilidades para la vida incrementarán su esperanza, conocimientos, práctica y autopercepción del autocuidado para la prevención de linfedema.

Diseño de investigación

El tipo de método utilizado en esta investigación fue de tipo mixto, el cual representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández y Mendoza, 2008).

El diseño fue de triangulación concurrente, donde de manera simultánea (concurrente) se recolectan y analizan datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación aproximadamente en el mismo tiempo. Durante la interpretación y la discusión se terminan de explicar las dos clases de resultados y se efectúan comparaciones de las bases de datos (Hernández, 2010).

Variables:

- Habilidades para la vida
- Esperanza
- Nivel de conocimientos de conductas de autocuidado.
- Nivel de práctica de conductas de autocuidado.
- Nivel de percepción de autocuidado.

Definición conceptual:

- *Esperanza*. Según Snyder (2000) es un conjunto de cogniciones basadas en dos componente básicos: la capacidad de planificar vías para alcanzar objetivos deseados a pesar de los obstáculos (*pathways*) y una agencia exitosa o motivación para seguir estas vías (*agency*) y llegar a ellas.

- *Habilidades para la vida*: Mangrulkar, Vince, Whitman y Posner (2001, pp. 4-5), definen las habilidades para la vida como las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y que las diferencia según sus ámbitos de acción como: habilidades sociales e interpersonales, las cuales son un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales que son esenciales para obtener objetivos afectivos e instrumentales; habilidades cognitivas, están constituidas por operaciones del pensamiento por medio de las cuales el sujeto puede apropiarse de los contenidos y del proceso que usó para ello; y habilidades para manejar emociones, son las habilidades que implican reconocer las emociones propias y de los demás, siendo conscientes de cómo estas influyen en el comportamiento y así mismo siendo capaces de responder a éstas apropiadamente, ya que el control apropiado de las emociones en una situación difícil permitirá manejar y resolver de mejor manera la problemática.

- *Conocimiento y práctica de conductas de autocuidado*. Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) mencionan que el autocuidado es una estrategia o dispositivo de empoderamiento por el cual se toma consciencia de que posee la habilidad y competencia para producir, crear, gestionar y transformar su propia vida y su entorno, al tornarse como protagonista de su historia. También tiene que ver con la libertad y autonomía que tiene la mujer para escoger y realizar un conjunto de actividades como fuentes de salud y bienestar. Aunado a esta definición se considera que la mujer con cáncer de mama tiene la capacidad de tomar conciencia de adquirir conocimientos para su autocuidado relacionadas la prevención de linfedema y así mismo es responsable de incluirlas en su estilo de vida y llevarlas a la práctica.

- *Percepción del autocuidado*: Conocimiento y potencialidad del individuo para realizar habitualmente actividades de autocuidado y así mismo cumpla con las demandas de autocuidado terapéutico (Millán Méndez, 2010).

Definición operacional:

- *Esperanza:* Se evaluó mediante la Escala de Esperanza desarrollada por Sánchez (2013) que consta de 22 reactivos con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert que van de “Nunca o Casi nunca” a “Siempre o Casi siempre”. Asimismo la escala está conformada de cinco factores (manejo de economía, salud, relaciones interpersonales, apoyo social, componente generales), los cuales tienen una consistencia interna conformada con un Alfa de Cronbach que oscila entre 0.88 a 0.69.
- *Habilidades para la vida:* se utilizó el Test de Habilidades para la Vida elaborado por Díaz et al. en 2013, que evalúa las diez habilidades para la vida (conocimiento de sí mismo, comunicación efectiva y asertiva, empatía, relaciones interpersonales, solución de problemas, toma de decisiones, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de las emociones y sentimientos, y manejo de tensiones y estrés), consta de 44 ítems de tipo Likert, que van de “Nunca o Casi nunca” a “Siempre o Casi siempre”.
- *Conductas de autocuidado.* Se evaluó mediante la parte de conductas de autocuidado del Instrumento de Linfedema Behavior Checklist-Reducción (LRRB) validado en población mexicana por Mendoza (2017) que tiene un coeficiente de Kuder-Richardson (KR) de consistencia interna de 0.923. Dicho instrumento se conforma de 21 ítems, con respuestas tipo dicotómicas (sí o no) y respuestas de tipo Likert que van de “Nunca o Casi nunca” a “Siempre o Casi siempre”.
- *Percepción del autocuidado.* Se utilizó una escala de porcentaje, donde los valores oscilaban del 0% a 100%, en el cual las participantes tenían que marcar cuál era su nivel en porcentaje de autocuidado al inicio del taller y qué grado de alcance habían obtenido al final de la intervención.

Participantes

La muestra se conformó por 26 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, con tratamiento quirúrgico más disección ganglionar. Los criterios de inclusión y de exclusión para su participación en el taller psicoeducativo fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 - Ser mayores de 40 años de edad.
 - Que acudan a la Clínica de Linfedema y/o a terapia psicológica grupal o individual en un Hospital del sector público localizado al oriente de la Ciudad de México.
 - Acepten participar y firmen libremente el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - No haber tenido disección ganglionar.

Muestreo

La forma de muestreo fue de tipo accidental e intencional, debido a que las participantes fueron seleccionadas mediante su asistencia a la Clínica de Linfedema y/o terapia psicológica grupal o individual en un Hospital de Tercer Nivel del sector público, ubicado al oriente de la Ciudad de México.

Instrumentos

- *Cédula de datos sociodemográficos y clínicos*: Para la caracterización de la muestra se pidieron datos sociodemográficos tales como, edad, grado de escolaridad (sin estudios, primaria, secundaria, bachillerado, licenciatura y posgrado), estado civil (con pareja o sin pareja).

Con respecto a los datos clínicos se les pidió, año de diagnóstico, estadio del cáncer de mama, año de cirugía, en caso de recidiva año de diagnóstico y lugar del tumor, tipo de cirugía (cuadrantectomía o mastectomía radical) tipo de tratamiento (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia), si se encuentran tomando algún tipo de tratamiento, lado de la cirugía (lado dominante o no dominante), número de ganglios extirpados, ausencia o presencia de linfedema y si asisten algún tipo de tratamiento psicológico (grupalo o individual).

- *Habilidades para la vida*. Se utilizó el Test de Habilidades para la Vida elaborado por Díaz et al. en 2013, que consta de 80 ítems de tipo Likert, con las siguientes opciones de respuesta: Siempre (S), Casi siempre (CS), Algunas veces (AV), Casi nunca (CN) Y Nunca (N), las cuales se les asigna un valor de 5 a 1, donde una direccionalidad positiva tiene el valor máximo (5 equivale a la respuesta “Siempre” y 1 equivale a la respuesta “Nunca”) y una direccionalidad negativa tiene el valor menor (5 equivale a la respuesta “Nunca” y 1 equivale a la respuesta “Siempre”).

El test se conforma por 10 dimensiones, las cuales son los diez tipos de habilidades para la vida que propuso la OMS en 1993. Dichas dimensiones tienen una consistencia interna conformada con un Alfa de Cronbach que oscila entre 0.843 a 0.492. Cada dimensión cuenta con 8 ítems, dando un total de 80 ítems.

Tabla 1.

Dimensiones de las habilidades para la vida (Díaz et al., 2013).

Dimensión	Definición	α
Conocimiento de sí mismo.	Reconocimiento de nuestra personalidad, características, idiosincrasia, fortalezas, debilidades, aspiraciones, expectativas, etc.).	0.669
Empatía	Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y desde esa posición captar sus sentimientos.	0.755
Comunicación efectiva y asertiva.	Habilidad para expresarse de manera apropiada al contexto relacional y social en el que se vive.	0.615
Relaciones interpersonales.	Competencia para interactuar positivamente con las demás personas.	0.666
Toma de decisiones.	Capacidad para construir racionalmente las decisiones cotidianas de nuestra vida.	0.662
Solución de problemas y conflictos.	Destreza para afrontar constructivamente las exigencias de la vida cotidiana.	0.583
Pensamiento creativo.	Utilización de los procesos de pensamiento para buscar respuestas innovadoras a los diversos desafíos vitales.	0.843
Pensamiento crítico.	Capacidad para analizar con objetividad experiencias e información, sin asumir pasivamente criterios ajenos.	0.791
Manejo de sentimientos y emociones.	Reconocimiento y gestión positiva de nuestro mundo emocional.	0.689
Manejo de tensiones y estrés.	Capacidad para reconocer nuestras fuentes de tensión y actuar positivamente para su control.	0.492

- *Esperanza*. La información de esperanza se obtuvo mediante la Escala de Esperanza (Sánchez, 2013) que parte de la Teoría de Snyder (2000) retomando los aspectos cognoscitivos y emocionales de los componentes generales de la esperanza.

Se compone de 22 ítems con una escala de tipo Likert, asignando valores del 1 a 4 (Nunca=1, Casi nunca=2, Casi Siempre=3 y Siempre= 4). Siendo la puntuación menor igual a 22 puntos, mientras tanto la puntuación mayor será igual a 88 puntos.

La consistencia interna de las sub-escalas obtuvo un alfa de Cron Bach que oscila de 0.88 a 0.69. La escala está estructurada por cinco factores, los cuales se describen en la tabla 2.

Tabla 2.

Descripción de los factores de Esperanza (Sánchez, 2013)

Factores	Definición	No. de ítems	α	Rango de puntuación
Manejo de la economía	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar el manejo de recursos financieros.	5	.87	5-20
Salud	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar las condiciones actuales de la salud.	5	.88	5-20
Relaciones interpersonales	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar la calidad de las relaciones con las demás personas.	5	.82	5-20
Apoyo social	Recursos cognitivos y emocionales relacionados a brindar y recibir apoyo de los demás.	4	.69	4-16
Componentes generales	Recursos cognitivos y emocionales para establecer metas y estrategias generales	3	.69	3-15

– *Conductas de autocuidado.* Se evaluó mediante el Instrumento de Lymphedema Behavior Checklist-Reduction (LRRB), que consta de 70 preguntas del cual solamente se tomará el apartado de conductas de autocuidado que consta de 21 ítems. Dicho instrumento fue validado por Mendoza (2017) con una muestra de 89 mujeres mexicanas con cáncer de mama. El cuestionario incluye un listado de conductas de autocuidado, los cuales se dividen en cuatro dominios:

- Prevención de infecciones.
- Prevención de quemaduras y lesiones musculares.
- Restricción al calor excesivo.
- Promoción del drenaje linfático.

Hay dos tipos de respuestas, las cuales son: dicotómicas (si o no) y tipo Likert con valores que oscilan de 1 a 5 (1=Nunca, 2=Casi Nunca, 3=A veces, 4=Casi Siempre, 5=Siempre), la escala tipo Likert proporcionara información sobre la frecuencia de la realización de dichas conductas de autocuidado.

– *Entrevista semiestructurada.* Con el objetivo de identificar los elementos cognitivos y conceptuales que influyen en el desarrollo de esperanza y habilidades para el desarrollo de conductas de autocuidado se realizó una entrevista semiestructurada antes y después del taller. Para el diseño de la entrevista se utilizó como marco referencial la teoría de esperanza de Snyder (2002), para la identificación de la relación entre esperanza, habilidades para la vida y autocuidado. Asimismo se usó como guía para la formulación de preguntas los formatos de entrevista semiestructurada desarrollados y empleados por Sánchez (2013).

Las preguntas utilizadas antes de la implementación del taller fueron:

1. ¿Qué es la esperanza para usted?
2. ¿Tiene esperanza?
3. ¿Cuáles son sus metas en torno al cáncer de mama y a su salud en general?

4. ¿Cuáles serían los obstáculos que pueden influir en el cumplimiento de sus metas?
5. ¿Con qué tipo de apoyos cuenta para lograr el cumplimiento de sus metas?

Las preguntas utilizadas al final de la implementación del taller fueron:

1. ¿Qué es la esperanza para usted?
2. ¿Cómo le ha ayudado la esperanza en el desarrollo de su autocuidado?
3. ¿Cómo le han ayudado las habilidades para la vida en su autocuidado?

Consideraciones Éticas

Siguiendo la Norma Oficial Mexicana (NOM-004-SSA3-2012), las participantes firmaron un término de consentimiento informado (ver anexo 1), así respetando los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Comunicándoles sobre los objetivos de la investigación, su participación para la resolución de cuestionarios, entrevistas, monitoreo por llamadas telefónicas que se realizaron previo a la implementación del taller, durante y al término de éste.

Para la protección de la identidad de las participantes las citas provenientes del discurso de las entrevistas realizadas sus nombres fueron sustituidos por iniciales.

Procedimiento

El procedimiento por el cual se realizó dicha intervención se dividió en cuatro fases (ver figura 4).

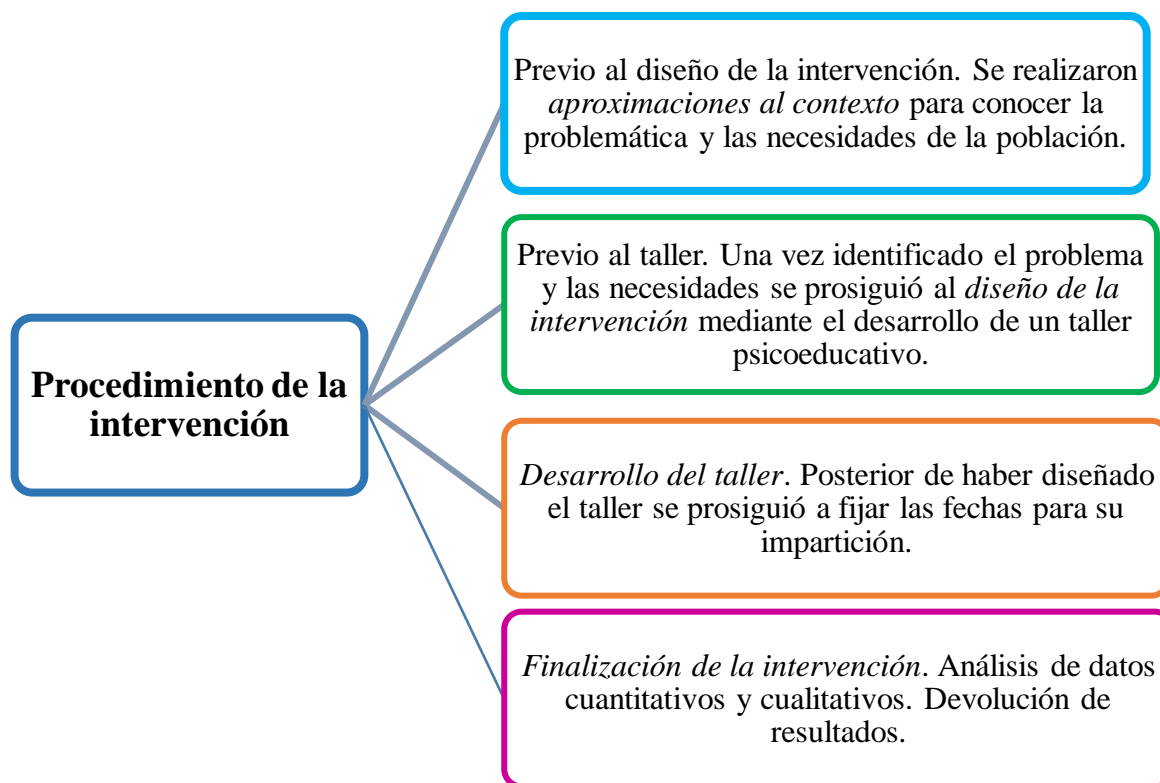


Figura 4. Diagrama de flujo del procedimiento de la intervención.

Fuente: elaboración propia

A continuación se presenta con mayor detenimiento la descripción de cada fase del proceso de intervención.

– *Fase 1: aproximación al contexto.*

La aproximación del contexto para identificar la problemática y las necesidades primordiales se dio mediante dos tipos:

- a) Aproximación documental. Debido a que la presente investigación se basa en un trabajo transdisciplinario, es decir, se trabaja conjuntamente con el área de

enfermería que labora en una Clínica de Linfedema dentro de un Hospital de Tercer Nivel de la Ciudad de México, se conoció la demanda realizada por ésta ante la necesidad y la importancia de llevar un trabajo transdisciplinario mediante la colaboración del área de psicología para la realización de una intervención psicológica asociada a la problemática que han detectado sobre la falta de conductas de autocuidado ejercidas por las mujeres que han sido tratadas para erradicar el cáncer de mama, con el fin de que las mujeres tomen un papel activo en su cuidado para la reducción de factores de riesgo de linfedema, el cual es una secuela del tratamiento quirúrgico, específicamente la cirugía de mastectomía radical modificada en la cual hay extirpación de ganglios linfáticos además de la radioterapia.

Una vez delimitada la problemática se prosiguió a buscar información en la literatura sobre las características de la población, es decir, sobre los aspectos físicos, económicos, psicológicos y sociales que conlleva el cáncer de mama en las mujeres que lo padecen al igual que la secuela de linfedema.

- b) Aproximación directa con la población. Se realizó un contacto directo con mujeres con cáncer de mama mediante las reuniones mensuales del grupo psicoterapéutico llamado “Fe y Esperanza” y por medio de los talleres de autocuidado para la prevención de linfedema realizados por la misma institución, donde se participaba de manera activa como psicóloga, por consiguiente estos primeros contactos sirvieron como medios para poder identificar en primera instancia las problemáticas a las que se enfrentan dichas mujeres como también identificar las necesidades primordiales que tienen.
- *Fase 2: diseño del taller.* Con base a la problemática referida por la institución y la identificación de las necesidades de la población por medio de una investigación exhaustiva de la literatura y del contacto directo con la población se pudieron identificar las siguientes problemáticas y necesidades:

- Complicaciones psicológicas que conlleva el cáncer de mama y linfedema, tales como: sentimientos de desvalorización, tristeza, enojo, culpabilidad, frustración, etc., los cuales repercuten en su autoestima y en su estado emocional, propiciando a la vez aislamiento social; dificultad para reintegrarse en el trabajo, problemas de pareja a causa de sentimientos de sentirse menos mujer por la pérdida de seno que repercute en la sexualidad de la mujer; problemas de comunicación con los hijos y la pareja, estrés crónico, los cuales son factores que contribuyen al desarrollo de trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, trastornos del sueño.
- Falta de información sobre qué es el linfedema y cómo se puede prevenir, y su poca promoción en el sector salud.
- Falta de herramientas cognitivas, sociales y de regulación emocional que le permita a las mujeres hacerle frente de manera adaptativa a las problemáticas que trae consigo el cáncer de mama, tales como, cambios en los estilos de vida.
- Necesidad de que la mujer con cáncer de mama participe de manera activa y responsable en su proceso salud-enfermedad mediante la realización de conductas de autocuidado.
- Necesidad de un tratamiento integral para las mujeres con cáncer de mama.

Con base a las problemáticas y necesidades mencionadas anteriormente se diseñó una intervención basada en la psicología positiva que se enfoca en el estudio de las fortalezas del ser humano que potencializan sus capacidades para lograr un bienestar óptimo, por consiguiente se seleccionó la fortaleza de esperanza y su integración con el enfoque de habilidades para la vida (ver figura 5).

Según la teoría de esperanza de Snyder (2002), la cual se tomó como sustento teórico para el diseño de la intervención, la esperanza es una fortaleza que consiste no tan solo en pensar positivamente en el futuro sino también en trabajar para lograrlo, por consiguiente la esperanza se basa en dos componentes principales, siendo uno de ellos las vías, que consiste en que la persona busque y cree caminos que le permitan llegar a su meta y asimismo vencer sus obstáculos que se le pueden presentar a lo largo del camino, por otro lado, se compone de la agencia, que consiste en la motivación que tiene la persona para cumplir su meta y la cual va aumentar conforme tenga más posibilidades de cumplirla.

Con base a los elementos que conforma la esperanza se tiene la hipótesis en esta investigación de que estos pueden ser un medio para la generación de conductas de autocuidado en las mujeres para la prevención de linfedema.

Debido a que las habilidades para la vida son consideradas como aquellas habilidades que le permite al individuo actuar de manera competente en distintas situaciones de la vida, se propone que éstas puedan fungir como las vías que necesita la mujer con cáncer de mama para poder vencer los obstáculos que se le presenten a lo largo del camino para lograr desarrollar su autocuidado y así reducir factores de riesgo para la presencia de linfedema, asimismo se tiene la hipótesis de que estas habilidades pueden influir en el desarrollo de la esperanza.

En la figura 4 se ilustra la propuesta de la promoción de la esperanza por medio del enfoque de habilidades para la vida para el desarrollo de conductas de autocuidado, el cual fue la base del diseño de la intervención.

