



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***“IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN  
MINDFULNESS, ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y  
ASERTIVIDAD EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y  
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE  
MAMA”***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y  
GRUPOS

P R E S E N T A:

NAYELI GÓMEZ CERVANTES

DIRECTOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



México, Ciudad de México

Octubre, 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Antes que nada quiero dar mi agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, por darme la oportunidad de poder seguir preparándome en esta profesión tan apasionante para mí.

A la Dra. Sofía Sánchez Román por su apoyo y enseñanzas en esta etapa de mi vida, tanto profesional como personal, así como al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición por abrirme las puertas.

A mi Director Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por su enseñanza, comentarios y disponibilidad.

A mi familia, principalmente a mi madre María que me ha dado un apoyo incondicional a lo largo de mi vida, a Alberto por el amor para con mis hijas, a mi esposo Juan Carlos que me motiva a seguir adelante, a mis hijas Sofi y Fer que son mi inspiración para ser mejor cada día, sin dejar de mencionar a Eli mi hermana confidente y apoyo incondicional.

## ÍNDICE

Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
Capítulo 1 Cáncer	6
Tipos de cáncer	6
Causas del cáncer	7
Tratamientos médicos del cáncer	8
Capítulo 2 Cáncer y sus aspectos psicológicos	10
Malestar Emocional	13
Bienestar Psicológico	13
Bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama	14
Calidad de vida	15
Adaptación psicológica-social a la enfermedad	17
Capítulo 3 Tipos de Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama	19
Técnicas de counseling	19
Intervención psicoeducativa-informativa	19
Terapia grupal	20
Terapia Cognitivo Conductual	21
Terapia de Aceptación y Compromiso	23

Intervención Psicológica Mindfulness	25
Relaciones sociales	31
Apoyo Social	31
Integración social	32
Apoyo Social en pacientes con cáncer de mama	33
Estilos de Comunicación	36
Estilo de comunicación pasiva	36
Estilo de comunicación agresiva	37
Estilos de comunicación pasivo-agresiva	38
Estilo de comunicación Asertiva	39
Método	43
Planteamiento del problema	43
Justificación	43
Pregunta de investigación	46
Objetivos	46
Tipo de estudio	46
Hipótesis	47
Variables	47
Conceptuales	47
Operacionales	47
Participantes/escenario	51

Instrumentos	52
Procedimiento	52
Resultados	55
Discusión	63
Referencias	69
Apéndice	77
Material complementario	77

## **RESUMEN**

Al recibir el diagnóstico de cáncer de mama, las mujeres generalmente pasan por diferentes etapas y enfrentan distintas emociones como ira, soledad y tristeza, aunque en muchos casos experimentan dificultad para expresarlas. De aquí la importancia de una intervención enfocada en mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de estas mujeres. En el presente trabajo, se propone un programa basado en la terapia de aceptación y compromiso, mindfulness y comunicación asertiva, que consta de 4 módulos con 4 sesiones cada uno, abordando los siguientes temas: manejo de estrés, aceptación y compromiso de la enfermedad, regulación emocional y apoyo social. Se realizó un estudio pre y post experimental en el que se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida EORT QLQ C-30, EORT QLQ –BR30 (versión 3) y la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). La intervención se realizó en mujeres en etapa I a III de la enfermedad que se encontraban en tratamiento médico y que tenían conciencia de enfermedad, de las cuales 12 fueron referidas por el servicio de oncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y 2 por la Universidad “Rey Juan Carlos” España, Madrid. Los resultados señalaron un cambio significativo en el bienestar psicológico debido a que aumentó el afecto positivo y disminuyó el afecto negativo, pero no se encontraron cambios significativos en cuanto a la calidad de vida.

## **SUMMARY**

After receiving breast cancer diagnosis, women generally go through different stages and deal with emotions such as rage, loneliness and sadness, even though in many cases they experience difficulties expressing these emotions. Hence the importance of an intervention focused on improving quality of life and psychological well-being. In the present paper, a program based on mindfulness, assertive communication and acceptance and engagement therapy is proposed. It is made up of 4 modules with 4 sessions each, approaching the following subjects: management of stress, acceptance and commitment of the disease, emotional regulation and social support. A pre and post experimental test was made in which the Quality of Life questionnaire (EORT QLQ C-30, EORT QLQ –BR30 3° version) and the Positive and Negative Affect Scale (PANAS) were applied. The program was carried out in women who were on stages I to III of the disease, in medical treatment at the time of the evaluation and who were aware of their disease. 12 of these women were referred by the Medical Sciences and Nutrition National Institute “Salvador Zubirán” oncology service and 2 of them by the “Rey Juan Carlos” University of Madrid, Spain. The results indicated a significant improvement in psychological well-being as positive affect increased while negative affect decreased. No changes in quality of life were found.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la incidencia de casos de cáncer en África, Asia, América Central y Sudamérica, constituyen más del 60% anual total en el mundo. Estas regiones representan el 70% de las muertes por cáncer y se prevé que los casos anuales aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas. El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres de bajos y medios recursos. Debido a que el diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos en fases avanzadas, su pronóstico tiende a ser poco favorable. En 2015 murieron 571,000 mujeres por cáncer de mama en el mundo y la mayoría de las defunciones son pertenecientes a países en desarrollo, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2017).