Por cuestiones administrativas de la institución y considerando la economía de las mujeres sobre el gasto de transporte para llegar al Hospital la aplicación del taller psicoeducativo se diseñó en tres bloques, cada bloque con tres sesiones de cinco horas, dando un total de 15 horas por bloque y con total global de 45 horas.

En cada sesión por bloque se abordaron dos habilidades para la vida, sin embargo, en la primera sesión se abordó la definición de esperanza y de habilidades para la vida, mientras que en la segunda se abordaron los temas de conceptos generales de linfedema y conductas de autocuidado para su prevención.

Por otro lado, entre la aplicación de cada bloque se dejó un intervalo de tiempo de tres semanas con el fin de que en ese periodo las participantes pusieran en práctica las habilidades para la vida vistas en cada uno de los bloques y asimismo realicen las actividades que se fijaron para llevar a cabo su autocuidado día a día para la reducción de factores de riesgo del linfedema.

Durante el intervalo de tiempo se implementó un monitoreo por vía telefónica a las participantes, que consistió en realizarles una llamada entre el intervalo de tiempo entre el bloque uno y el bloque dos, como también entre el bloque dos y el bloque tres, para conocer cómo han implementado las habilidades para la vida vistas en cada bloque para su autocuidado, qué beneficios obtuvieron con su implementación, cómo se sintieron al aplicarlas y cómo estas habilidades les han utilizado para el cumplimiento de sus metas.

Por otra parte se buscó que el monitoreo por vía telefónica fungiera como un elemento del desarrollo de agencia en la esperanza, es decir, que la llamada telefónica fuera un estímulo externo para la motivación de la acción de las vías y por ende el cumplimiento de metas.

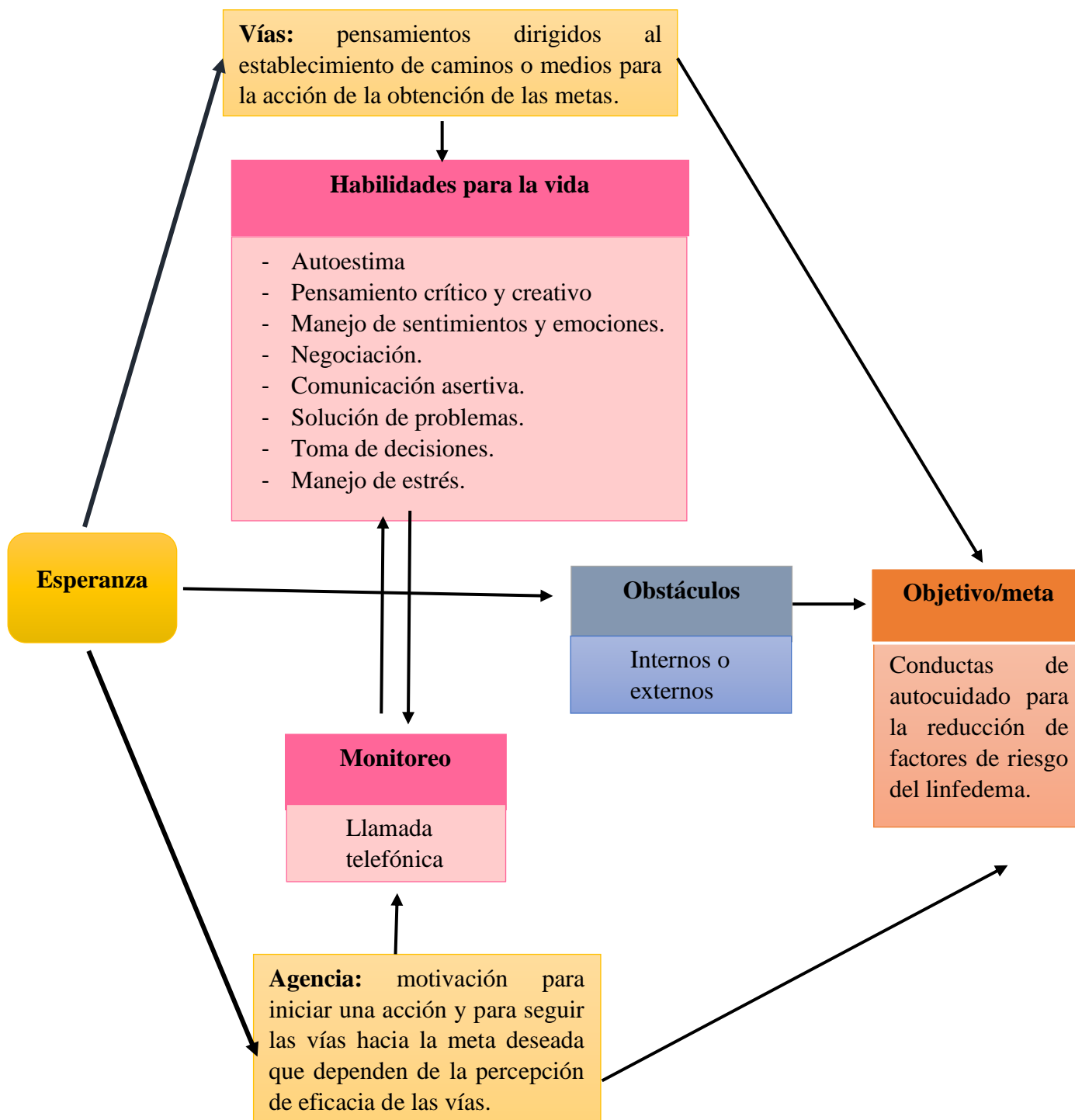


Figura 5. Unificación de la Teoría de Snyder y habilidades para la vida para el autocuidado

Fuente: elaboración propia.

Debido a que el objetivo general de esta investigación es brindar una propuesta de intervención para generar conductas de autocuidado para la prevención de linfedema, se diseñó un manual para la aplicación de dicha intervención, el cual se constituye por dos elementos, el primero consta de la parte psicoeducativa de los siguiente tópicos: linfedema, autocuidado, esperanza y las 10 habilidades para la vida propuestas por la OMS, es decir, se brinda información sobre la definición, estrategias de aplicación y beneficios de cada una de las habilidades para la vida y sobre los tópicos de esperanza y autocuidado, y el segundo elemento se constituye por la propuesta didáctica que incluye cartas descriptivas sobre las actividades didácticas que se implementaron para que las participantes pusieran en práctica las estrategias enseñadas para el desarrollo de su esperanza, habilidades para la vida y sus conductas de autocuidado.

– *Fase 3: aplicación del taller.*

Se abrieron dos grupos para el taller, uno con un turno matutino y otro con un turno vespertino, dónde el primer bloque del taller psicoeducativo se aplicó en el mes de abril, mientras que el bloque dos se aplicó en el mes de mayo y el último bloque se aplicó en el mes de junio. Se elaboró propaganda para la promoción del taller y se difundió por medio del grupo terapéutico “Fe y Esperanza”, la Clínica de Linfedema y por medio de Trabajo Social del hospital.

El diseño de la intervención contemplaba tres bloques, sin embargo, algunas cuestiones de salud y personales de algunas participantes impidieron que asistieran a una o dos sesiones de alguno de los bloques por lo tanto se tuvo que agregar un cuarto bloque, diseñado exclusivamente para la recuperación de alguno de los temas que se trataron en la o las sesiones que faltaron.

Este bloque se dio una semana después del término del tercer bloque, por cuestiones administrativas de la institución. Dicho bloque se conformó por dos sesiones de 5 horas cada una. Cabe mencionar que debido a esta situación la aplicación de instrumentos se hizo de manera inmediata terminado el tercer bloque o una semana después debido a la finalización del bloque de recuperación.

En la siguiente tabla se describen las actividades realizadas en cada uno de los bloques de la intervención.

Tabla 3.

Descripción de los bloques del taller psicoeducativo.

Número de bloque	Número de sesión	Descripción de la sesión	Número de horas por sesión	Total de horas por bloque
Bloque 1	Sesión 1	Se llevó a cabo la aplicación de pre-test, presentación de los objetivos de la investigación e introducción sobre el tema de esperanza, habilidades para la vida y autocuidado, asimismo se llevaron a cabo las siguientes actividades didácticas: <ul style="list-style-type: none"> - Conociéndonos. - Por una convivencia sana. - Habilidades para la vida: una nueva esperanza para mi autocuidado. - Mantén la esperanza y no perderás de vista tus metas. - Construyendo mi futuro. - Integración temática: “Me voy de viaje y me llevo...” 	5 horas	15 horas
	Sesión 2	Se brindó psicoeducación sobre qué es el autocuidado, y comunicación efectiva y asertiva, se brindaron estrategias para su desarrollo y llevaron a cabo las siguientes actividades didácticas para su práctica: <ul style="list-style-type: none"> - Recapitulación: “la pelota de la participación” - Conociendo mi sistema linfático. - Autocuidado un compromiso conmigo misma. - Llevando la teoría a la práctica. - Comunicación asertiva: una herramienta para mi autocuidado. 	5 horas	

		<ul style="list-style-type: none"> - Entrando en contacto conmigo y con los demás. - Aprendiendo a expresarme. - Integración temática: Con unos minutos se entiende la gente. 	
	Sesión 3	<p>Psicoeducación sobre qué es la habilidad de conocimiento de sí mismo (autoestima) manejo de sentimientos y emociones, asimismo se brindaron estrategias para su desarrollo y se llevaron a cabo las siguientes actividades didácticas para su práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recapitulación. - Autoestima: una herramienta para mi autocuidado. - Valorando mis logros. - El contrato del cambio. - Encontrándome conmigo misma. - Manejo de sentimientos y emociones: una herramienta para mi autocuidado. - Reencontrándome con mis emociones - ¿Cómo siento las emociones en mi cuerpo? - Integración temática: resolviendo dudas. 	5 horas
Intervalo de tiempo entre bloques	Tres semanas	Se llevaron a cabo llamadas telefónicas a cada una de las participantes, para conocer su progreso en el cumplimiento de sus metas y aplicación de las habilidades para la vida vistas en el Bloque 1 para su autocuidado y resolución de dudas.	
Bloque 2	Sesión 4	<p>Se brindó psicoeducación sobre qué es la habilidad de pensamiento crítico, pensamiento creativo y empatía. , asimismo se brindaron estrategias para su desarrollo y se llevaron a cabo las siguientes actividades didácticas para su práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recapitulación: mi meta es el autocuidado. - Pensamiento crítico: una herramienta para mi autocuidado. - ¿Por qué sí? ¿Por qué no? 	5 horas
			15 horas

	<ul style="list-style-type: none"> - Desde mi experiencia como paciente o sobreviviente de cáncer de mama. - Pensamiento creativo: Una habilidad para mi autocuidado. - Disipando mitos de manera creativa. - Integración temática: resolviendo dudas. 	
Sesión 5	<p>Se proporcionó psicoeducación sobre qué es la habilidad de solución de problemas y negociación, asimismo se brindaron estrategias para su desarrollo y se llevaron a cabo las siguientes actividades didácticas para su práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recapitulación: “hablando desde mi experiencia como paciente o sobreviviente de cáncer de mama” - Solución de problemas: una habilidad para mi autocuidado. - Aprendiendo a buscar soluciones. - Negociación: una habilidad para mi autocuidado. - Aprendiendo a negociar parte 1 - Aprendiendo a negociar parte 2. - Integración temática: las sillas cooperativas. 	5 horas
Sesión 6	<p>Se proporcionó psicoeducación sobre qué es la habilidad de toma de decisiones y manejo de tensiones y estrés, asimismo se brindaron estrategias para su desarrollo y se llevaron a cabo las siguientes actividades didácticas para su práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recapitulación - Toma de decisiones: una herramienta para mi autocuidado. - Las prisas no son buenas. - Tomando decisiones importantes en mi salud. - Manejo de tensiones y estrés: una herramienta para mi autocuidado. - Aprendiendo a relajarme. - Integración temática: “He embarcado en mi barco y me llevo...” 	5 horas

Intervalo de tiempo entre bloques	Tres semanas	Se realizaron llamadas telefónicas a cada una de las participantes, para conocer su progreso en el cumplimiento de metas y aplicación de las habilidades para la vida vistas en el Bloque 2 para su autocuidado y resolución de dudas.		
Bloque 3	Sesión 7	En esta sesión se enfocó en la presentación de las exposiciones de las participantes sobre algún tema relacionado al cáncer de mama y a la resolución de dudas sobre los temas vistos a lo largo del taller.	5 horas	
	Sesión 8	Se invitaron especialistas sobre el tema de cáncer de mama (generalidades), alimentación en el cáncer de mama y sobre complicaciones en el miembro superior por tratamientos para erradicar el cáncer de mama.	5 horas	15 horas
	Sesión 9	Se realizaron actividades de relajación con los diversos tipos de respiración e imagerías guiadas, se aplicó la evaluación post-test y se llevó a cabo el cierre de la intervención.	5 horas	
Intervalo de tiempo entre bloques	Dos semana	Por cuestiones administrativas y para dar tiempo a que las pacientes resolvieran cuestiones personales el bloque de recuperación se dio dos semanas después del término del tercer bloque.		
Bloque de recuperación	Sesión 1 de recuperación	Se les preguntó a las participantes qué temas de las sesiones fueron los que les faltaron por ver y se hizo rápidamente la psicoeducación para posteriormente pasar a las actividades didácticas.	5 horas	10 horas
	Sesión 2 de recuperación	Se llevó a cabo todas las actividades realizadas de la sesión 9, debido a que esta sesión fue a la que no pudieron asistir las participantes.	5 horas	

Análisis estadísticos

Para los análisis estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.0 para realizar las pruebas estadísticas necesarias. Se realizaron análisis descriptivos de las características socio-demográficas y clínicas de las participantes y de los instrumentos empleados.

Se llevaron a cabo pruebas de estadística inferencial para muestras relacionadas (Wilcoxon y Coeficiente de asociación de Spearman) para identificarlas diferencias entre mediciones pre y post de las puntuaciones totales de las escalas de esperanza, habilidades para la vida, conductas de autocuidado (nivel de conocimientos y nivel de práctica) y percepción del autocuidado, y conocer el nivel de asociación entre éstas variables.

Por último se hicieron análisis de regresión lineal múltiple para determinar los factores predictores en la realización de conductas de autocuidado para la prevención de linfedema.

Con respecto al análisis de contenido del material recolectado en las entrevistas semiestructuradas realizadas antes y después de la implementación del taller psicoeducativo, se realizó identificando la relación entre esperanza, habilidades para la vida y autocuidado, desde la perspectiva teórica de Snyder (2002).

Las etapas para la realización del análisis consistieron en el retorno de los objetivos de la investigación, obtención de la información, pre-análisis (capturar, transcribir y ordenar la información), codificación de la información (categorización y cuantificación), para este paso se utilizó el programa MAXQDA 2018, e integración de la información para la relación de las categorías con los fundamentos teóricos (Fernández, 2006).

Caracterización de la muestra

La intervención se llevó a cabo con 26 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que asisten a consulta de oncología quirúrgica de un Hospital de Tercer Nivel de la Ciudad de México, con una M_{edad} : 59.08 y $DE= 5.9$.

El 42% de las participantes se encontraban casadas o en unión libre, mientras que 48% se encontraba soltera. La escolaridad fue predominante superior: con 50% de participantes con carrera técnica o bachillerato terminado y licenciatura con 26%. En relación a su actividad predominante 77% se dedica al hogar (ver tabla1).

En cuanto a las características clínicas de las participantes el 65% fueron diagnosticadas en etapas tempranas, sin embargo el 19% de las participantes tuvo recidiva en alguna otra región del cuerpo, en este caso a huesos o al otro seno. En cuanto al tipo de tratamiento a nivel local 77% les realizaron la cirugía de mastectomía radical modificada, 51% recibieron radioterapia.

Con respecto al tratamiento sistémico solamente 8% han recibido quimioterapia, 27% únicamente han recibido tratamiento hormonal. Por último 59% ha recibido radioterapia combinado con algún tipo de tratamiento sistémico. Durante la intervención el 12% se encontraba tomando algún tipo de tratamiento, en su mayoría era tratamiento hormonal. Con respecto a la presencia de linfedema 12% había sido diagnosticado en un grado leve o moderado.

En cuanto algún tipo de tratamiento psicológico que estuvieran tomando las pacientes durante la intervención, 88% refirieron asistir a un grupo psicoterapéutico o psicoterapia individual, de las cuales 69% participa activamente en un grupo psicoeducativo que se reúne mensualmente con una psicóloga del hospital y asimismo se reúnen bimestralmente con la trabajadora social quien les organiza pláticas informativas sobre el tema de cáncer de mama (ver tabla 2).

En cuanto a la asistencia del taller, solamente 23 personas concluyeron su participación, de las cuales (12)67 % asistieron a las nueve sesiones que conformaron el taller, las cuales se dividieron tres sesiones por mes, mientras tanto (7)27 % no asistió a una o dos sesiones de las nueve sesiones que conformaron el taller, mientras tanto (3)11% de las participantes que representa a tres participantes desertaron del taller en el segundo mes de la intervención.

Tabla 4.

Variables sociodemográficas de las participantes del taller

Variable	Fo (%)
Edad	59.08±5.9*
Estado Civil	
Casada o unión libre	11 (42%)
Solteras, divorciadas o viudas	15 (48%)
Escolaridad	
Básica	6 (23%)
Bachillerato	13 (50%)
Licenciatura	6 (23%)
Posgrado	1 (4%)
Ocupación	
Hogar	20 (77%)
Empleada	6 (23%)

***media**±DE

Tabla 5.

Variables clínicas de las participantes del taller

Variable	Fo %
Estadio	
I	4 (15%)
II	13 (50%)
III	7 (27%)
IV	2 (8%)
Tipo de cirugía	
Mastectomía radical modificada	20 (77%)
Cuadrantectomía	4 (15%)
Mastectomía bilateral	2(8%)
Años de cirugía agrupados	
1 a 5 años	12 (46%)
6 años a 10 años	7 (27%)
11 años y más	7 (27%)
Operada del lado dominante	
Si	11 (42%)
No	15 (58%)
No de ganglios extirpados	
1 a 10	8 (31%)
11 a 20	15 (58%)
21 y más	3 (11%)
Tipo de tratamiento que han recibido	
Radioterapia	1 (4%)
Quimioterapia	2 (8%)
Hormonal	7 (27%)
Radioterapia y quimioterapia	8 (31%)
Quimioterapia y hormonal	3 (11%)
Quimioterapia, radioterapia y hormonal	5 (19%)
Pacientes en algún tipo de tratamiento	
Si	12 (46%)
No	14(54%)
Recidiva	
Si	5 (19%)
No	21 (80%)
Diagnóstico de linfedema	
Si	3 (12%)
No	23(88%)
Pacientes en tratamiento psicológico	
Si (Psicoterapia individual o grupal)	23 (88%)
No	3 (12%)

Resultados cuantitativos

Se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon para identificar las diferencias entre las mediciones pre y post de las puntuaciones totales de las escalas de esperanza, habilidades para la vida y conductas de autocuidado.

De la escala esperanza se realizó también un análisis con las puntuaciones totales de las cinco dimensiones de la escala: manejo de la economía, salud, relaciones interpersonales, apoyo social y componentes generales de la esperanza; en cuanto al instrumento de habilidades para la vida también se realizó un análisis de las puntuaciones totales de las ocho dimensiones de las que está conformada: conocimiento de sí mismo, comunicación efectiva y asertiva, relaciones interpersonales, empatía, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento crítico y creativo, manejo de los sentimientos y emociones, y manejo de tensiones y estrés (ver tabla 6).

Tabla 6.

Puntuaciones pre-post de las variables esperanza, habilidades para la vida y conductas de autocuidado

Escala	Media pre	Media post	Comparación pre-post valor z	Valor p
Dimensiones de Esperanza				
Manejo de la economía	16.34	17.26	-2.477 ^a	0.013*
Salud	16.47	17.34	-1.935 ^a	0.053
Relaciones interpersonales	16.73	17.56	-1.657 ^a	0.098
Apoyo social	12.17	14.04	-3.359 ^a	0.001**
Componentes generales	9.34	9.82	-1.384 ^a	0.166
Esperanza total	71.08	76.04	-3.528 ^a	0.000**

**Dimensiones de Habilidades
para la vida**

Conocimiento de sí mismo	27.43	30.60	-3.355 ^a	0.001**
Empatía	26.08	31.86	-4.175 ^a	0.000**
Comunicación efectiva y asertiva	25.86	29.34	-2.913 ^a	0.004*
Relaciones interpersonales	29.04	34.34	-3.628 ^a	0.000**
Toma de decisiones	25.95	30.21	-3.928 ^a	0.000**
Solución de problemas y conflictos	24.52	31.39	-4.065 ^a	0.000**
Pensamiento creativo	27.00	29.95	-3.351 ^a	0.001**
Pensamiento crítico	25.60	32.95	-4.121 ^a	0.000**
Manejo de sentimientos y emociones	24.30	30.52	-3.950 ^a	0.000**
Manejo de tensiones y estrés	27.00	30.91	-3.465 ^a	0.001**
Habilidades para la vida total	262.82	308.34	-4.198 ^a	0.000**

Dimensiones de conductas de autocuidado

Nivel de conocimiento de conductas de autocuidado	65.00	92.56	-4.203 ^a	0.000**
Nivel de práctica de las conductas de autocuidado	13.50	19.69	-4.113 ^a	0.000**
Percepción de autocuidado	1.38	2.55	-4.234	0.000**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

Como se puede observar en la tabla 6 hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post de las puntuaciones totales de la escala de esperanza ($z = -3.528$, $p < 0.01$), con respecto a las dimensiones que conforman esta escala, solamente dos aumentaron significativamente sus puntuaciones, las cuales fueron manejo de la economía ($z = -2.477$, $p < 0.05$) y apoyo social ($z = -3.359$, $p < 0.01$), lo cual indica que hubo un incremento en los recursos cognitivos, emocionales y conductuales que utilizan las pacientes para

mejorar el manejo de sus recursos financieros y también para brindar y recibir apoyo de los demás.

En cuanto a las puntuaciones totales del test de habilidades para la vida se encontró una diferencia significativa ($z = -4.198, p < 0.01$), entre las puntuaciones antes y después de la implementación del taller, con respecto a las 10 dimensiones que conforman el test todas tuvieron un incremento en las mediciones efectuadas antes y después de asistir al taller, lo que significa hubo un incremento en las destrezas psicosociales que les facilitan a los participantes enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria.

Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones pre y post del nivel de conocimientos ($z = -4.203, p < 0.001$), realización ($z = -4.113, p < 0.001$) y percepción ($z = -4.343, p < 0.001$) de las conductas de autocuidado para la reducción de factores de riesgo del linfedema, lo cual quiere decir, que hubo un aumento en la adquisición de conocimientos sobre las conductas que previenen la aparición de linfedema y también de la frecuencia con la que se realizan, asimismo se presentó un incremento en la percepción que tienen las pacientes sobre las capacidades con las que cuentan para cuidarse.

En la tabla 7 se muestran las diferencias significativas del nivel de práctica de las conductas de autocuidado antes y después de la aplicación del taller, donde 16 de las 21 conductas de autocuidado evaluadas fueron estadísticamente significativas.

Las conductas que no fueron estadísticamente significativas tales como, la evitación de extracción de sangre en el lado afectado, el uso de maquina eléctrica para rasurarse, evitar quemaduras en la cocina, evitar arañazos, cortes, abrasiones u otras lesiones en la piel y la utilización de prótesis mamaria, se debió a que dichas conductas fueron las que se realizaban con mayor regularidad antes de la implementación del taller.

Tabla 7.

Puntuaciones pretest y posttest de conductas de autocuidado de linfedema

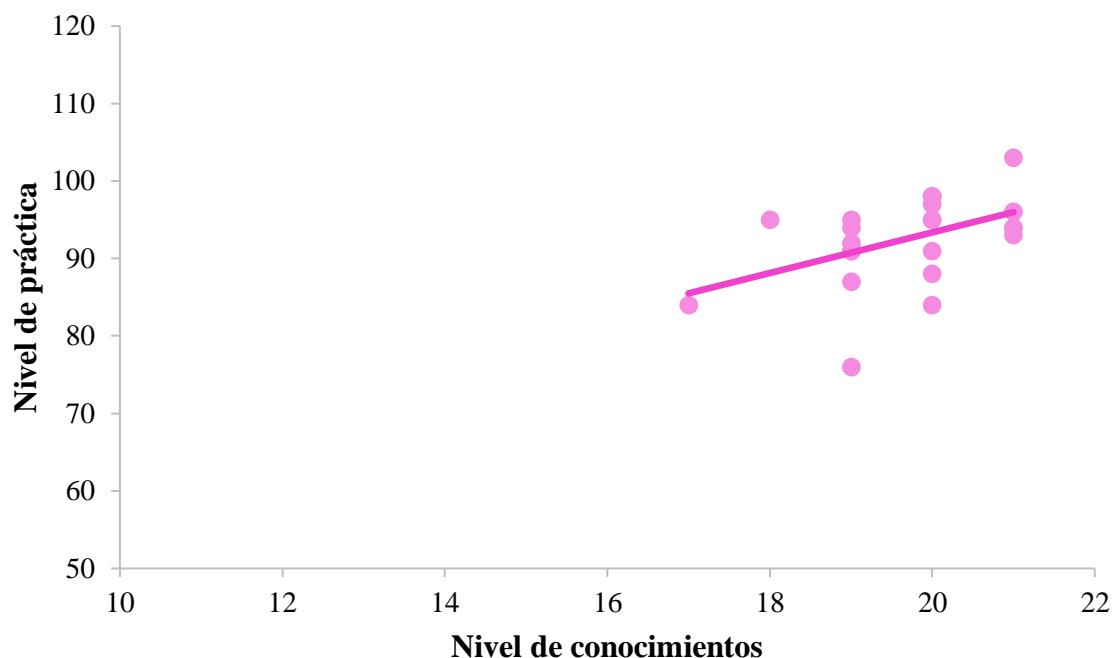
Conducta de autocuidado	Comparación pre-post valor z	Valor p
Revisa diariamente su brazo afectado a fin de notar cambios	-3.385 ^a	0.001**
Aplica diariamente crema o loción hidratante	-3.235 ^a	0.001**
Trata las lesiones leves (rasguños, pinchazos, picaduras de insectos, cortaduras) lavando y aplicando antibióticos.	-3.682 ^a	0.000**
Evita que le tomen la presión en la extremidad afectada	-2.387 ^a	0.017*
Evita que le inyecten en la extremidad afectada.	-2.387 ^a	0.017*
Evita cortarse las cutículas.	-3.332 ^a	0.001**
Se aplica repelente de insectos y protector solar cuando esta al aire libre.	-3.520 ^a	0.000**
Evita la exposición prolongada de calor, tales como bañeras calientes o saunas.	-3.682 ^a	0.000*
Evita utilizar el brazo afectado para levantar o transportar objetos pesados.	-3.232 ^a	0.001**
Evita utilizar joyas (reloj, anillos y pulseras) en el brazo afectado.	-3.669 ^a	0.000**
Evita utilizar blusas ajustadas.	-3.487 ^a	0.000**
Eleva la extremidad afectada a diario según sea necesario.	-3.682 ^a	0.000**
Eleva la extremidad afectada durante los viajes aéreos o en el transporte público.	-3.758 ^a	0.000**
Realiza ejercicios de brazos	-3.447 ^a	0.001**
Utiliza manga de compresión	-3.874 ^a	0.000**
Utiliza ropa de compresión para realizar sus actividades de la vida diaria.	-3.325 ^a	0.001**

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.00$

Por otro lado se realizaron coeficientes de asociación de Spearman para conocer la relación entre las variables estudiadas. Se encontraron correlaciones positivas entre las dimensiones de esperanza y percepción del nivel de autocuidado, donde las dimensiones de salud ($r_s = .511, p = 0.21$), apoyo social ($r_s = .555, p = 0.11$) y la puntuación total de esperanza ($r_s = .594, p = 0.006$) tienen una correlación lineal moderada con la percepción de autocuidado, lo cual indica que los recursos cognitivos, afectivos y conductuales con los que cuentan las pacientes para mejorar su condición actual de salud y apoyo social incrementan el nivel de esperanza.

Con respecto a la asociación entre las dimensiones de habilidades para la vida y percepción del nivel autocuidado solamente se encontró una correlación estadísticamente moderada con la dimensión de conocimiento de sí mismo ($r_s = .528, p = 0.17$), lo que sugiere que el reconocimiento de las propias habilidades, aptitudes, fortalezas, debilidades, aspiraciones de las pacientes se relaciona con el aumento de la percepción del empoderamiento para llevar a cabo su autocuidado.

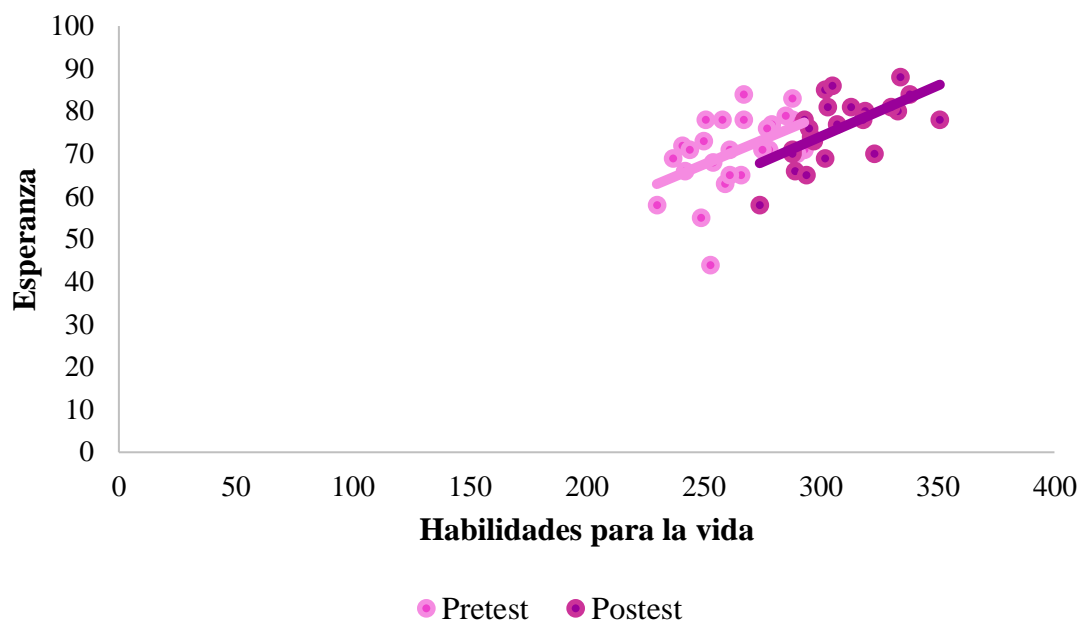
En cuanto a las dimensiones del instrumento de conductas de autocuidado se encontró una correlación lineal significativa entre el nivel de conocimientos y el nivel de práctica de conductas de autocuidado ($r_s = .433, p = .039$), por consiguiente las pacientes al tener un mayor conocimiento sobre que conductas de autocuidado deben realizar para la prevención de linfedema estas serán practicadas con mayor regularidad en su vida diaria (ver figura 6).



* $p=.001$

Figura 6. Relación entre nivel de conocimiento y nivel de práctica posttest

En la figura 7 se muestra una correlación positiva significativa débil entre los niveles de esperanza y habilidades para la vida de las puntuaciones obtenidas antes de la implementación del taller ($r_s = .454$ $p= 0.02$), asimismo se encontró una relación lineal estadísticamente significativa moderada entre los niveles de esperanza y habilidades para la vida de las puntuaciones posttest ($r_s = .650$ $p=.001$), es decir, que a medida que las pacientes desarrollan destrezas psicosociales que les facilite enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria harán mayor utilización de sus recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar la condición actual de su salud, relaciones interpersonales, manejo de su economía y del apoyo social que reciben.



$r_s \quad p=.001$

Figura 7. Relación entre esperanza y habilidades para la vida del pretest y posttest.

Asimismo se realizó el coeficiente de correlación de Spearman para conocer si hubo relaciones lineales significativas entre las dimensiones de esperanza y habilidades para la vida.

En la tabla 8 se detalla cuáles fueron las habilidades para la vida que se relacionan de manera significativa con las dimensiones de esperanza, encontrándose principalmente que la habilidad de conocimiento de sí mismo y toma de decisiones se asocian con la dimensión de salud, apoyo social, manejo de la economía y conceptos generales de esperanza, lo que indica que el reconocimiento de las fortalezas, limitantes, expectativas y de la capacidad que tienen las pacientes para construir racionalmente las decisiones cotidianas de su vida favorecen la utilización de recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar su condición actual de salud, de su economía y de utilizar el apoyo que reciben de los demás como también de su capacidad para tener esperanza.

Tabla 8.

Relación de las dimensiones de esperanza y habilidades para la vida.

Dimensiones de habilidades para la vida	r_s	Dimensiones de esperanza				Conceptos generales
		Manejo de la economía	Salud	Relaciones interpersonales	Apoyo social	
Conocimiento de sí mismo	r_s	0.592**	0.594**	0.671**	0.648**	0.604**
Comunicación asertiva	r_s	0.125	0.170	0.196	0.455*	0.344
Relaciones interpersonales	r_s	0.083	0.184	0.035	0.488*	0.213
Toma de decisiones	r_s	0.532**	0.666**	0.317	0.458*	0.419*
Solución de problemas	r_s	0.097	0.556**	0.155	0.418*	0.395
Pensamiento creativo	r_s	0.136	0.365	0.141	0.202	0.556**
Pensamiento crítico	r_s	0.319	0.427*	0.184	0.004	0.378
Manejo de tensiones y estrés	r_s	0.241	0.300	0.084	0.377	0.470*

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$

Así mismo se hicieron análisis de coeficiente de correlación entre las variables sociodemográficas y clínicas con las variables de esperanza, habilidades para la vida y

conductas de autocuidado y percepción del autocuidado, encontrándose una correlación inversamente proporcional entre año de diagnóstico con esperanza ($r_s = -.512, p = .012$) y habilidades para la vida ($r_s = -.583, p = .004$), lo cual significa que entre más años de diagnóstico tengan las pacientes su nivel de esperanza y de habilidades para la vida es menor. Con relación a las variables sociodemográficas se encontró una correlación positiva significativa entre escolaridad y habilidades para la vida ($r_s = .559, p = .006$), lo que sugiere que un nivel elevado de escolaridad se relaciona con la realización de habilidades psicosociales.

Finalmente, para determinar los factores predictores en la realización de conductas de autocuidado para la prevención de linfedema, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple, tomando como variables dependientes el nivel de conocimientos de autocuidado, nivel de práctica de conductas de autocuidado y percepción de autocuidado que tienen las pacientes y como variables independientes fueron los indicadores sociodemográficos (edad y nivel académico) e indicadores clínicos (año de diagnóstico, año de cirugía, número de ganglios linfáticos extirpado, diagnóstico de linfedema, tipo de tratamiento, asistencia a algún tipo psicológico), y esperanza y habilidades para la vida fueron variables tanto independientes como dependientes (ver figura 8).

Los resultados muestran que el nivel de conocimientos de autocuidado es explicado el 26% por el tipo de cirugía ($R^2 = .264, \beta = -.513, p = .007$), es decir que cuando la cirugía es más invasiva o radical, el autocuidado es menor. En cuanto a las variables clínicas como, año de diagnóstico, año de cirugía, cirugía en el lado dominante, número de ganglios extirpados, tipo de tratamiento y diagnóstico de linfedema no fueron estadísticamente significativos para el desarrollo de esta variable.

Con respecto a la variable del nivel de práctica de conductas de autocuidado se encontró que las variables clínicas como el número de ganglios extirpados ($R^2 = .333, \beta = .537,$

$p=.012$) y el año de diagnóstico de cáncer de mama ($R^2=.333$, $\beta= -.462$, $p= .028$), explican el 33% del modelo de regresión, lo que significa que a mayor número de ganglios extirpados mayor nivel de práctica de las conductas y entre menos años tengan de haber sido diagnosticadas por cáncer de mama desarrollarán más conductas de autocuidado.

En la realización de conductas de autocuidado las dimensiones de esperanza, tales como, manejo de la economía ($R^2=.284$, $\beta=.495$, $p= .034$) y salud ($R^2=.284$, $\beta= .557$, $p= .018$), juntas influyen 28% para que las pacientes lleven a cabo conductas de autocuidado para la prevención de linfedema, donde a mayor recursos cognitivos, emocionales y conductuales tengan para mejorar las condiciones actuales de su financiamiento económico y de su salud en general llevarán a cabo más conductas de autocuidado.

En el nivel de percepción de autocuidado se encontró que la dimensión de salud ($R^2=.277$, $\beta=.527$, $p= .017$), predice el 27% del modelo de regresión, es decir, que a mayor recursos cognitivos, emocionales y conductuales tengan las pacientes para la mejora de su salud percibirán un mayor cuidado de sí mismas para la prevención de linfedema, por otro lado el puntaje total de esperanza ($R^2=.330$, $\beta= .574$, $p= .008$) pronostica el 33% en la percepción de autocuidado, es decir que entre más esperanza tengan las pacientes perciben la importancia del autocuidado para la prevención de linfedema.

Por último se encontró que de las dimensiones de habilidades para la vida únicamente la dimensión de conocimiento de sí mismo fue estadísticamente significativa ($R^2=.284$, $\beta=.533$, $p= .015$), por lo tanto, el reconocimiento que tengan las pacientes sobre sus propias fortalezas, debilidades, aspiraciones y expectativas predicen el 28% en la percepción que tengan sobre su autocuidado.

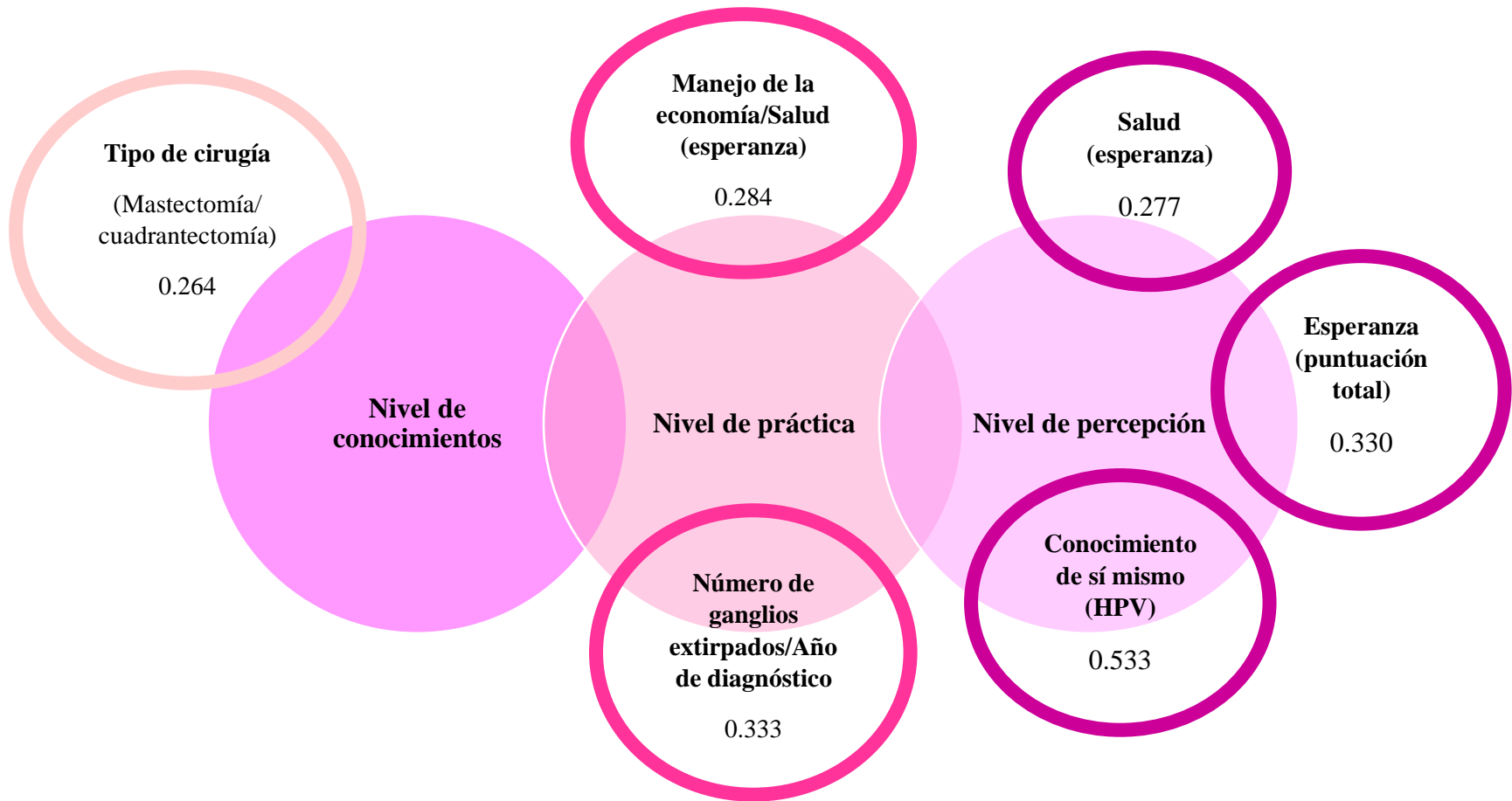


Figura 8. Variables predictoras en las dimensiones del autocuidado.