La Secretaría de Salud Pública (SSP, 2011), refiere que en México los tumores malignos ocupan el tercer lugar en defunciones. Su prevalencia ha aumentado considerablemente del año 2000 al 2011, con una tasa de aumento de 55.9 a 65.3 por 100,000 habitantes. La carga global de enfermedad (GBD) reporta que en México el cáncer de mama provocó 5,222 defunciones en 2011, de las cuales 854 se encuentran en el rango de edad de 25-44 años, 2,582 se encuentran en el rango de 45-64 años y 1,779 en el rango de 65 años en adelante.

Cruzado (2010) describe diversas reacciones ante el diagnóstico de cáncer de mama, tales como negación, incredulidad, aceptación pasiva o shock emocional, ya

que el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones es inesperado y/o el cáncer se encuentra en un estado avanzado.

Asimismo, el sufrimiento físico y emocional de estas mujeres les cambia la vida, ya que inician una adaptación a la enfermedad y se modifican los roles en su vida diaria, no sólo para ellas sino también para la familia.

Cruzado (2010) describe que un buen afrontamiento de la enfermedad ayuda al bienestar psicológico y por lo tanto, también impacta en la calidad de vida. De ahí la importancia de la intervención psicológica en estas mujeres.

Burgues et al. (2005) realizaron un seguimiento de 5 años a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Su muestra inicial fue de 222 mujeres, concluyendo su investigación solamente con 131. En sus resultados encontraron que casi el 50% de las mujeres tenía depresión, ansiedad o ambas, un año después del diagnóstico; el 25% en el segundo, tercer y cuarto año y el 15% en el quinto año. Además, el 45% de las mujeres que tuvieron recaídas también experimentaron depresión, ansiedad o ambas. Por otro lado, estos síntomas estaban asociados a otros factores como el apoyo social, ser más joven y haber sufrido acontecimientos estresantes previos. Asimismo, la falta de una relación íntima fue asociada significativamente con episodios más largos (arriba de 90 días) de depresión, ansiedad o ambos. Otra conclusión a la que llegaron fue que estos síntomas estaban más relacionados a las pacientes, que a la enfermedad misma o al tratamiento. A partir de estos hallazgos,

se concluye que las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama necesitan apoyo psicológico especialmente en el primer año, ya que la intervención oportuna disminuye la probabilidad de que más adelante presenten depresión, ansiedad o ambas.

## CAPÍTULO 1

### Cáncer

Existen muchos tipos de cáncer, de los cuales todos tienen la capacidad de diseminarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: el primero es por invasión, es decir, la migración y penetración directa de células cancerosas en el tejido vecino; el segundo es por metástasis cuando las células cancerosas circulan a través de los vasos sanguíneos y linfáticos y llegan a invadir el tejido normal de otras partes del cuerpo (Cruzado, 2010).

La OMS (2015) define al cáncer de la siguiente manera: término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo, conocidas también como «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. La metástasis es la principal causa de muerte por cáncer.

#### *Tipos de Cáncer*

Los tipos de cáncer que menciona Cruzado (2010) son los siguientes:

Carcinomas: el cáncer más común. Se refiere a las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo, siendo los más frecuentes el cáncer de pulmón, mama y colon.

Sarcomas: surgen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo, tales como los huesos, el cartílago, el tejido conectivo, el músculo y la grasa.

Linfomas: su origen se encuentra en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.

Leucemia: células inmaduras en la sangre producida en la célula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo.

### *Causas del Cáncer*

La OMS (2015) refiere que aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo que son principalmente conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante y es la causa de más del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. Así la prevención de los principales factores de riesgo pueden reducir de forma significativa la carga de cáncer: el consumo de tabaco (cigarrillos y tabaco sin humo), el exceso de peso o la obesidad, la mala

alimentación en la que se ingieren cantidades insuficientes de frutas y hortalizas, la inactividad física, el consumo de bebidas alcohólicas, las infecciones genitales por papiloma virus humano, las infecciones por los virus de las hepatitis u otras infecciones oncogénicas, las radiaciones ionizantes y ultravioleta, la contaminación del aire de las ciudades y el humo generado en los hogares por la quema de combustibles sólidos.