Resultados cualitativos

Por otro lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas antes y después de la implementación del taller psicoeducativo, diseñada para promover la narrativa de las pacientes e indagar la experiencia vivida con el cáncer de mama, con su proceso de autocuidado y cómo ha influido la esperanza durante este proceso de salud-enfermedad. Posteriormente se prosiguió a crear categorías y subcategorías para su codificación, para ello se utilizó el programa MAXQDA 2018.

Las categorías y subcategorías se describen e ilustran con algunas de las citas provenientes del discurso de las pacientes entrevistadas (ver figura 9), asimismo los resúmenes de cada categoría y subcategoría se encuentran en la parte de anexos.

Categoría de esperanza. Tiene que ver son los elementos que identifican las pacientes que influyen en el desarrollo de su esperanza.

- *Valores relacionados a la esperanza:* Pensamientos, sensaciones y emociones positivas que motivan a la persona a perseguir sus metas de autocuidado.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“La esperanza es la ilusión de que suceda algo bueno, que los problemas se solucionen como que mi salud regrese a mi vida” (M. S., comunicación personal, 11 de abril de 2018).

- *Planes a futuro:* Tiene que ver con la fijación de metas a corto, mediano y largo plazo sobre la mejora de las condiciones actuales de salud y con la convicción de que estas se cumplirán.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“Es la posibilidad de que siempre hay algo por hacer, por cambiar, por cumplir a corto, mediano o largo plazo para estar mejor de mi salud física y emocional” (M. L. J., comunicación personal, 12 de abril de 2018).

“La esperanza para mí es llegar a terminar todos mis proyectos que tengo para mejorar mi calidad de vida” (I. R., comunicación personal, 11 de abril de 2018).

- *Vencimiento de obstáculos*: Búsqueda y creación de alternativas para el vencimiento de obstáculos para el cumplimiento de metas.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“La esperanza es tener una ilusión de fuerza para seguir adelante y no tener la sensación de que ya no hay solución a los problemas si no que hay diferentes soluciones y hay que buscarlas y si te dicen un "NO" hay que buscar un "SI" o intentar una actitud positiva, saber que puedo y lo lograré” (M. M., comunicación personal, 11 de abril de 2018)

“Buscar soluciones a los obstáculos que se me presenten para cuidarme ya que soy la única responsable de cuidarme a mí misma haciendo todo lo que esté a mi alcance para evitar enfermedades, consintiéndome, hablando con mi cuerpo y estar agradecida por todo lo que me da” (A. D., comunicación personal, 13 de junio de 2018).

- *Sentido de vida*: Tiene que ver con un sentido de realización y crecimiento personal, como también la valoración, aceptación y goce de las decisiones y acciones que se realizan para una mejor calidad de vida.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“La esperanza para mí es un deseo de disfrutar mi vida y que ésta mejore en todos los sentido (física, emocional y espiritual) y que me ha ayudado para para cuidarme más realizándome mis estudios de rutina, ir a mis consultas médicas, cuidar mi alimentación, tener una vida más tranquila, hacer ejercicio, pedir ayuda para realizar mis labores domésticos y cuidar mis emociones” (M. S., comunicación personal, 13 de junio de 2018).

“Es un sentimiento que me hace tomar conciencia de mi estado de salud y pensar en que todo puede ser mejor si me cuido y que mejorará mi vida para poder disfrutarla y aprender a valorarla día a día (M. L. F., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

Categoría de metas: Tiene que ver con la fijación de objetivos que dirigen las acciones de autocuidado de las pacientes para la mejora de la condición de su salud.

- *Adherencia terapéutica para erradicar el cáncer de mama:* Conductas y actitudes que la paciente tiene para prevenir la recurrencia o avance del cáncer de mama.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“Acudir siempre a mis citas y realizar mis estudios médicos de rutina y modificar malos hábitos de salud y crear nuevas conductas de autocuidado que mejoren mi salud y así evitar que la enfermedad regrese” (C. B., 11 de abril de 2018).

“Seguir haciéndome mis estudios, consultas y no dejar que se me pase ninguna consulta para no retrasar el tratamiento y así para que no regrese el cáncer” (R. S., comunicación personal, 11 de abril de 2018).

- *Prevención del linfedema:* Conductas de autocuidado encaminadas a la prevención de linfedema.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“No cargar cosas pesadas con el brazo afectado por la cirugía, usar mi manga de compresión y otras indicaciones de la doctora para evitar el linfedema (O. M., comunicación personal, 11 de junio de 2018)”.

“Informarme para saber cómo cuidar mi brazo para que no me de linfedema (E. G., comunicación personal, 12 de junio de 2018)”.

- *Tener bienestar:* Conductas dirigidas hacia el autocuidado para la mejora de su salud física y emocional, en lo espiritual y auto superación.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“Estar en constante atención médica y atender cualquier episodio o malestar y trabajar en la parte emocional para alejar mis temores y así poder estar tranquila y tenga buena salud (L. N., comunicación personal, 12 de junio de 2018)”

- *Recibir y brindar información:* Acciones enfocadas a la obtención de información sobre la enfermedad para su autocuidado y al empoderamiento de la paciente para transmitir sus conocimientos sobre su enfermedad.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“Seguir asistiendo a este tipo de talleres y de pláticas informativas que nos brindan diversas instituciones sobre el cáncer de mama para poder ayudar a personas a prevenir el cáncer de mama, a cómo realizarse una autoexploración, Por ejemplo mis hija tiene síndrome de Down y me gustaría que sus compañeras que se encuentran en la misma situación sepan cómo hacérselas (M. L. F., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

Categoría de obstáculos: Son las dificultades o inconvenientes que percibe la paciente para el logro de sus metas entorno a la mejora de su salud.

- *Miedo a la recurrencia:* Sentimientos y pensamientos negativos que se tiene sobre que la enfermedad no podrá ser erradicada por completo.
- *Miedo a la recurrencia:* Sentimientos y pensamientos negativos que se tiene sobre que la enfermedad no podrá ser erradicada por completo.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Miedo a ir al médico y a los resultados de los estudios que me hacen, que digan que el cáncer regreso (I. M., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

“Tengo miedo a que el tratamiento para el cáncer no funcione y que sea muy agresivo en mi cuerpo (T. B., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

- *Miedo a la invalidez:* Sentimientos y pensamientos negativos sobre que la enfermedad llegará a estadios avanzados provocando la invalidez y dependencia total de otras personas.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Tengo miedo de que el cáncer me invada a tal grado que ya no pueda valerme por mí misma y tenga que depender de los demás para hacer mis cosas más básicas como, bañarme o vestirme sola (M. M., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

“Miedo de no poder salir de la enfermedad y perder el interés por hacer cosas y de perder todo el control de mis emociones y ser inestable emocionalmente (L. M., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

- *Sobreprotección Vs Anulación:* Conductas caracterizadas por un exceso de celo en el cuidado de la paciente con cáncer de mama por parte de sus familiares y/o cuidadores primarios, llevando esto a una anulación de las necesidades físicas y emocionales de la paciente.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“Los imprevistos de la salud con la edad hacen que mi familia todo el tiempo me trate como enferma y eso hace que yo también me sienta así todo el tiempo (N. H., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

“Así mismo otro obstáculo es que la familia siempre me siga tratando como enferma y me sobreprotegen demasiado que no me dejan hacer nada (M. S. G., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

- *Deshumanización en la atención de proveedores de la salud.* Tiene que ver con las conductas y actitudes de los proveedores de salud hacia el trato del paciente que lo hacen sentirse deshumanizado.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“No tener atención médica de calidad, que los médicos no sean empáticos y no tengan paciencia para explicarme los resultados de los estudios y que no me resuelvan mis dudas (M. M., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

“El obstáculo médico es que a uno no le enseñan el estudio y solo me dicen que salieron bien pero no te dan la interpretación más precisa y uno se queda con dudas y eso influye a que el mal siga avanzando, en mi caso todavía no encuentran en que parte de mi cuerpo regreso el cáncer y por lo mientras me dan quimioterapia paliativa (M. S. G., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

- *Burocratización de los servicios de salud:* Conductas y aptitudes por parte de los trabajadores y de la misma institución de salud que ralentizan los procedimientos administrativos.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Los trámites que se tienen que hacer para que me atiendan son demasiado largos y tardados (M. P. O., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

“No todo el medicamento o los tratamientos que necesitamos no los brinda el hospital, por ejemplo la manga de compresión es muy cara y eso no los dan (M. M., comunicación personal, 11 de abril de 2018)”.

- *Fuentes de estrés:* Estresores que intervienen principalmente en el proceso de salud-enfermedad de las pacientes son, problemas familiares (problemas de comunicación), ambientales (tráfico, el traslado al hospital es más de 2 horas), económicos (medicamentos o tratamientos caros) y laborales (permisos denegados para ir a consultas médicas o pláticas informativas, falta de empatía y de conocimiento de la enfermedad por parte de los compañeros de trabajo).

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“La falta de dinero para complementar los tratamientos, tiempo del trayecto de la casa al hospital o al trabajo, me hago 4 horas de camino y también la dificultad en el trabajo para que me den permisos para realizar mis trámites y tratamientos en el hospital (M. M., comunicación personal, 16 de Abril de 2018).

Categoría de apoyo social: Recursos emocionales, materiales e informativos que percibe, recibe y utiliza la paciente para la mejora de su condición actual de salud.

- *Emocional:* Ayuda que percibe la paciente por parte de sus familiares, amigos y compañeros que se caracteriza por conductas llenas de empatía, solidaridad, cuidado, comprensión, confianza y cariño.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“La compañía de mi hijo es otro apoyo que hace sentirme bien y también mis compañeras del grupo “Fe y Esperanza” porque juntas luchamos para vencer esta enfermedad y sé que no estoy sola (L. N., comunicación personal, 16 de Abril de 2018)”.

“Tengo una linda familia que me ha apoyado y no me separo de ellos. Mi hija siempre me acompaña a mis consultas, se informa de mi enfermedad para poder ayudarme a

cuidarme e incluso toma cursos y pláticas para poder hacerlo (T. B., comunicación personal, 11 de Abril de 2018)”.

- *Instrumental:* Ayuda que percibe la paciente por parte de instituciones u organizaciones públicas o privadas que les ofrecen materiales que les ayudarán en su tratamiento o pos tratamiento para erradicar el cáncer de mama.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“Los apoyos que nos la doctora de linfedema con el Kit con las vendas para tratarlo, las cuales son muy caras y eso no lo da el hospital (M. S. G., comunicación personal, 11 de Abril de 2018)”.

“Recibo apoyo económico por parte de una de las instituciones de gobierno (N. H., comunicación personal, 11 de Abril de 2018)”.

- *Informativo:* Tiene que ver con el ofrecimiento de información relacionado al tema de cáncer de mama por parte de los profesionales de la salud, instituciones gubernamentales o de salud que les permita a las pacientes y/o familiares tener herramientas para hacerle frente a dicha enfermedad.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“El apoyo que me ha brindado la Institución ISSSTE y el trato que he recibido por parte de los médicos y enfermeras, siempre brindándonos información necesaria para ir sobrellevando esta enfermedad y también los talleres que nos imparten (I. M., comunicación personal, 11 de Abril de 2018)”.

“Mis familiares buscan información de qué cosas no debo comer, me acompañan cuando pueden a mis consultas para tener la información necesaria para ayudarme (R.S., comunicación personal, 11 de Abril de 2018)”.

Habilidades para la vida: Son las herramientas que utilizan las pacientes para el vencimiento de obstáculos para la mejora de su condición actual de salud.

- *Conocimiento de sí mismo:* Identificación y utilización de las propias capacidades que tiene la paciente para vencer obstáculos, asimismo tiene que ver con pensamientos positivos y motivacionales, así como también con el amor propio que genera la motivación la realización de acciones de autocuidado para el cumplimiento de metas para la mejora de su condición de salud.

Ejemplos de segmentos codificados:

“He aprendido que me debo aceptar como soy con mis errores y cualidades, que valgo como ser humano, y para que la familia este bien yo debo de estar bien, y si yo me cuido estoy cuidando también a mi familia (M. S. G., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”

“Porque me quiero, me informo cómo debo cuidarme, siendo responsable de mi cuerpo para tener una mejor calidad de vida (E. A., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

- *Comunicación asertiva:* Tiene que ver con la expresión de sentimientos, pensamientos y toma de decisiones que tiene la paciente ante la situación que vive en torno a su salud, así como también el pedir ayuda a los demás de manera clara y sincera.

Ejemplos de segmentos de citas codificadas:

“Me ha servido para comunicarme mejor con mi familia, al expresarle mis sentimientos y opiniones respecto a cómo me voy sintiendo en este proceso de vencer el cáncer y con ello llegar a acuerdos sobre las decisiones que se tomarán y que nos beneficien a todos (A. D., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

- *Empatía:* Consideración, respeto y escucha activa de los sentimientos, emociones y pensamientos que tienen sus familiares y amigos cercanos de la paciente respecto al cáncer de mama con el fin de tener una mejor comprensión de sus acciones. Asimismo tiene que ver con la solidaridad y apoyo entre compañeras del grupo terapéutico para la promoción de la prevención del cáncer de mama y de linfedema.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Me ha ayudado a conocer el otro lado de la moneda, es decir, conocer el punto de vista de cómo se siente mi familia respecto a la enfermedad que tengo, y poderlos

tomar en cuenta en las decisiones (B. C., comunicación personal, 20 de junio de 2018)”.

“Esta habilidad me ha servido para ser empática conmigo misma, con mi cuerpo, con mis emociones, con mis pensamientos, para así poderme aceptar y no juzgarme y con ello poder sentirme mejor conmigo misma (M. S., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

“Ser empática me sirve para ponerme en los zapatos de mis otras compañeras que están pasando lo mismo que yo o de otras mujeres y así poderlas ayudar y motivarlas a que se cuiden, a que se hagan su autoexploración, sus estudios de rutina, y enseñarle a las compañeras que no saben lo del linfedema sobre cómo prevenirlo (E. G., comunicación personal, 13 de junio de 2018).

- Pensamiento crítico: Analizar, cuestionar, búsqueda y utilización de la información que ha obtenido la paciente sobre el cáncer de mama para la comprensión y aprendizaje de conductas de autocuidado que son necesarias para la mejora de su salud.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Me ha ayudado a analizar y cuestionar la información que me llegan de otras personas sobre cómo debo cuidarme o que remedios caseros debo hacer para mejorarme, entonces aprendí a mejor informarme con un médico que si sepa y no arriesgarme a hacer cosas que me puedan perjudicar (M. T. B., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

“He aprendido a valorar la información que he recibido en los talleres y con ello seguir motivada aprender más sobre esta enfermedad para poder ayudar a mi hija y otras personas (M. L. F., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

- Pensamiento creativo: Creación de diversas alternativas para la solucionar las posibles dificultades que se presenten en el camino que pueden impedir el cumplimiento de las conductas de autocuidado.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Esta habilidad me permitió buscar maneras innovadoras para organizar mejor mis tareas y estar al pendiente de mis consultas, estudios y actividades a realizar para cuidarme mejor (M. L. F., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

“Ocupo lo que tengo a la mano para resolver los problemas que se me han presentado para aprender a cuidarme para mejorar mi entorno y mi salud (I. M., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

- Manejo de emociones y sentimientos: Identificación, conocimiento y aceptación de las propias emociones que tiene la paciente sobre su enfermedad y cómo estas pueden influir en su proceso de salud-enfermedad y como canalizarlas hacia algo positivo.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Me ayudo a identificar mis emociones negativas y poder buscar una estrategia para controlarlas para que no me perjudiquen mi salud y así poder comunicarlas de manera amable y sin perjudicar a los demás (I. M., comunicación personal, 13 de junio de 2013).

“Me ha concientizado de que mis emociones perjudican mi salud si no las expreso o hago como si no las tuviera y que es importante su control para que mi entorno social, familiar y mi salud mejoren (M. M., 13 de junio de 2018)”.

“Antes tenía muchísimo miedo de esta enfermedad pero he ido aprendiendo a cómo controlarlo y no dejarme llevar por la ansiedad o los pensamientos negativos que vienen a mi mente y creer más en mí y en las capacidades que tengo para lograrlo (Y. Y., comunicación personal, 10 de julio de 2018)”.

- Negociación: Creación y realización de acuerdos a los que llega la paciente consigo misma y con los demás para el cumplimiento de conductas de autocuidado.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Aprendí a negociar conmigo misma al no ser tan exigente conmigo y con los demás, ya que eso perjudica mi salud, porque al exigirme más de lo que puedo me estreso y eso me perjudica en mi mejora (M. T. P., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

“Esta habilidad me ha ayudado a solucionar muchos problemas sobre mi autocuidado ya que he aprendido a negociar conmigo y con los demás para respetar y llevar a cabo las indicaciones que me dan los médicos (E. G., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

- Solución de problemas: Búsqueda de alternativas que ayuden al cumplimiento de metas para la mejora de salud (física, emocional, espiritual) y al vencimiento de dificultades que interfieran en dichas metas.

Ejemplos de segmentos de citas codificados:

“Los problemas nunca acaban pero las soluciones tampoco, y si hay en la vida algo que no tiene solución es la muerte, pero he aprendido que yo puedo solucionar los problemas que se me presenten y si no me funciona en plan A, aplico el B y si no funciona tampoco pues aplico el plan C, pero el chiste es nunca desistir y seguir venciendo las dificultades que se me presenten para poder lograr tener la calidad de vida que quiero (O. M., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

“Con esta habilidad aprendí que no todo lo puedo resolver yo sola y que por eso cuento con el apoyo que me brinda mi familia, amigos, compañeras del grupo “Fe y esperanza” y lo talleres que nos da el hospital puedo salir a delante ante cualquier situación complicada (C. B., comunicación personal ,13 de junio de 2018)

- Toma de decisiones: Análisis de las posibles soluciones que ayuden al vencimiento de obstáculos y de los resultados de estas para el cumplimiento de conductas de autocuidado.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“He aprendido que yo soy capaz de tomar mis decisiones para cuidarme como paciente de cáncer de mama y que tengo la capacidad para mejorar mi calidad de vida con cada decisión de autocuidado que tome (M. P. O., comunicación personal, 20 de junio de 2018)”:

“Antes no tenía claridad de lo que quería en mi vida, ni mucho menos de cómo conseguirlo pero ahora sé que yo tengo las riendas de mi vida y sé que en mi esta cuidarme para sentirme mejor (O. M., comunicación personal, 13 de junio de 2018)”.

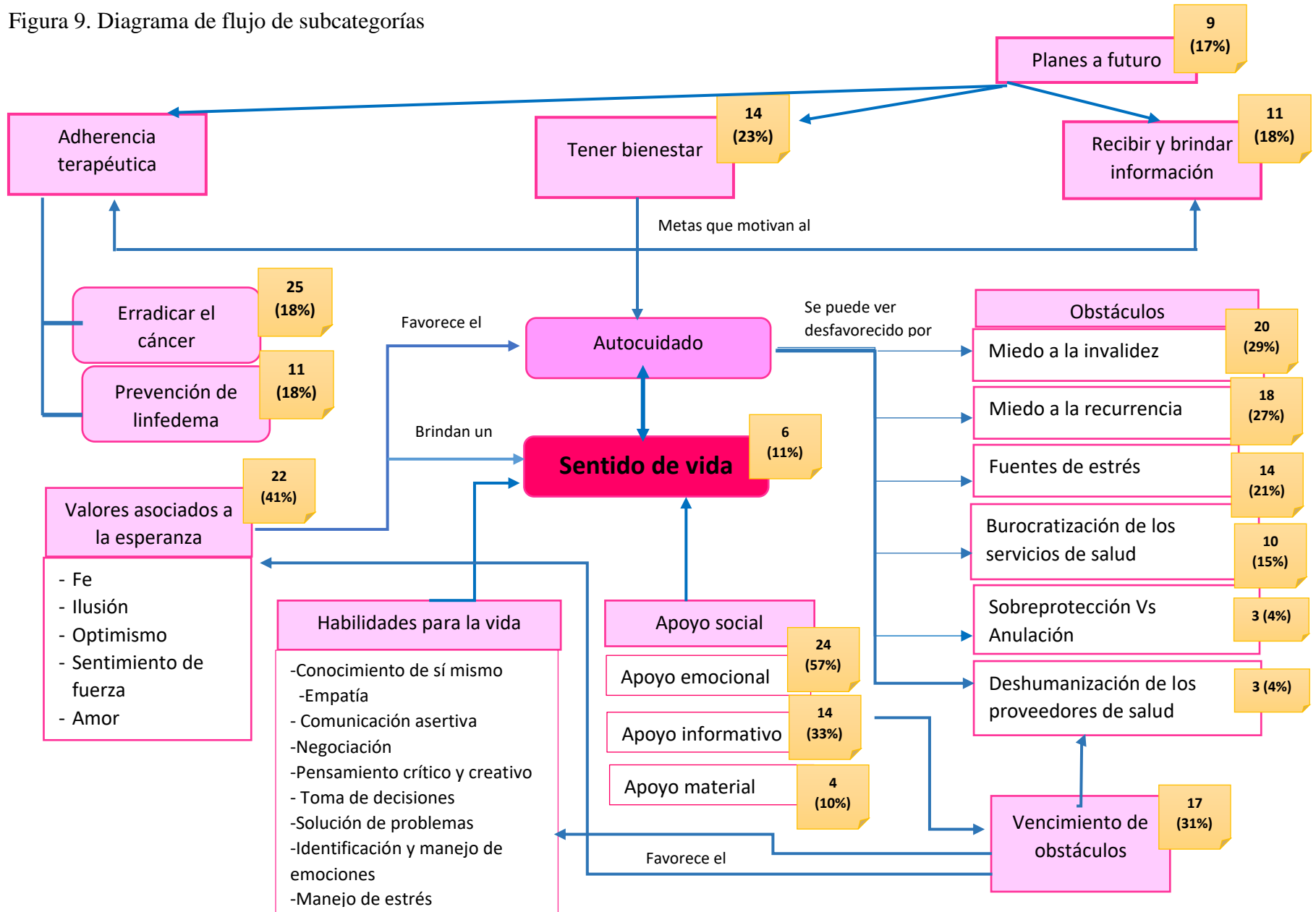
- Manejo de estrés y tensiones: Identificación de tensiones que interfieren en la mejora de la condición actual de salud y en el cumplimiento de conductas de autocuidado, así como también la búsqueda de estrategias para la reducción de su impacto en la salud de la paciente.

Ejemplo de segmentos de citas codificados:

“Aprendí a identificar las fuentes de estrés, por ejemplo cuando mi esposo o mis hijos se enferman, pero trato de hacer mis respiraciones profundas y platico sobre

lo que me estresa con mi esposo y con mis hijos (M. S. G., comunicación personal,
13 de junio de 2018)

Figura 9. Diagrama de flujo de subcategorías



Triangulación de resultados

El linfedema es una complicación del tratamiento del cáncer de mama: disección ganglionar y radioterapia. El autocuidado es esencial para su prevención y manejo, eso implica evitar lesiones, calor, mantener peso normal, entre otros comportamientos que son responsabilidad de la mujer, que aunque recibe información no los suma en su vida diaria, por lo que el objetivo del estudio fue aplicar una estrategia psicoeducativa para incrementar los conocimientos sobre el linfedema y la práctica de conductas de autocuidado para reducir riesgos de desarrollarlo.

Los resultados cuantitativos demuestran que las mujeres que participaron en el taller psicoeducativo tuvieron un incremento tanto en sus niveles de esperanza, habilidades para la vida, conocimientos de conductas de autocuidado, nivel de práctica y percepción del autocuidado para la prevención del linfedema, por otro lado, las correlaciones entre habilidades para la vida y esperanza no fueron estadísticamente significativas para el desarrollo de conocimientos y práctica de las conductas de autocuidado, sin embargo, los resultados que arrojó la entrevista sugiere que la esperanza funge como una herramienta que les permite a las pacientes en primer lugar establecer y clarificar cuáles son las metas de autocuidado, asimismo identificar cuáles son los posibles obstáculos que pueden interferir en el cumplimiento de dichas metas, y por último crear estrategias que les permitan vencer dichos obstáculos para lograr sus metas fijadas.

Con respecto al proceso de retroalimentación que se da dentro de la esperanza es esencial para el cumplimiento de metas dos puntos clave, uno de ellos las vías (percepción de rutas), que tiene que ver con la capacidad para encontrar caminos prácticos que le permitan al individuo el logro de sus metas, los resultados que arrojó el análisis cualitativo sugiere que las habilidades para la vida tales como, pensamiento crítico, pensamiento creativo, solución de problemas, negociación y toma de decisiones son habilidades que las pacientes utilizan para la creación de alternativas que les permitan vencer los obstáculos que se les presentan.

El siguiente punto tiene que ver con la agencia (percepción de capacidad), la cual es la habilidad para iniciar y mantener una actividad dirigida a la obtención de la meta ante los impedimentos, donde se puede observar que las habilidades para la vida tales como, autoestima, manejo de emociones y sentimientos, manejo de estrés y tensiones,

comunicación asertiva y empatía son habilidades que le permiten a las pacientes conocer sus propias capacidades y limitaciones para continuar con los objetivos fijados para su autocuidado y asimismo les permite tener control sobre sus emociones para que estas no interfieran de manera negativa en su motivación para el cumplimiento de sus metas y asimismo utilizar la comunicación asertiva y la empatía para comunicar sus necesidades y saber pedir y utilizar el apoyo social que reciben por parte de sus familiares, amigos cercanos, compañeros de trabajo, e instituciones de salud y gubernamentales.

Por otra parte el desarrollo de las prácticas de autocuidado está determinado por el interés y la decisión de asumir el autocuidado con responsabilidad, empoderamiento y por el nivel de conocimiento que tengan las pacientes interfiere en la práctica del autocuidado, aunado a esto los resultados cuantitativos demuestran que existe una correlación positiva entre el nivel de conocimientos con el nivel de práctica, es decir que un mayor nivel de conocimientos sobre qué y cómo debe realizar conductas de autocuidado para la prevención de linfedema aumenta la realización habitualmente de estas conductas.

Sin embargo los resultados cuantitativos también demuestran que existen factores que influyen en el nivel de conocimientos, de práctica y percepción de las conductas de autocuidado tales como, el número de ganglios extirpados, año de diagnóstico y tipo de cirugía, pero también existen otros factores que perciben las pacientes como obstáculos importantes para el cumplimiento de sus metas de autocuidado.

A nivel cognitivo (miedo a la recurrencia del cáncer de mama y miedo a la posible invalidez que traiga la enfermedad, a nivel conductual (la burocratización de los servicios de salud que lentifican los procesos administrativos para la realización de estudios médicos, entrega de resultados y fechas de citas médicas; así como también la deshumanización por parte de los proveedores de salud que aumentan la falta de conocimiento y de dudas por parte de las pacientes y sus familiares respecto a su condición de salud actual) y a nivel socio-afectivo (la sobreprotección y la anulación por parte de sus familiares, amigos y/o compañeros de trabajo y las fuentes de estrés que aumentan las inseguridades de las pacientes y generan conflictos en su entorno social).

Discusión

El linfedema es uno de los desafortunados resultados de los tratamientos para erradicar el cáncer de mama (disección ganglionar y radioterapia), el cual afecta la calidad general de la vida de las pacientes, tanto a nivel físico, emocional y social, por ende el autocuidado es esencial para su prevención y manejo, eso implica evitar lesiones, calor, presión excesiva en la extremidad, uso de prenda compresiva y mantener peso normal, entre otros comportamientos que son responsabilidad de la mujer. Bajo este marco la educación del paciente se centra en brindar estrategias para la reducción de riesgos de la aparición de linfedema y estos pueden ser modificados a través de estrategias de autocuidado.

El estudio tuvo como objetivo promover conductas de autocuidado para la reducción de factores de riesgo del linfedema mediante la implementación de un taller psicoeducativo, obteniéndose como resultado un incremento en el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas de las conductas de autocuidado y una correlación significativa entre dichas variables, es decir, que un mayor conocimiento sobre el linfedema se correlaciona significativamente con una mayor práctica de conductas de autocuidado. Estos resultados coinciden con los de Fu et al. (2010; 2014) y Sherman (2015) ya que demuestran que una intervención basada en la educación de conductas de autocuidado para la prevención de linfedema mejora la práctica en la realización de ejercicios de respiración diafragmática y bombeo, uso de manga de compresión y auto drenaje linfático después de un mes, 6 meses y 12 meses del tratamiento.

Por otro lado, estudios realizados por Ridner y colaboradores (2011) y Andachi (2012), muestran que las mujeres contaban entre un 30 a 70% de desconocimiento sobre cómo prevenir el linfedema y por ello empleaban menos de 15 minutos en la realización de dichas conductas, esto coincide con los resultados obtenidos, ya que las pacientes antes de la intervención reportaban un nivel bajo de conocimientos y del nivel de práctica de las conductas de autocuidado y después de la implementación del taller psicoeducativo el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas aumentaron significativamente.

Dentro de las metas principales que reportaron las pacientes fue la adherencia terapéutica para erradicar el cáncer de mama y prevenir el linfedema, para ello mencionan cumplir con las prescripciones médicas, ir al médico inmediatamente cuando observan una anomalía en

su estado de salud, realizarse los estudios de rutina sin falta, seguir un régimen alimenticio y descansar más, lo que concuerda con un estudio realizado por Font y Cardoso (2009).

Sin embargo, dichos autores también encontraron que las pacientes nunca buscan información, ayuda en otras personas y realización de conductas de ocio, siendo esto contrastado con las metas reportadas de las pacientes de este estudio sobre aprender más del cáncer de mama y el linfedema ya que por una parte para poder tener información que les ayude a cuidarse y por otra para poder ayudar a informar a otras personas. Asimismo indican que otra de las metas más importantes es el disfrute de sus actividades para sentirse plenas y satisfechas en su vida y de la importancia que tiene el recibir y utilizar el apoyo social que reciben para afrontar su condición actual de salud.

En cuanto a la variable de esperanza Seligman (2002), Carr (2007), Ottaviani et al. (2014), realizaron estudios con enfermos crónicos dónde encontraron que la esperanza está relacionada con una percepción favorable hacia el futuro, con la fijación de metas, con la planificación y motivación para el logro, siendo también una forma de afrontamiento positiva que estimula al individuo a buscar nuevos caminos para adaptarse a la nueva condición que ha llegado a imponer la enfermedad, sin claudicar y con un sentido de vida.

Dentro de este marco se pudieron observar dichos fenómenos en esta investigación, dónde las pacientes después de la intervención identificaron que la esperanza las motivó a seguir adelante, no desistir ante los obstáculos y crear estrategias que les permita vencer dichos obstáculos para llevar a cabo su autocuidado, y para tener un sentido de vida que les permita disfrutarla.

En relación a los niveles de esperanza de esta investigación fueron altos desde el inicio de la intervención, sin embargo estos incrementaron aún más después de la implementación del taller psicoeducativo, dichos resultados coinciden con los realizados por Roche y colaboradores (2015), donde las mujeres con cáncer de mama y en tratamiento tienen niveles de esperanza más altos, más planes a futuro y sienten más apoyo social en comparación con

mujeres sin cáncer de mama, lo que coincide con los resultados cualitativos de ésta investigación, en la cual las mujeres describen que la esperanza es importante para la creación de planes a futuro y el reconocimiento y utilización del apoyo social que influye en el vencimiento de los obstáculos que puedan interferir en el cumplimiento de metas.

Por otro lado Snyder (2000) propone que la esperanza es una fortaleza que se desarrolla a lo largo de la vida y es afectada por diversas situaciones y por ende su expresión se verá influenciada por aspectos sociales, biológicos y afectivos, bajo este marco los resultados cuantitativos muestran que los niveles de esperanza pueden aumentar si las personas cuentan con un nivel alto de habilidades sociales, de manejo de emociones y cognitivas.

Mientras que factores clínicos tales como el año de diagnóstico, año de cirugía, tipo de cirugía, número de ganglios extirpados y tipo de tratamiento no interfieren en el aumento o disminución de la esperanza, siendo estos resultados semejantes a los encontrados por Sanatani, Schreier y Stitt (2008).

En relación a la variable estudiada de habilidades para la vida, este estudio es el primero que la contempla en una intervención con mujeres con cáncer, a pesar de que las habilidades para la vida están relacionadas con el desarrollo humano desde el principio hasta el fin de la vida son principalmente estudiadas y empleadas en intervenciones con adolescentes o adultos jóvenes para promover conductas de autocuidado, estilos de vida saludable y decremento de conductas disruptivas (Martinez,2014; Modesto, 2015; Moreira y Murillo, 2016).

Aunado a lo anterior y a los resultados obtenidos dentro de esta investigación se recalca la eficacia y la importancia de crear estrategias psicoeducativas basadas en un enfoque de habilidades para la vida, para generar conductas de autocuidado en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que les permita tener las herramientas necesarias para hacer frente a los nuevos cambios de estilos de vida que deben realizar para mejorar su condición actual de salud.

Conclusiones

Snyder (2000) formula en su teoría que la esperanza es una fortaleza que se va desarrollando a lo largo de nuestras vidas mediante un proceso de continua retroalimentación. Sin embargo, la práctica de ésta se ve influenciada por diversos factores. En el caso de las mujeres con cáncer de mama los niveles de esperanza y su práctica se ven determinadas por el aprendizaje de las propias experiencias que han tenido respecto a su salud y que estrategias han empleado en el pasado y en el presente para mejorar su condición actual de salud. Asimismo tiene que ver con el apoyo social que reciben y cómo lo emplean.

Debido a que la esperanza es una fortaleza que le permite al ser humano tener un panorama de la mejora de su futuro y que motiva a perseguir dicho objetivo, es por ello, que una intervención basada en el desarrollo de esperanza en mujeres con cáncer de mama permite que la concepción social que se tiene sobre éste (el cual es considerado como un sinónimo de muerte, dolor, sufrimiento y pérdidas) sea modificada y que las pacientes tengan una nueva perspectiva respecto a que el cáncer de mama no es impedimento para tener bienestar.

La intervención tuvo como objetivo principal generar autocuidado en las pacientes para la prevención de factores de riesgo de linfedema. Sin embargo, se concluye que para la práctica de autocuidado en la prevención de linfedema hay múltiples factores sociales, psicológicos y físicos que influyen en dicha práctica. Es por ello que promover las habilidades para la vida (cognitivas, sociales y manejo de emociones) brinda a las mujeres herramientas que les permitan enfrentar las situaciones adversas que trae consigo la enfermedad y que creen una serie de estrategias para llevar a cabo día a día su autocuidado.

Por otro lado, al comprender las experiencias subjetivas de la salud de estas mujeres, permitió obtener un panorama más amplio sobre cuáles son los factores externos (falta de apoyo económico, informativo y de psicoeducación por parte del sector salud para la prevención de linfedema) e internos (cogniciones respecto a los miedos que genera la enfermedad) que las mujeres perciben como negativos para el desarrollo y práctica de su autocuidado, lo cual permite crear intervenciones que se adecuen a las necesidades de las pacientes.

Aunado lo anterior, la unificación de esperanza y del enfoque de habilidades para la vida permite que las mujeres tomen conciencia de que son las únicas responsables de su

autocuidado y les permite empoderarse en la toma de decisiones para su autocuidado desarrollando un rol activo para la mejora de su condición actual y futura de su salud.

Los resultados revelan la necesidad y la importancia de una intervención interdisciplinaria, que combine los conocimientos del área de psicología, trabajo social y enfermería como piezas fundamentales para la promoción y la recuperación de la salud de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que apunta a la importancia de un cuidado integral en la salud con una mirada ampliada para los aspectos psicológicos en la salud que les permita a las mujeres con dicho diagnóstico a tomar decisiones acertadas sobre su autocuidado y empoderamiento, utilizando los recursos físicos, cognitivos, emocionales, sociales y espirituales para crear un balance en su sistema y con ello eleven su calidad de vida y una sobrevida plena y satisfactoria.

Por lo tanto, la atención integral basada en psicoeducación del autocuidado para la prevención y/o tratamiento de linfedema constituye uno de los mayores retos para las autoridades sanitarias encargadas en el control de la enfermedad. En México, emerge una necesidad del fortalecimiento de la atención psicológica como parte importante para la prevención, tratamiento y seguimiento no tan sólo del diagnóstico de cáncer sino también de las secuelas crónicas que trae consigo los tratamientos invasivos para la erradicación de esta enfermedad como es el caso de linfedema, de ahí la importancia de considerar la psicoeducación como una estrategia viable, económica y efectiva para abordar las necesidades de las mujeres con cáncer de mama.

Rutas de acción

Este estudio piloto permitió conocer las nuevas rutas de acción que permitirán la mejora de éste. Las rutas de acción que se sugieren a continuación se dividen en dos líneas, una de ellas enfocada a la metodología y la otra a la intervención.

En cuanto a la línea de metodología se sugiere que se diseñe y valide un instrumento que también evalúe aspectos emocionales y cognitivos sobre las conductas de autocuidado que deben realizar las pacientes para la prevención de linfedema, debido a que el instrumento utilizado sólo evalúa la presencia y ausencia de conocimientos y práctica de las conductas de autocuidado, lo cual limitó la apreciación global de las estrategias que crean las pacientes para su autocuidado.

En cuanto al diseño de la intervención se contemplaron las 10 habilidades para la vida que propone el enfoque de la OMS (1993), donde los resultados permitieron conocer cuál de estas habilidades tienen mayor impacto, bajo este contexto, se recomienda que para fines prácticos de la intervención se implementen sólo 6 de estas habilidades.

Para la creación de vías encaminadas al cumplimiento de metas del autocuidado, se sugieren las habilidades de pensamiento crítico, solución de problemas y toma de decisiones. Con respecto a la agencia, para el inicio y mantenimiento de las acciones dirigidas al autocuidado, se propone las habilidades de conocimiento de sí mismo, comunicación asertiva y efectiva y manejo de tensiones y estrés.

Aunado a lo anterior, se recomienda el diseño y validación de un instrumento de habilidades para la vida en mujeres mexicanas en adultez media con enfermedades crónicas.

Otro punto clave que se debe considerar en esta línea son las variables intervinientes, siendo en este estudio, un grupo de apoyo que brinda soporte psicológico e informativo con regularidad a las participantes, lo cual contribuyó a obtener mejores resultados debido a que el 88% de las participantes asisten a este grupo y son sensibilizadas, motivadas y empoderadas para su autocuidado. Por consiguiente se recomienda que para la implementación del taller las futuras participantes hayan asistido a un grupo de apoyo.

Debido a que algunas de las pacientes se encontraban en tratamiento médico y otras en supervisión médica, la falta de permisos por parte de su trabajo y la distancia entre sus hogares y el hospital se impartió el taller psicoeducativo en sesiones de cinco horas, y con un descanso intermedio de 20 minutos, sin embargo, estas sesiones largas llegaban a ser agotadoras, por lo cual se sugiere que las sesiones se reduzcan a un máximo de 3 horas, asimismo se propone que el grupo de participantes sea máximo de 15 para una mejor distribución de tiempo.

En este estudio fue de crucial importancia el trabajo interdisciplinario, donde hubo colaboración en las sesiones del área de enfermería, medicina y nutrición dando así una intervención integral, por ende se aconseja que se siga incluyendo estas participaciones en esta intervención y que no sólo se den durante el tratamiento si no a lo largo de su sobrevida.

Por último, una de las actividades realizadas durante la intervención fue el monitoreo de las participantes a través de llamadas telefónicas, chat por WhatsApp y correo electrónico, lo cual favoreció la alianza terapéutica y con ello conocer con mayor profundidad sus necesidades y así ajustar la intervención y reducir el nivel de deserción, sin embargo dicho monitoreo no fue evaluado es por ello que se recomienda que en futuras investigaciones se evalúe su influencia.

Referencias

- Alcorso, J., Sherman K.A., Koelmeyer, L., Mackie, H., Boyages, J. (2016). Psychosocial factors associated with adherence for self-management behaviors in women with breast cancer-related lymphedema. *Support Care Cancer*. 24, 139-146.
- Alda, S. (2013). Influencia de un programa de prevención del linfedema en pacientes intervenidas de cáncer de mama. *FisioGlía*, 1, 5-10.
- American Cancer Society (2017) ¿Qué es el cáncer de seno? EE. UU.: *American Cancer Society*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (2017). Tratamiento del cáncer de seno. EE. UU.: *American Cancer Society*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>
- American Society of Clinical Oncology (2017). Acumulación de líquido o linfedema. EE. UU.: *ASCO Cancer.Net*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/efectos-secundarios/acumulaci%C3%B3n-de-l%C3%ADquido-o-linfedema>
- American Society of Clinical Oncology (2017). Cáncer de mama: estadios. EE. UU.: *ASCO Cancer.Net*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estadios>
- Andachi, U. D. & Vergara, N. M. (2012). Técnicas de Técnicas del cuidado a la mujer mastectomizada para prevenir el linfedema en el área de Consulta Externa del Instituto Oncológico Nacional Solca de Guayaquil desde enero - abril del 2012. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Balart, M. J. (2013). La empatía: la clave para conectar con los demás. *ÁGAMA*, (1), 86-87.
- Benatuil, D., Bilbao, M., Camacho, J. (...) & Zubieta, E. (2008). Historia de la psicología positiva. *Prácticas en psicología positiva* (pp.22-29) Argentina: Lugar Editorial.

- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. (2018). Terapia hormonal para cáncer de mama. EE. UU.: *MedlinePlus*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000909.htm>
- Carrasco, G., T. & Luna, A.M. (2001). *Habilidades para la vida*. España: Editorial Paraninfo, Thomson Learning.
- Carrasco, S. (2017). Cáncer en México: estadísticas y panorama actual. México: *Su médico*. Recuperado de <https://sumedico.com/cancer-mexico-estadisticas-panorama-actual-2017/>
- Carr, A. (2007). Esperanza y optimismo. En A. Carr (Ed). *Psicología Positiva* (pp. 109-144). Barcelona, España: Paidós.
- Castro, A., Tarragona, M. & Tonon, G. (2010). Esperanza y Optimismo. *Fundamentos de la Psicología positiva* (pp.109-139). México: PAIDOS
- Castro, E. K. & Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y pos tratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 453-465.
- Celano, C., Estrada, S. & Gandur, N. (Ed.). (2009). *Origen del cancer*. Buenos Aires, Argentina. Instituto Nacional del Cáncer.
- Consensus Document of the International Society of Lymphology (2013). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. *Lymphology*, 42(2), 51-60.
- Costa, M. & López, E. (2009). La perspectiva de la potenciación en la intervención psicológica. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 76-81). Sevilla, España: Descleé de Brouwer.
- Del Castillo, A., Romero, A., Iglesias, S. & Reyes, I. (2015). Validación psicométrica del instrumento de autoeficacia al tratamiento de diabetes. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 47-54.
- De Luna, C. E., Ramos, M. E. & Barroso, S. (2014). Linfedema en cáncer de mama. En E. Lazcano, P. Escuadero & S. Uscanga (Ed.), *Cáncer de mama. Diagnóstico*,

- tratamiento, prevención y control* (pp. 499-505). Morelos, Mexico: SPM Ediciones Ciencia.
- Díaz, L. E., Rosero, R. F., Melo, M. P. & Aponte, D. (2013). Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 181-200.
- Díaz, O. L. (2000). Análisis de los factores de riesgo en el linfedema posmastectomía. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 38(2), 127-136.
- DiSipio, T., Rye, S., Newman, B. & Hayes, S. (2013). Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Oncology*, 14(6), 500-515. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70076-7
- EDEX. (2013). Habilidades para la vida. México: Edex. Recuperado de <http://habilidadesparalavida.net/edex.php>
- Edge, S. & Compton, C. (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the Future of TNM. *Annals of Surgical Oncology*, (17), 1471-1474. doi: 10.1245/s10434-010-0985-4
- Espejo, A. & Nuñez, S. (2015). Linfedema. *Boletín Médico e Informativo del Instituto Nacional de Rehabilitación*, (50), pp. 4-6.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(3), 169-180.
- Fernández, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de Psicología*, (17), 161-176.
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? Barcelona, España: *Butlletí LaRecerca*. Recuperado de <http://www.ub.edu/ice/recerca/fitxes/fitxa7-cast.htm>
- Finck, C. & Forero, M. J. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de psicología de la Universidad de Antioquia*, 3(1), 7-27.

- Font, A. & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamiento, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Forner, I., Maldonado, D. & Muñoz, J. (2003). Necesidad de información para la prevención del linfedema postmastectomía. *Rehabilitación*, 37(3), 141-144.
- Fu, M.R., Chen, C., M., Haber, J., Guth, A.A. & Axelrod, D. (2010). The effect of Providing Information about Lymphedema on the Cognitive and Symptom Outcomes of Breast Cancer Survivors. *Annals of Surgical Oncology*, 17, 1847-1853.
- Fu, M.R., Axelrod, D., Guth, A.A., Cartwright, F., Qui, Z., Goldberg, J.D., Escayola, J., Kleinman, R. & Habber, J. (2014). Proactive Approach to Lymphedema Risk Reduction: A Prospective Study. *Annals of Surgical Oncology*. 21(11), 3481-3489.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva. En M. M. Casulto (Ed.). *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 22-29). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Gandur, N. (Ed.). (2009). *Introducción a la oncología*. Buenos Aires, Argentina. Instituto Nacional del Cáncer.
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del pensamiento*, 8(16), 13-29.
- Girones, M., Pérez, M. A., González, M. & Salom, L. (2008). *Linfedema: Prevención y calidad de vida*. España: Federación Española de Cáncer de mama.
- Giraldo, V. & Arango M.E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Invest EduoEnferm*, 27 (2), 191-200.
- GLOBOCAN (2012). Breast Cancer: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. EE. UU.: IARC. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>
- Gómez, H., Lewis, S., López, L., & Torres, L. (2009). *El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad* (pp. 1-16). México: Fundación Mexicana para la Salud.

- Goldman, A., Gandur, N., Aibar, S., Celano, C., Chambi, M. C., Estrada, S.,... Vallejos, A. (2009). Modulo I. *Manual de enfermería oncológica* (pp. 7-12). Argentina: Instituto Nacional del Cáncer.
- Guerrero, J., Rochelle, A & Terán, S. (2015). Esperanza, bienestar subjetivo y psicológico en pacientes en tratamiento y sobrevivientes al cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 2 (1), 34-43.
- Gutiérrez, E. E., Avalos, J., Salas, E., Montes, L., Guzmán, J. & Pánuco, P. (2014). Prevalencia del linfedema en extremidades superiores secundario a mastectomía por cáncer. *Cirujano General*, 36(3), 145-149.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Los métodos mixtos. *Metodología de la investigación* (pp. 544-599). Ciudad de México, México: The McGraw-Hill.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 23-41.
- Hervás, G., Sánchez, A. & Vázquez, C. (2009). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 43-63). Sevilla, España: Descleé de Brouwer.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). ¿Qué es el cáncer? EE. UU.: *National Cancer Institute*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero). Datos nacionales. México: *INEGI*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama (19 de octubre). Aguascalientes, México: *INEGI*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/mama0.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaria de Salud Pública (2007). Cáncer de mama. *Boletín de práctica médica efectiva* (pp. 1-6). México: INSP

- International Society of Lymphology. (2016). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2016 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*, 49, 170-184.
- Jiménez, L. M., Zepeda, E. A., Laguna, P. K., Frías, G. & Meza, B. (2011). Linfedema secundario a cáncer de mama: ¿Una posible secuela a considerar? *RESPYN*, 12(1), 1-10.
- Kocak, Z. & Overgaard, J. (2000). Risk factors of arm lymphedema in breast cancer patients. *Acta Oncol Stockh Swed*, 39(3), 389-392.
- Latorre, J., Davins, M., Barreiro, J., Sánchez, I., Surcel, P. & Viver, E. (2005). Linfedema postmastectomía. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vasculat*, 11(1), 22-37.
- Londoño, Y. C. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 70-77.
- Mafalda, S. J. & Pontífice, P. (2015). Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia/radioterapia y su relación con el bienestar. *Enfermería Global*, 14(37), 372-383.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V. & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida, para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf
- Maté, J., Hollenstein, M. F. & Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O. & Salvador, A. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 13(1), 53-58.
- Martínez, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas transcendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17 (3), 245-258.

- Martínez, P., Cassaretto, M., Herth, K. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de esperanza de Herth en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 1*(33), 127-145.
- Martínez, V. (2014). Habilidades para la vida: una propuesta de formación humana. *Itinerario Educativo, 28*(63), 61-89.
- Mendoza, L. (2017). *Factores, síntomas y conductas de autocuidado asociadas a la presencia de linfedema en mujeres con cáncer de mama*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Moreno, A., Krikorian, A. & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana, 33* (3), 517-529
- Montoya, I. & Muñoz, I. (2009). Habilidades para la vida. *Revista de Formación del Professorat, (4)*, 1-5.
- Moromizato, R., k. (2007). Desarrollo del pensamiento crítico creativo desde los primeros años. *El Ágora USB, 7*(22), 311-321.
- Notimex. (2017) Mueren 8.8 millones de personas por cáncer en México: Servicio Social. México: *Publimetro*. Recuperado de <https://www.publimetro.com.mx/mx/estilo-vida/2017/07/24/mueren-8-8-millones-personas-cancer-mexico-seguro-social.html>
- OPS & OMS (2016). *Prevención: Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama*. EE. UU.: ULACCAM. Recuperado de <http://www.ulaccam.org/articulos-cientificos/opsoms--prevencion-factores-de-riesgo-del-cancer-de-mama-y-prevencion>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer de mama: prevención y control*. EE. UU.: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Cáncer: datos y cifras. EE. UU.: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Qué es la promoción de la salud?* EE. UU.: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Ottaviani, A. C., Souza, E. N., De Camargo, N., Zazzetta, M.S., Lost, S. C. & Souza, F. (2014). Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio correlacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 248-254.
- Pacheco, J. A. (2000). Yo, autoestima, autoconcepto. *Plan de orientación y acción tutorial para educación primaria* (pp. 29- 38). Cádiz, España: GADES.
- Pérez, J. A., Salem, C., Henning, E., Uherek, F. & Schultz, C. (2001). Linfedema de miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. *Cuadernos de Cirugía (Valdivia)*, 15, 107-115.
- Pereya, M. (2010). Esperanza, salud y bienestar. *Av. Psicología*, 18(1), 9-31
- Pires, T. & Nobre, A. (2003). Enfrentando la mastectomía: análisis de los relatos de mujeres mastectomizadas sobre cuestiones relacionadas a la sexualidad. *Estudios de Psicología*, 8(1), 155-163.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (2004). *Character Strengths and Virtues: A handbook and classification*. Oxford, EE. UU.: Oxford University Press.
- Rand, K. L. & Cheavens, J. S. (2009). Hope Theory. En S. J. López & C. R. Snyder (Ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, (pp. 323-331). New York, EE. UU: Oxford University Press.
- Ridner, S.H., Dietrich, M.S. & Kidd, N. (2011). Breast cancer treatment-related lymphedema self-care: Education, practices, symptoms, and quality of life. *Support Care Cancer*, 19(5), 631-637.
- Rizo, P., González, A., Sánchez, F. & Martínez, P. (2015). Tendencia de la mortalidad por cáncer en México: 1990-2012. *Evidencia médica e investigación en salud*. 8 (1), pp. 5-7. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo151b.pdf>
- Robles, J. (2006). Linfedema: una patología olvidada. *Psicooncología*, 3(1), 77-89.

- Rochelle, A., Terán, S. P. & Guerrero, J. (2014). Esperanza, bienestar subjetivo y psicológico en pacientes en tratamiento y sobrevivientes al cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 1(1), 34-45.
- Rodríguez, I. E., García, C. R., SeucJo, A. H., Pérez, D., Chirino, L. & Borrás, M. (2011). Linfedema y calidad de vida. *Revista Cubana Angiol*, 13(1), 1-11.
- Ruiz, M. A. & Coca, M. C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1), 53-69.
- Sánchez, M. (2013). *Fomento de la esperanza y el bienestar en los adultos mayores*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- Sánchez, R. & Díaz, R. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional para la frustración y el enojo mediante una medida psicométrica. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 54-69.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-7). New York, NY: Oxford University Press.
- Schneider, J., Pizzinato, A. & Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33(2), 439-467.
- Shaitelman, S. F., Cromwell, K. D., Rasmussen, J. C., Stout, N. L., Armer, J. M., Lasinski, B. B. & Cormier, J. N. (2015). Recent Progress in Cancer-Related Lymphedema Treatment and Prevention. *CA Cancer J. Clin.*, 65(1), 55-81.
- Sherman, K.A., Miller, S.M., Rousi, P. & Taylor, A. (2015). Factors Predicting Adherence to risk Management Behaviors of Women at increased Risk for Developing Lymphedema. *Support Care Cancer*. 23(1), 61-69.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. En C. R. Snyder (Ed.). *Handbook of hope. Theory, measures, & applications* (pp. 3-24). San Diego, EE. UU: Academic Press.

- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Michel, S. T. & Cheavens, J. (2002). Optimism and Hope Constructs: Varians on a positive expectancy theme. En E. C., Chang (Ed.). *Optimism & Pessimism. Implications for theory Research and Practice* (pp. 102-126). San diego, EE. UU: Academic Press.
- Solís, M. (2015). *Promoción del autocuidado a partir del modelo de habilidades para la vida en adolescentes*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- Suárez V. (2005). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. *Revista Psicología.com*, 9 (2), 1-11.
- Tirado, L. L., Vela, B. & Mohar, A. (2003).Panorama epidemiológico del cáncer en México. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 6(1), 9-13.
- Tobón, O. (2003). El cuidado es una habilidad para vivir. *Revista hacia la promoción de la salud*, 8, 1-12.
- Varela, L. & Pérez, H. (2017). Efectividad y seguridad de la microcirugía del linfedema de extremidades. Madrid: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo de Medicina Interna*, 33(1), 11-14.
- Villegas, M. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, (83), 39-59.
- Yélamos, C., Montesinos, F., Fernández, A. E., González, A., García A. & Fernández A. I. (2007). Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 143-163.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Stephany Sánchez Vázquez de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La meta de este estudio es que las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama cuenten con herramientas que les permita sobrellevar su enfermedad de la mejor manera con el fin de que su calidad de vida no se vea tan afectada. Es por ello que la presente investigación consistirá en que seas participe de un Taller psicoeducativo nombrado: *"Taller de habilidades para la vida: una nueva esperanza para mi autocuidado"*, en el cual se le brindarán una serie de estrategias acompañadas de actividades didácticas que le permitirán desarrollar y potenciar habilidades tales como:

- Comunicación asertiva
- Autoestima
- Identificación y regulación emocional
- Toma de decisiones
- Resolución de problemas
- Pensamiento crítico y creativo
- Negociación
- Empatía
- Manejo de estrés
- Cumplimiento de metas.

Las habilidades para la vida mencionadas anteriormente tienen el objetivo de que usted acreciente y potencialice la fortaleza de **esperanza**, la cual no tan sólo le permitirá tener una visión más positiva hacia su futuro, sino también de poner en marcha acciones correspondientes para cumplir sus metas a corto, mediano y largo plazo enfocadas a conductas de autocuidado para la reducción de factores de riesgo del linfedema.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, y los datos obtenidos mediante los cuestionarios y grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Stephany Sánchez Vázquez. He sido informada de que la meta de este estudio es

_____.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2: Cédula de datos sociodemográficos y clínicos

Ficha de Identificación

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Año de diagnóstico de cáncer de mama: _____

Etapas de diagnóstico de cáncer de mama: _____

Tipo de cirugía: Cuadrantectomía Mastectomía radical Otro: _____

Número de ganglios extirpados: _____

Lado de la cirugía: Lado dominante Lado **no** dominanteTipo de tratamiento: Radioterapia Quimioterapia Hormonoterapia

Actualmente lo toma SI () NO () En caso de haber contestado sí, ¿Qué tipo de tratamiento es? _____

 Ausencia de linfedema Presencia de linfedema

Actualmente participa en el grupo terapéutico de psicología SI () NO ()

Actualmente toma terapia psicológica individual SI () NO ()

Anexo 3. Escala de Esperanza (Sánchez, 2013)

Instrucciones: Por favor lea con atención cada uno de los siguientes enunciados y circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a Usted. No hay respuestas correctas o incorrectas sólo asegúrese de que seleccione lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades.

No	Ítem	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1.	He podido controlar mis gastos.	1	2	3	4
2.	He considerado que puedo planear adecuadamente mis gastos.	1	2	3	4
3.	Me he sentido satisfecha con el manejo que hago de mi economía.	1	2	3	4
4.	He sentido que logro manejar bien mis recursos económicos.	1	2	3	4
5.	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el manejo de mi economía.	1	2	3	4
6.	He intentado mejorar mi salud.	1	2	3	4
7.	He podido cuidar mi salud.	1	2	3	4
8.	Me he esforzado para mejorar mi salud.	1	2	3	4
9.	He tratado de cumplir con lo que tengo que hacer para cuidar mi salud.	1	2	3	4
10.	He sentido que logro cuidar mi salud.	1	2	3	4
11.	He respetado a las demás personas y sus opiniones.	1	2	3	4
12.	He considerado que me puedo llevar bien con los demás.	1	2	3	4
13.	Me he sentido que logro llevarme bien con los demás.	1	2	3	4
14.	He aceptado a los demás como son.	1	2	3	4
15.	Me he sentido satisfecha con el respeto al futuro de mis relaciones con los demás.	1	2	3	4

16.	Me he sentido confiada de tener el apoyo que necesitaré en el futuro.	1	2	3	4
17.	Me he sentido tranquila con el apoyo que puedo recibir en el futuro.	1	2	3	4
18.	He pensado que tendré en el futuro el apoyo de los demás.	1	2	3	4
19.	Me he sentido entusiasmada con respecto a mi futuro.	1	2	3	4
20.	He pensado que puedo conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
21.	He sido muy exitosa.	1	2	3	4
22.	He alcanzado las metas que me he propuesto.	1	2	3	4

Anexo 4. Test de habilidades para la vida (Díaz et al., 2013)

Instrucciones: El siguiente test tiene como objetivo identificar el desarrollo de las habilidades para la vida. Este instrumento hace parte de un proceso de investigación y no se presenta con carácter evaluativo. Por tanto, puede responder con plena tranquilidad pues la información es confidencial. Cada uno de los ítems son afirmaciones y usted debe responder señalando una de las siguientes opciones:

S: Siempre **CS:** Casi Siempre **AV:** Algunas Veces **CN:** Casi Nunca **N:** Nunca.

Ítem	S	CS	AV	CN	N
1. Me considero una persona alegre y sociable.					
2. Me consideran una persona explosiva y de mal genio.					
3. Identifico y utilizo mis fortalezas en los distintos contextos.					
4. Me cuesta identificar en qué tareas me desempeño mejor.					
5. Expreso con facilidad aquello que me gusta.					
6. Prefiero no expresar lo que me disgusta para no generar conflicto con otros.					
7. Identifico hacia dónde voy y cuáles son mis metas.					
8. A menudo me siento desorientada pues no identifico cuáles son mis talentos.					
9. Me sensibilizo frente a la situación de otras personas.					
10. Prefiero no escuchar los problemas de las otras personas.					
11. Escucho las opiniones de otros comprendiendo que no solo yo tengo la razón.					
12. Considero que las personas deben dar cuando reciben porque es lo justo.					
13. Cuando alguien necesita apoyo prefiero decirle que busque a alguien más pues mis ocupaciones no me permiten ayudarlo.					
14. No me gusta colaborar con las tareas de la casa, sólo con lo que me corresponde a mí.					
15. Cuando una persona es víctima de conflicto o se encuentra en condición vulnerable, trato de acercarme y brindar ayuda.					
16. No me preocupo mucho por actuar en pro de los necesitados porque sé que hay organizaciones que se encargan de eso.					
17. Me cuesta expresar mis ideas y opiniones a los demás.					

18. Considero que me expreso adecuadamente con respecto a las situaciones de los otros.					
19. Se me facilita acercarme a otros y hacer parte de un grupo social.					
20. Me cuesta expresar a través de gestos lo que estoy sintiendo.					
21. No me avergüenza pedir consejos cuando es necesario.					
22. Considero que es mejor estar solo que mal acompañado.					
23. Sé decir “no” cuando no quiero hacer o pensar algo.					
24. Comunico mis ideas de manera adecuada buscando no hacer daño a otras personas.					
25. Se me facilita iniciar y mantener relaciones de amistad.					
26. Soy leal con mis amigos (as) y confío en que ellos (as) también lo son.					
27. Cuando tengo pareja me gusta compartir actividades, hobbies y proyectos.					
28. Cuando tengo pareja soy distante pues me cuesta expresar mis sentimientos.					
29. Mantengo buena relación y comunicación con mis padres y familiares.					
30. Me molesta que mis padres o las demás personas se entrometan en mis decisiones y amistades.					
31. Mis relaciones con jefes suelen ser conflictivas.					
32. Mi desarrollo depende de mí, no de las relaciones que tengo con otros.					
33. Prefiero no pensar mucho cuando tengo que tomar decisiones, sino vivir el momento.					
34. Me gusta tomarme el tiempo para reflexionar sobre mis necesidades e intereses.					
35. En el momento de tomar decisiones evalúo las alternativas considerando las emociones, sentimientos y criterios.					
36. Las decisiones más importantes de mi vida no han tenido los frutos esperados.					
37. Prefiero organizar mis ideas e identificar posibles consecuencias antes de tomar decisiones.					
38. No me gusta que los otros me digan lo que debo o no hacer.					
39. Tomo las decisiones considerando el beneficio propio y de los demás.					
40. Prefiero que otros tomen las decisiones importantes por mí para evitarme problemas.					

41. Tengo en cuenta las causas de los problemas para darles solución definitiva.					
42. Considero que los problemas son obstáculos y no oportunidades.					
43. Me siento mal pidiendo ayuda porque van a creer que no soy capaz de hacer las cosas.					
44. Me gusta que otros se ocupen de lo que tengo que hacer y estar tranquilo.					
45. Pienso que la negociación es un elemento fundamental en la solución de conflictos.					
46. Me gusta hacer las cosas por mí misma porque como yo nadie las hace.					
47. Me caracterizo por mi recursividad y flexibilidad en el momento de tomar decisiones.					
48. Tengo dificultades para crear estrategias y resolver los problemas que se me presentan.					
49. Pienso que la creatividad permite abrir puertas y ver las cosas desde una perspectiva diferente.					
50. Prefiero no emprender caminos distintos a los comunes y así no arriesgarme a que no funcione.					
51. Cuando trabajo en equipo suelo ser de los primeros que ofrecen ideas para solucionar problemas.					
52. Me esfuerzo por crear proyectos y acciones innovadoras.					
53. Disfruto transformando ideas o expresiones en historias e imágenes que otros no ven.					
54. Suelen halagarme por la estética con que creo mis trabajos y proyectos.					
55. Se me facilita relacionar lo que conozco y percibo para desarrollar nuevas ideas.					
56. No me caracterizo por ser creativa, prefiero realizar otro tipo de tareas.					
57. Suelo analizar la información y las experiencias de manera objetiva.					
58. Prefiero no cuestionar lo que otros me dicen, ni discutir al respecto.					
59. Me gusta analizar y hacer críticas a la realidad social.					
60. Me intereso por realizar críticas al contenido de la publicidad y la información brindada por los medios de comunicación					

61. Suelo hacerme preguntas de todo lo que me rodea, veo y escucho.					
62. Cuando no comprendo algo prefiero dejar así que investigar o preguntar.					
63. Me baso en argumentos para discutir cuando no estoy de acuerdo con algún asunto.					
64. No soy bueno participando en clase, en el trabajo y/o en casa sino que espero a que otros intervengan.					
65. Me cuesta reconocer lo que siento por otras personas.					
66. En momentos de dificultad reconozco cuando tengo emociones negativas y busco soluciones para superarlas.					
67. Reconozco fácilmente las emociones y sentimientos de los demás.					
68. Suelo malinterpretar las expresiones emocionales de otros y reaccionar de forma inadecuada.					
69. Mi estado de ánimo varía con mucha frecuencia y eso me genera dificultad en las relaciones.					
70. Me suelen llamar la atención por mi impulsividad.					
71. Prefiero no mostrar debilidad ante otros.					
72. Cuando siento rabia expreso mis ideas de manera imprudente e incluso agresiva.					
73. Soy consciente de que el estrés me hace daño y que debe controlarse cuando empieza a interferir con mi desempeño.					
74. Me estreso fácilmente en situaciones en que tengo poco tiempo para realizar una tarea.					
75. En situaciones difíciles me siento decepcionado de mí misma, carente de control sobre mi propia vida.					
76. Cuando me encuentro en situaciones de estrés me duele la cabeza y el cuello.					
77. Cuando me siento presionado busco soluciones rápidas tratando de tomar el control de las situaciones.					
78. Hago esfuerzos por reducir fuentes de estrés cambiando mi estilo de vida.					
79. En momentos difíciles trato de tener pensamientos saludables y positivos.					
80. En situaciones de estrés trato de respirar profundamente hasta sentirme más tranquila.					

Anexo 5. Instrumento de Lymphedema Behavior Checklist-Reduction (LRRB)/Conductas de autocuidado (Mendoza, 2017).

Instrucciones: A continuación se le presenta una serie de recomendaciones y/o sugerencias para el cuidado del brazo o los brazos afectado por la cirugía, los cuales debe contestar con la mayor sinceridad posible si estos son realizados o no y la frecuencia con la que realiza dicha conducta de autocuidado.

Recomendaciones y/o sugerencias para (los) brazo(s) del lado de la cirugía	Tenía precaución de seguir con esta sugerencia antes de hacerle esta pregunta	¿Con qué frecuencia ha practicado esta recomendación? 1=Nunca 2= Casi nunca 3=A veces 4= Casi siempre 5=Siempre
1. Revisa diariamente su brazo afectado a fin de notar cambios.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
2. Aplica diariamente crema o loción hidratante.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
3. Trata las lesiones leves (rasguños, pinchazos, picaduras de insectos, cortaduras) lavando y aplicando antibióticos.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
4. Evita que en su brazo afectado le tomen la presión arterial.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
5. Evita que en su brazo afectado le tomen extracciones de sangre.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
6. Evita que en su brazo afectado le inyecten en la extremidad afectada.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
7. Evita cortarse las cutículas.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
8. Usa maquina eléctrica para afeitarse las axilas.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
9. Se aplica repelente de insectos y protector solar cuando esta al aire libre.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
10. Evita quemaduras en la cocina.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
11. Evita arañazos, cortes, abrasiones, u otras lesiones en la piel.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
12. Evita utilizar el brazo afectado para levantar o transportar objetos pesados.	SI () NO ()	1 2 3 4 5
13. Utiliza prótesis mamaria ligera.	SI () NO ()	1 2 3 4 5

14. Evita en su brazo afectado utilizar joyas (reloj, anillo, pulseras) en el brazo afectado.	SI () NO ()	1	2	3	4	5
15. Evita en su brazo afectado utilizar blusas ajustadas.	SI () NO ()	1	2	3	4	5
16. Evita la exposición prolongada de calor, tales como, bañeras calientes o saunas.	SI () NO ()	1	2	3	4	5
17. Eleva la extremidad afectada a diario según sea necesario.	SI () NO ()	1	2	3	4	5
18. Utiliza manga de compresión.	SI () NO ()	1	2	3	4	5
19. Eleva la extremidad afectada durante los viajes aéreos o en el transporte público.	SI () NO ()	1	2	3	4	5
20. Realiza ejercicios de brazos.	SI () NO ()	1	2	3	4	5
21. Utiliza ropa de compresión para realizar sus actividades de la vida diaria.	SI () NO ()	1	2	3	4	5

Segmentos codificados del análisis de contenido

Anexo 6. Subcategoría de planes a futuro/ Categoría esperanza.

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	Y también tiene que ver con que mi meta de que en un futuro mi salud mejore.
M. L., J.	Es la posibilidad de que siempre hay algo por hacer, por cambiar, por cumplir a corto, mediano o largo plazo para estar mejor de mi salud física y emocional.
M. P., O.	Es el sentimiento de poder lograr algo con el tiempo.
I., M.	La esperanza para mí es llegar a terminar todos mis proyectos que tengo para mejorar mi calidad de vida y también son las metas que tengo en el presente y para estar mejor en todos los aspectos de mi vida.
M. L., F.	...cumplir los planes que tengo para mí y para mi familia.
T., B.	La esperanza para mí es algo que quiero que se me cumpla
M., M.	Es tener nuevos proyectos y decisiones que favorezcan mi salud y mi vida.
E., A.	cumplir con mis proyectos
M. S., G.	Son planes a futuro, tales como vivir más años, conocer a mis nietos, viajar a algunos hermosos del país.

Anexo 7. Subcategoría valores asociados a la esperanza/ Categoría esperanza.

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	Es mi posibilidad de que todo saldrá bien en un futuro incierto.
R. C., Z.	La esperanza para mí es tener el optimismo de ver cumplido lo que más anhelas.
M., M.	La esperanza para mí es que a pesar de las dificultades siempre habrá algo que me ayude y me motive a salir adelante.
M. L., J.	Para mí la esperanza es esperar que ocurra todo lo mejor.
B., C.	...me da fuerza para seguir con mis planes.
E., G.	Es tener mucha fuerza en Dios para continuar cumpliendo mi pobre carga de salud
M., M.	La esperanza es una fuerza que impulsa nuestros más caros anhelos.
N. H.	La esperanza para mí es tener la confianza que todo mejorará.
L., H.	Es tener confianza en que los problemas que se presentan en mi vida se solucionarán de manera satisfactoria.
T., P.	La esperanza tiene que ver con esperar a que las cosas salgan bien, es decir, uno tiene que ser positivo.
M., S.	La esperanza es la ilusión de que suceda algo bueno, que los problemas se solucionen como que mi salud regrese a mi vida.
O., M.	Es la confianza en ver lo que espero se va consolidando.
M. L., F.	Es tener la confianza y la certeza de que las cosas o situaciones mejorarán
T., B.	...mucha ilusión, fe y amor.
A. D.	Confiar en mi Dios, tener la firme convicción de que se solucionará todo el problema por el que estoy pasando y que la solución será para mi bien
M., M.	La esperanza es tener una ilusión de fuerza para seguir adelante y no tener la sensación de que ya no hay solución a los problemas si no que hay diferentes soluciones y hay que buscarlas y si te dicen un "NO" hay que buscar un "SI" o intentar una actitud positiva, saber que puedo y lo lograré.

R., S.	La esperanza es cuando salgo de todo mi problema y me doy cuenta que soy fuerte y que soy una guerrera
Y., Y.	Para mí significa tiempo, vida, crecer amor, paciencia y paz.
M. D., L.	La esperanza para mí es seguir adelante, rompiendo los obstáculos por más fuertes que se presenten en el transcurso de mi vida y asimismo tener mucha fe.
E., A.	Para mí la esperanza es vida, amor, fe, fuerza, fortaleza y
A. C. B.	Para mí la esperanza es mi fe y la confianza de que las cosas saldrán bien.
L., M.	Es la seguridad de que todo estará bien, es decir, hay una certeza positiva ante el futuro.

Anexo 8. Subcategoría vencimiento de obstáculos/ Categoría esperanza

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	La esperanza para mi es el deseo de ver mi salud mejorada con el trabajo continuo en mí misma, buscar diversas alternativas para vencer las dificultades que se me presenten para lograr mi meta.
L., N.	Es la percepción de que voy a estar bien a pesar de que las situaciones se pongan difíciles pero siempre trabajando para poder cuidar mi salud y sentirme bien.
R. C., Z.	Pensar en que lo que deseo puede ser posible al vencer los obstáculos que se me presenten.
M. L., J.	Es continuar reponiéndome de mi sobrecarga de salud para continuar con una calidad de vida, al seguir venciendo los obstáculos que se me presenten crenado soluciones más benéficas para ello y no desistir.
B., C.	Es la fortaleza que me permite seguir adelante a pesar de que las situaciones se pongan muy complicadas respecto a mi salud y poder seguir cuidándome todos los días para tener una calidad de vida mejor.
M. P., O.	Es un cambio en mi estilo de vida integrando mis fortalezas y debilidades para ir venciendo los conflictos para la mejora de mi salud.
E., G.	Es el deseo de poder llegar a una meta de estar mejor en mi salud tanto en lo físico, emocional y espiritual, planeando, trabajando. Seguir en el camino, no desfallecer, tropezando pero no dejarse caer, venciendo los obstáculos.
T., P.	Es tener una expectativa positiva de lo que pasara con mi salud si me cuido al prevenir y vencer los obstáculos que se me presenten en el camino que me puedan “impedir” no conseguir una calidad de vida.
O., M.	Es confiar en que puedo alcanzar mis metas y ver lo imposible posible para llevar una vida más vivida en el día a día.
I. M.	Es la confianza que tengo para vencer los conflictos y superarlos y en que tengo la seguridad de que cuidando mi salud el resultado será positivo en un alto porcentaje.

- T., B.** La esperanza para mí es la fortaleza que me permite brincar los obstáculos que se me presentan para vencer mi enfermedad y aprender a cuidar y amar mi cuerpo.
- A., D.** Buscar soluciones a los obstáculos que se me presentan para cuidarme ya que soy la única responsable de cuidarme a mí misma haciendo todo lo que este a mi alcance para evitar enfermedades, consintiéndome, hablando con mi cuerpo y estar agradecida por todo lo que me da.
- R., S.** Es el poder lograr lo que me propongo y darme la confianza y fortaleza para salir adelante con mi salud al vencer los obstáculos para poder cuidarme.
- M. D., L.** Me da la motivación para lograr mis metas que yo misma me ponga y saltar los obstáculos.
- E., A.** Buscar la forma de solucionar los problemas y obstáculos y crear alternativas para vencerlos mediante la confianza, capacidad, motivación y reconocer mis fortalezas para lograrlo.
- A. C. B.** Es la fortaleza que me ha permitido salir adelante aun cuando hay obstáculos tanto internos como externos.
- M. S., G.** Es seguir adelante para vencer las adversidades y poder vencer el cáncer de mama.
-

Anexo 9. Subcategoría sentido de vida/ Categoría esperanza

Paciente	Segmentos codificados
M., S.	La esperanza para mí es un deseo de disfrutar mi vida y que esta mejore en todos los sentido (física, emocional y espiritual) y que me ha ayudado para para cuidarme más realizándome mis estudios de rutina, ir a mis consultas médicas, cuidar mi alimentación, tener una vida más tranquila, hacer ejercicio, pedir ayuda para realizar mis labores domésticos y cuidar mis emociones.
M. L., F.	Es un sentimiento que me hace tomar conciencia de mi estado de salud y pensar en que todo puede ser mejor si me cuido y que mejorara mi vida para poder disfrutarla y aprender a valorarla día a día.
M., M.	La esperanza me da la ilusión de seguir adelante para disfrutar de las cosas bellas que tengo a mi alrededor, como mi familia, amigos y de mí misma.
Y., Y.	Es darle sentido a mi vida al seguir adelante cuidándome y amándome logrando todas mis metas por más difíciles que se me parezcan.
M. D., L.	Es una fortaleza que me permite tener conexión conmigo misma
E., A.	La esperanza para mí es tener actitud positiva ante la vida poder disfrutarla y valorarla,

Anexo 10. Subcategoría adherencia terapéutica para erradicar el cáncer de mama/Categoría metas.

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	Hacer lo posible para cumplir con todas las recomendaciones e indicaciones que me del oncólogo para que el cáncer no regrese y sobre todo pensar positivo sobre esta enfermedad.
L., N.	Seguir las recomendaciones de los médicos y siempre hacerme mis estudios de rutina para que el cáncer no regrese.
R. C., Z.	...que no regrese el cáncer.
M., M.	Controlar la enfermedad, cumpliendo con los tratamientos al pie de la letra.
M. L., J.	Evitar que regrese el cáncer siguiendo las indicaciones de los médicos al pie de la letra.
B., C.	Acudir a mis citas médicas, comer más sano, bajar de peso para tener riesgo bajo de que el cáncer regrese.
M. P., O.	Esperando controlar los tratamientos para que no se vaya a seguir o dispararse algunas células cancerosas.
E., G	Cuidarme más al comer más nutritivo, hacer ejercicio y seguir con mis chequeos médicos de rutina para que no se reactive el cáncer.
M., M.	Cuidarme y seguir con las indicaciones de hacerme mis estudios de rutina, ir a mis consultas para evitar que el cáncer regrese.
N., H.	Cumplir con las indicaciones de los doctores para ser dada de alta del cáncer.
L., H.	Cumplir con mis tratamientos, citas y estudios para lograr erradicar el cáncer de mi organismo o que al menos no me causen daños graves.
T., P.	Ver al cáncer como un enemigo para atacarlo y evitar que regrese haciendo lo recomendado por los doctores.
M., S.	Asistir a consulta médica y realizarme los estudios, tomarme mis medicamentos para que el cáncer no regrese.
O., M.	Adherirme a los tratamientos, ser comprometida con mis estudios y citas para vencer el cáncer y que no regrese.

I., M.	Cumplir con todo lo que los doctores me dicen para que el cáncer se erradique
M. L.,	Autoexplorarme con mayor frecuencia y ser positiva en relación al cáncer para ganarle la batalla.
T., B.	Seguir las indicaciones de los doctores, no faltar a las citas, seguir con el tratamiento del cáncer para que este desaparezca
A. D.	Comer bien, darme cuenta de todos los cambios que tiene mi cuerpo al paso del tiempo, y cuidarme físicamente y emocionalmente para que el cáncer no regrese.
R., S.	Seguir haciéndome mis estudios, consultas y no dejar que se me pase ninguna consulta para no retrasar el tratamiento y así para que no regrese el cáncer.
Y., Y.	Seguir con los chequeos médicos, para no recaer con la enfermedad.
M. D., L.	Seguir las indicaciones del doctor para que el cáncer no regrese.
E., A.	Seguir con las indicaciones del médico para que la enfermedad no regrese.
A. C. B.	Acudir siempre a mis citas y realizar mis estudios médicos de rutina y modificar malos hábitos de salud y crear nuevas conductistas de autocuidado que mejoren mi salud y así evitar que la enfermedad regrese.
L., M.	Ocuparme en que el cáncer no regrese, yendo a todas mis consultas.
M. S., G.	Cuidarme y seguir las indicaciones de los médicos para vencer el cáncer otra vez.

Anexo 11. Subcategoría prevención de linfedema / Categoría metas

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	Lograr hacer mis ejercicios diariamente para que no me de linfedema.
R. C., Z.	catar todos los consejos de salud que me expongan para que no se hinche más mi brazo
M. L., J.	Mantener mi peso ideal, mejorar mi nutrición y estilo de alimentación para prevenir el linfedema.
B., C.	Mi meta de salud es poder dejar de subir de peso para no poder tener linfedema.
E., G.	Informarme para saber cómo cuidar mi brazo para que no me de linfedema.
M., M.	...bajar de peso para evitar el linfedema.
N., H.	Ir a mis consultas en la clínica del linfedema para que el brazo no se me inflame.
O., M.	No cargar cosas pesadas con el brazo afectado por la cirugía, usar mi manga de compresión y otras indicaciones de la doctora para evitar el linfedema.
M. L., F.	Comprometerme con el cuidado de mi brazo para que no me de linfedema.
T., B.	Hacer los ejercicios que los doctores me indiquen en mi brazo para que no me del linfedema.
L., M.	...también ocuparme de que el sistema linfático este en buen estado para que no me de linfedema.

Anexo 12. Subcategoría tener bienestar/ Categoría metas

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	Cambiar mi alimentación, dormir más, quitarme el pesimismo y la pereza para estar bien en todos los sentidos.
L., N.	Estar en constante atención médica y atender cualquier episodio o malestar y trabajar en la parte emocional para alejar mis temores y así poder estar tranquila y tenga buena salud.
M., M.	Bajar de peso y comer más saludable para que no se me desarrollen otras enfermedades.
M. P., O.	Cuidar mi alimentación, hacer ejercicio, ir a terapia psicológica.
T., P.	Cuidarme más, haciendo ejercicio, dormir más, para prolongar mi vida y mejorar mi calidad de vida.
M., S.	Hacer ejercicio, pensar en forma positiva, quitar lo negativo en mi vida para así poder estar sana.
M. L., F.	Hacer más ejercicio, caminar por lo menos 30 minutos, bajar por lo menos 10 kilos, identificar mis emociones negativas, mejorar mi alimentación, dedicar tiempo a la meditación y relajación, dormir más para tener un equilibrio en mi cuerpo y mente.
M., M.	Mejorar mi alimentación (no comer chatarra), hacer ejercicio, pensar positivamente y realizar lo que me gusta para tener una vida larga y poder llegar a una vejez plena
Y., Y.	Cuidar mi alimentación, hacer ejercicio para tener mejor salud.
M. D., L.	Tener una mejor calidad de vida llevando a cabo mis cuidados emocionales, Ser positiva y alcanzar todos mis retos, como viajar y amarme mucho.
E., A.	Cuidar los alimentos que como, hacer ejercicio, darme espacio para relajarme, ser positiva, Ser muy sonriente y disfrutar de las cosas de la vida para sentirme mejor conmigo.

- A. C., B.** Mejorar mis hábitos alimenticios, trabajar espiritualmente para cambiar mis pensamientos y ser congruente con mis acciones, darme tiempo para descansar, seguir haciendo ejercicio para estar mejor de mi salud en general.
- L., M.** Recobrar mi individualidad e independencia, mi tiempo (el tiempo para mí) y mi espacio vital y sobretodo el control de mis emociones y dejar de poner pretextos para dejar de hacer cosas que me lastimen.
- M. S., G.** Comprometerme a hacer ejercicio, dormir más, bajar de peso y no desainarme y mantener una actitud positiva para estar bien.
-

Anexo13. Subcategoría recibir y brindar información/Categoría metas

Paciente	Segmentos codificados
M. L., J.	Seguirme capacitando e informando para seguir ayudando a personas que tienen la misma condición que yo y para enseñar a prevenirla.
M. P., O.	Aprender más sobre esta enfermedad con los talleres y pláticas que nos dan y así orientar a mi familia sobre cómo prevenir el cáncer.
L., H.	Tener más información sobre cada una de las enfermedades que se nos puedan desarrollar por la forma de vida que llevo o por las secuelas del cáncer de mama.
T., P.	Buscar más información sobre los tratamientos alternativos y estar al tanto de la orientación médica para ir aprendiendo con el tiempo para así ayudar a mi familia y que aprendan con el ejemplo.
M., S.	Asistir a las reuniones del grupo y que se hacen en el hospital para saber más sobre cómo cuidarme
O., M.	Prender sobre los síntomas y factores de riesgo para evitar que se presente en mi familia.
M. L., F.	Seguir asistiendo a este tipo de talleres y de pláticas informativas que nos brindan diversas instituciones sobre el cáncer de mama para poder ayudar a personas a prevenir el cáncer de mama, a cómo realizarse una autoexploración, Por ejemplo mis hija tiene síndrome de Down y me gustaría que sus compañeras que se encuentran en la misma situación sepan cómo hacérselas.
A. D.	Asistir a clases, cursos y talleres que me ayuden aprender sobre el cáncer.
M., M.	Informarme más de los cuidados que debo de tener.
Y., Y.	Seguir tomando cursos para aprender más sobre esta enfermedad y poder después brindarles información a mis familiares para prevenirlas del cáncer.
A. C. B.	Proporcionar los conocimientos que tengo sobre esta enfermedad a otras personas que lo necesiten.

Anexo14. Subcategoría miedo a la recurrencia/Categoría obstáculos

Paciente	Segmentos codificados
L., N.	Siempre tengo la tristeza, angustia y temor de que el cáncer aparezca de nuevo.
M. L., J.	Que el cáncer regrese y me impida no contar con el tiempo suficiente para cumplir mis metas.
M. P., O.	El miedo a esta enfermedad es que los tratamientos no funcionen y el cáncer regrese
E., G.	Tengo miedo de que por más que me cuide el cáncer regrese y ya no se vuelva a ir.
M., M	No alcanzar a concluir mis metas si el cáncer regresa a mi cuerpo de nuevo
N., H.	Miedo a que regrese el cáncer.
L., H.	Que el cáncer se riegue en mi cuerpo y ya no sea posible controlarlo.
M., S.	...uno de mis miedos es que el cáncer me regrese y que tengan que volver a darme las quimioterapias.
O., M.	Miedo a que la enfermedad regrese y estar peor de salud
I., M.	Miedo a ir al médico y a los resultados de los estudios que me hacen, que digan que el cáncer regreso.
T., B.	Tengo miedo a que el tratamiento para el cáncer no funcione y que sea muy agresivo en mi cuerpo
A., D.	Siempre va a existir el miedo de que posiblemente el cáncer regrese al mismo lugar o a otro sitio.
R., S.	El saber que vaya al laboratorio y me digan que ya regreso el cáncer. No quiero eso porque quiero que ya pare.
Y., Y.	...tengo miedo a que regrese la enfermedad y que me haga una persona dependiente de los demás
M. D., L.	Miedo a que la enfermedad regrese, debido a posible fracaso de los tratamientos.

- A. C. B.** Siempre siento el miedo cuando me hacen análisis porque puede ser que la enfermedad regrese. Cuando tengo alguna molestia en mi cuerpo siempre pienso que puede haber algo mal.
- L., M.** Miedo al ir al doctor o a revisión médica y me digan que algo está extraño y eso signifique que el cáncer avanza.
-

Anexo15. Subcategoría miedo a la invalidez/Categoría obstáculos

Paciente	Segmentos codificados
M. D. M.	El miedo a que el dolor de la enfermedad o del brazo me imposibilite a realizar mis quehaceres del hogar.
L., N.	Tengo miedo de que el adormecimiento de mi brazo que lo tengo desde hace 6 años me incapacita para realizar mis actividades y por eso tengo miedo de retroceder en mi enfermedad.
R. C., Z.	Tengo miedo de que no pueda cumplir mis metas por el dolor de la enfermedad.
B., C.	Muchas veces el sentirme inútil de mis manos al no tener esa fuerza de hacer lo que acostumbraba hacer.
M. P., O.	El cáncer llegue a tal punto que no pueda seguir adelante con mis metas.
M., M.	me invada a tal grado que ya no pueda valerme por mí misma y tenga que depender de los demás para hacer mis cosas más básicas como, bañarme o vestirme sola
N. H.	Que si regresa el cáncer me imposibilite a tal grado que ya no me deje de ser el apoyo de mis hijos.
L., H.	Que mi enfermedad me deje imposibilitada para valerme por mi misma.
T., P.	Miedo a que el médico no me vea integralmente sino por partes debido a que no esté a la altura de la situación y que ignore mis síntomas o los subestime, además que yo no sea capaz de detectar mis síntomas o no crea lo que siento e ignore los síntomas y por lo tanto que el cáncer regrese a mi cuerpo y ya sea demasiado tarde.
M., M.	Me da miedo a que el cáncer me imposibilite y no tenga fuerzas para realizar mis proyectos.
M., S.	Tengo mucho miedo de que la enfermedad se agrave demasiado y no me deja hacer las cosas por mi cuenta y que me quede sola.

- O., M.** Miedo a no poderme valer por mí misma y quedarme sola por eso.
- I., M.** A no poderme valerme por mí misma y que tenga que depender de los demás para hacer hasta las cosas más sencillas
- M. L., F.** A la discapacidad severa que me haga depender de otra persona para sobrevivir.
- T., B.** La enfermedad no me permita moverme y me tumbe en la cama de por vida.
- M., M.** Que el cáncer me gane la batalla y no me permita caminar, comer o me deje postrada en una cama y me haga depender de alguien más para realizar mis necesidades cotidianas.
- M. D., L** No tener el apoyo emocional por parte de mi familia si la enfermedad me llega a invalidar por completo
- E., A.** Tener miedo a los dolores del cuerpo y que lleguen con pensamientos negativos, como sentir que no podre manejar la situación y perder el control de mí misma.
- A. C., B.** Me da miedo de llegar a tener un gran deterioro físico que llegue a ser una carga para mi familia y depender de ellos totalmente.
- L., M.** Miedo de no poder salir de la enfermedad y perder el interés por hacer cosas y de perder todo el control de mis emociones y ser inestable emocionalmente
- M. S., G.** Pensamientos de no poder lograr y que la enfermedad gane y ya no sea capaz de hacer mis cosas por mí misma y sea una carga para mi familia.
-

Anexo16. Subcategoría sobreprotección vs anulación/Categoría obstáculos

Paciente	Segmentos codificados
N., H.	Los imprevistos de la salud con la edad hacen que mi familia toda el tiempo me trate como enferma y eso hace que yo también me sienta así todo el tiempo.
T., P.	Que mi familia me niega como niega la enfermedad.
M. S., G.	Así mismo otro obstáculo es que la familia siempre me siga tratando como enferma y me sobreprotejan demasiado que no me dejan hacer nada.

Anexo17. Subcategoría deshumanización por proveedores de la salud/categoría obstáculos

Paciente	Segmentos codificados
M., M.	No tener atención médica de calidad, que los médicos no sean empáticos y no tengan paciencia para explicarme los resultados de los estudios y que no me resuelvan mis dudas.
A. C., B.	Como paciente espero tener un trato más cordial, humano y empático de los médicos, ya que esto provoca insatisfacción y dudas.
M. S., G.	El obstáculo médico es que a uno no le enseñan el estudio y solo me dicen que salieron bien pero no te dan la interpretación más precisa y uno se queda con dudas y eso influye a que el mal siga avanzando, en mi caso todavía no encuentran en que parte de mi cuerpo regreso el cáncer y por lo mientras me dan quimioterapia paliativa.

Anexo18. Subcategoría burocratización de los servicios de salud/categoría obstáculos

Paciente	Segmentos codificados
M. L., J.	Que en el hospital no nos den todo el apoyo, por ejemplo el hospital no nos da la manga de compresión.
M. P., O.	Los trámites que se tienen que hacer para que me atiendan son demasiado largos y tardados.
T., P.	Que el hospital se tarda en canalizarme con los profesionales necesarios para atender mi enfermedad.
I., M.	Cuando necesite la incapacidad se me dificulto mucho porque por parte de la institución administrativamente no querían expedírmela y me tenía que ir al otro día de la quimio para irles a rogarles, pedirles y suplicarles que lo hicieran porque realmente lo necesitaba
M., M.	No todo el medicamento o los tratamientos que necesitamos no los brinda el hospital, por ejemplo la manga de compresión es muy cara y eso no los da.
R., S.	El que no haya medicamento en la clínica para poder seguir con el tratamiento, porque está muy caro y no poderlo comprarlo por fuera.
M. D., L.	Por parte del hospital las citas son muy largas
E., A.	En el hospital tardan en entregarlos o hacerlos (estudios).
A. C. B.	Los principales obstáculos para lograr mis metas es el hospital es que las citas son bastante retiradas
M. S., G.	Los trámites que se tienen que realizar en el hospital para realizarse estudios son tardados y el medicamento que me ayuda para tratar el cáncer no me lo reponen.

Anexo 19. Subcategoría fuentes de estrés/ Categoría obstáculos

Paciente	Segmentos codificados
L., N.	La distancia, el transporte y los gastos del mismo para venir al hospital son cosas que me angustian mucho.
R. C., Z.	Los problemas familiares, como la falta de entendimiento de mis familiares sobre la enfermedad.
M., M.	La falta de dinero para complementar los tratamientos, tiempo del trayecto de la casa al hospital o al trabajo, me hago 4 horas de camino y también la dificultad en el trabajo para que me den permisos para realizar mis trámites y tratamientos en el hospital.
E., G.	El transporte y tiempo que me hago para llegar al hospital y lo tardado que son los tramites en el hospital.
L., H.	Ir al hospital 20 de noviembre se me complica por la lejanía.
O., M.	El transporte. La economía, no todos los medicamentos los da el hospital, uno tiene que buscar otros lugares como grupos de apoyo o instituciones que nos brinden ese apoyo, como el regalo de las mangas de compresión descuentos.
I., M.	En el trabajo o tuve ningún apoyo por parte de mi jefe y tuve que recurrir a subdirectores de área en dos ocasiones.
M. L., F.	El tráfico que hace que mis tiempos no los pueda cumplir. La economía, ya que los gastos de mi enfermedad y la de mi hija requieren de muchos gastos económicos.
T., B.	Ya soy una persona grande de edad y se me dificulta el traslado de mi casa al hospital para las consultas.
Y., Y.	Las fricciones que surgen entre compañeras del comité del grupo, eso hace que uno no se sienta tan cómoda.
M. D., L.	El transporte y el dinero para comprar los medicamentos u otras cosas que no da el hospital como la manga.
E., A.	A veces no se tiene la posibilidad, es decir, el dinero para hacerse los estudios en otro lado

A. C. B. Por otro lado el transporte y el tráfico complican que llegue puntual a las citas y a los estudios lo cual es muy estresante.

L., M. No sé relacionar mi tiempo y espacio con mi familia, la comunicación con ellos no es favorable, siempre terminamos discutiendo. Por otro lado, en el trabajo es complicado que me den tantos permisos para que pueda asistir a este tipo de talleres o platicas.

Anexo 20. Subcategoría apoyo emocional/ Categoría obstáculos

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	Cuento con el cariño y apoyo de mis familiares para salir adelante todos los días.
L., N.	La compañía de mi hijo es otro apoyo que me hace sentirme bien y también mis compañeras del grupo “Fe y Esperanza” porque juntas luchamos para vencer esta enfermedad y sé que no estoy sola.
R. C., Z.	Cuento con mi familia, mis hijos, nietos que siempre me ayudan a seguir adelante aunque la situación sea muy complicada.
M., M.	Cuento con el apoyo de mi familia, quienes siempre me brindan su cariño y buscamos la manera de solucionar los problemas que se nos presenten en el camino.
M. L., J.	Hermanos, amigos, compañeros de trabajo, comunidad parroquial, grupo de canto, quienes me motivan a seguir adelante cuando las cosas están muy mal.
B., C.	Tengo a mi esposo, hijos, amigos y compañeras del grupo terapéutico quienes siempre me dan la fuerza y motivación para seguir adelante.
M. P., O.	Cuento con el apoyo de mi esposo quien me motiva a seguir adelante, él es mi soporte cuando siento que todo está mal.
M., M.	Mi familia y mis amigos que me brindan su mano cuando más lo necesito.
L. H.	Mi fortaleza mis hijos y mi esposo que me motivan y no me dejan sola en estos momentos tan difíciles que paso con mi salud.
M., S.	Cuento con el apoyo de algunos familiares y amistades, quienes me animan, me acompañan a las citas y están ahí en todo momento.
O., M.	Cuento con mi esposo, ya que me acompaña en el inicio de mi enfermedad y mi tratamiento. Mi hijo también me dio su apoyo haciéndome sentir una gran persona y me acompañe en mis terapias. Obtuve el apoyo de mi mamá y mis hermanos en este trance tan difícil. El apoyo de mis amigas fue muy importante para seguir adelante.

N., H.	Cuento con el apoyo de mis compañeras del grupo terapéutico de "Fe y esperanza".
A., D.	El apoyo por parte de mi esposo, de mis amistades y compañeras de trabajo, que me animan cuando más lo necesito.
M. L., F.	Cuanto con el apoyo incondicional de mi madre, quien siempre me brinda su mano para salir adelante.
T., B	Tengo una linda familia que me ha apoyado y no me separo de ellos. Mi hija siempre me acompaña a mis consultas, se informa de mi enfermedad para poder ayudarme a cuidarme e incluso toma cursos y pláticas para poder hacerlo.
I., M.	Siempre he estado rodeada de personas buenas que me ayudan a salir adelante. Mi esposo me acompaña a mis consultas,
M., M.	Sé que puedo contar con mi familia, amigos, amigas
R., S.	Que mi familia y mis hijos me apoyan en todo lo que ellos pueden y no me dejan sola
Y., Y.	¿Con que apoyos cuentas para cumplir tus metas?
M. D., L.	Mis hijos y mis hermanos son mis apoyos, con ellos puedo platicar sobre lo que me pasa y buscar soluciones juntos.
E., A.	Cuento con el apoyo de mi familia y amigos para platicarles sobre lo que me preocupa o me alegra.
A. C., B.	El principal apoyo para enfrentar la enfermedad es mi familia, que me apapachen cuando me ven triste, que me acompañen a mis citas o a pláticas informativas.
L., M.	Tengo amigos que me escuchan cuando más lo necesito, me siento tranquila después de haber hablado con ellos. Por otro lado, mi hijo aunque esta en otro país me llama por teléfono para preguntarme cómo estoy.
M. S., G.	También con el apoyo molar y amor de mi familia y amigos, por ejemplo tengo una amiga que también está en el grupo de apoyo que yo y ella es como mi hermano a todos lados vamos juntas, nos acompañamos a nuestra consultas medicas, cursos y talleres.

Anexo 21. Subcategoría apoyo informativo/ Categoría apoyo social

Paciente	Segmentos codificados
M. D., M.	Cuento con el cariño y apoyo de mis familiares para salir adelante todos los días.
L., N.	La compañía de mi hijo es otro apoyo que me hace sentirme bien y también mis compañeras del grupo “Fe y Esperanza” porque juntas luchamos para vencer esta enfermedad y sé que no estoy sola.
R. C., Z.	Cuento con mi familia, mis hijos, nietos que siempre me ayudan a seguir adelante aunque la situación sea muy complicada.
M., M.	Cuento con el apoyo de mi familia, quienes siempre me brindan su cariño y buscamos la manera de solucionar los problemas que se nos presenten en el camino.
M. L., J.	Hermanos, amigos, compañeros de trabajo, comunidad parroquial, grupo de canto, quienes me motivan a seguir adelante cuando las cosas están muy mal.
B., C.	Tengo a mi esposo, hijos, amigos y compañeras del grupo terapéutico quienes siempre me dan la fuerza y motivación para seguir adelante.
M. P., O.	Cuento con el apoyo de mi esposo quien me motiva a seguir adelante, él es mi soporte cuando siento que todo está mal.
M., M.	Mi familia y mis amigos que me brindan su mano cuando más lo necesito.
N., H.	Mi fortaleza mis hijos y mi esposo que me motivan y no me dejan sola en estos momentos tan difíciles que paso con mi salud.
T., P.	Cuento con el apoyo de algunos familiares y amistades, quienes me animan, me acompañan a las citas y están ahí en todo momento.
M., S.	Cuento con mi esposo, ya que me acompaña en el inicio de mi enfermedad y mi tratamiento. Mi hijo también me dio su apoyo haciéndome sentir una gran persona y me acompañe en mis terapias. Obtuve el apoyo de mi mamá y mis hermanos en este trance tan difícil. El apoyo de mis amigas fue muy importante para seguir adelante.

O., M.	Cuento con el apoyo de mis compañeras del grupo terapéutico de "Fe y esperanza".
I., M.	Apoyo por parte de mi esposo, de mis amistades y compañeras de trabajo, que me animan cuando más lo necesito.
M. L., F.	Cuanto con el apoyo incondicional de mi madre, quien siempre me brinda su mano para salir adelante.
T., B.	Tengo una linda familia que me ha apoyado y no me separo de ellos. Mi hija siempre me acompaña a mis consultas, se informa de mi enfermedad para poder ayudarme a cuidarme e incluso toma cursos y pláticas para poder hacerlo.
A., D.	Siempre he estado rodeada de personas buenas que me ayudan a salir adelante. Mi esposo me acompaña a mis consultas,
M., M.	Sé que puedo contar con mi familia, amigos, amigas
R., S.	Que mi familia y mis hijos me apoyan en todo lo que ellos pueden y no me dejan sola
Y., Y.	¿Con que apoyos cuentas para cumplir tus metas?
M. D., L.	Mis hijos y mis hermanos son mis apoyos, con ellos puedo platicar sobre lo que me pasa y buscar soluciones juntos.
E., A.	Cuento con el apoyo de mi familia y amigos para platicarles sobre lo que me preocupa o me alegra.
A. C., B.	El principal apoyo para enfrentar la enfermedad es mi familia, que me apapachen cuando me ven triste, que me acompañen a mis citas o a pláticas informativas.
L., M.	Tengo amigos que me escuchan cuando más lo necesito, me siento tranquila después de haber hablado con ellos. Por otro lado, mi hijo aunque esta en otro país me llama por teléfono para preguntarme cómo estoy.
M. S., G.	También con el apoyo molar y amor de mi familia y amigos, por ejemplo tengo una amiga que también está en el grupo de apoyo que yo y ella es como mi hermano a todos lados vamos juntas, nos acompañamos a nuestra consultas médicas, cursos y talleres.

Anexo 22. Subcategoría apoyo instrumental/ Categoría apoyo social

Paciente	Segmentos codificados
L., N.	Cuento con el apoyo de mis terapeutas, de mi psicóloga y psiquiatra quienes me han brindado la información y han sido mi guía para aprenderme a cuidar
M. P., O.	Tengo el apoyo de la institución médica para seguirme informando.
E., G.	servicio médico con las experiencias que he adquiero con los cursos, talleres, entre otros
M., M.	Los profesionales que cuidan de mi salud al brindarme información sobre esta enfermedad y como irla sobrellevando de la mejor manera.
N., H.	Los apoyos que he recibido en los hospitales, como las pláticas y cursos que nos brindan.
L., H.	Los apoyos que me dan con las pláticas de psicología, linfedema, oncológicas, el ejercicio en taichí me parecen muy acertados y me están sirviendo mucho.
A. C., B.	Mi hijo me imprimió un estudio de las vivencias de mujeres peruanas con cáncer y eso me ayudo a tomar algunas decisiones de cómo enfrentar mi enfermedad.
O., M.	La ayuda que nos brindan los médicos para enseñarnos como cuidarnos en este proceso y nunca dejarnos solas.
I., M.	El apoyo que me ha brindado la Institución ISSSTE y el trato que he recibido por parte de los médicos y enfermeras, siempre brindándonos información necesaria para ir sobrellevando esta enfermedad
M. L., F.	El grupo "Fe y esperanza" del hospital en el cual recibo mucha información útil para aprender cada vez más de estar enfermedad.
A., D.	los cursos que recibo por parte del hospital para seguirme informando sobre el cáncer de mama
M., M.	Personal que labora en el hospital, quienes me informan de que cosas debo y no debo de hacer para cuidarme y que la enfermedad no regrese a mi cuerpo.

- R., S.** Buscan información de qué cosas no debo comer, me acompañan cuando pueden a mis consultas.
- Y., Y.** Cuento con el apoyo de los doctores y del grupo para sentirme mejor y estar más informada sobre cómo debo cuidarme.
- M. D., L.** También cuento con el apoyo del grupo terapéutico, de los doctores que me resuelven dudas, de taller que nos brindan información sobre cómo cuidarnos.
-