El tabaquismo es el factor de riesgo de cáncer más importante y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer a nivel mundial (OMS, 2017)

### *Tratamiento del Cáncer*

La American Cancer Society en conjunto con National Comprehensive Cancer Network ha difundido una guía de tratamientos para pacientes, con el objetivo de facilitar la comprensión y toma de decisiones respecto al tratamiento de la enfermedad, así como consultar la mejor opción con el médico tratante.

Arce et al. (2011) mencionan los principales tratamientos:

Cirugía de conservación del seno: es la extirpación del tumor y/o tejido de la zona afectada extrayendo un poco de tejido normal. En la mayoría de los casos esta cirugía es acompañada de radioterapia, ya que ésta es indicada para tumores sólidos.

Mastectomía: consiste en extirpar el seno completo incluyendo el pezón. Su nombre puede variar según la extensión de la cirugía, ya que en algunos casos puede extenderse a la axila o los músculos debajo del seno.

Cirugía de los ganglios linfáticos: las personas cuentan con 20 ganglios linfáticos, los cuales pueden o no estar infectados. Si se observa una anomalía, generalmente se decide la cirugía para realizar un estudio que determine si se encuentran infectados. Otra alternativa es que en el momento de la operación, los médicos decidan extirparlos.

Terapia sistémica: consiste en el empleo de fármacos en forma de pastilla o de vía intravenosa. Dentro de este tratamiento se encuentra la quimioterapia y la terapia hormonal.

Radioterapia: se utiliza para destruir las células cancerosas remanentes en el seno, la pared torácica o los ganglios linfáticos después de la cirugía. Es la utilización de radiaciones o partículas de alta energía para destruir las células cancerosas o disminuir su crecimiento.

Anticuerpos monoclonales: es un anticuerpo que se dirige a un receptor que se encuentra en el seno y se puede utilizar como tratamiento coadyuvante de la quimioterapia.

## **CAPÍTULO 2**

### **El cáncer y sus aspectos psicológicos**

Cuando se recibe el diagnóstico de cáncer, existen diversas reacciones emocionales dentro de las cuales se encuentran las siguientes: negación, incredulidad, aceptación pasiva o shock emocional. De ahí que se vea afectado el bienestar psicológico y social, así como la calidad de vida (Cruzado, 2010).

Sin embargo, las reacciones emocionales son variables de persona a persona y están relacionadas con diversas variables como la edad. En este caso, las mujeres más jóvenes responden con mucha ansiedad, sienten mayor temor no sólo por su vida, sino por su sentido de feminidad, imagen corporal, fertilidad y cuidado de los hijos. Las personas mayores suelen responder con menor ansiedad y con mayor indefensión. Así mismo la vulnerabilidad previa, el apoyo familiar, de pareja, social y laboral son determinantes para el afrontamiento del diagnóstico (Kvillemo & Bränström, 2014).

Oblitas (2006) describe la importancia de tomar en cuenta cada una de las áreas “biológica-psicológica-social” para mejorar la calidad de vida de las pacientes. De ahí la importancia de la personalidad como variable que puede tener influencia en el curso de la patología. El autor asocia al cáncer algunos aspectos de afrontamiento y rasgos de personalidad. Por ejemplo, la personalidad “tipo C” caracterizada por la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad,

agresividad e ira se relaciona con la enfermedad. Asimismo, la expresión exagerada de características aceptadas socialmente tales como tolerancia, paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, también se encuentran frecuentemente relacionadas al cáncer. Estas personas son racionales, distantes y anti-emocionales, muestran baja hostilidad, poca ansiedad o neuroticismo y una emocionalidad “blanda y constreñida” (Oblitas, 2006).

Ahora bien, Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) describen 6 tipos de reacción al estrés y han encontrado que 2 de ellos son los más observados en pacientes con cáncer:

Tipo 1: presenta un elevado grado de dependencia, conformismo e inhibición para establecer proximidad o intimidad. Ante situaciones estresantes tienden a actuar con desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales. La pérdida/ausencia del objeto de dependencia muestra una fuente de estrés, ya que la persona no se desvincula, pero tampoco logra la proximidad/intimidad necesaria.

Tipo 5: racional/anti-emocional. Suprime o niega las manifestaciones afectivas, encuentra dificultades para demostrar las emociones y muestra predominio de lo racional sobre lo emocional.

A lo largo de las investigaciones antes mencionadas se puede observar como los pacientes con cáncer y en específico con cáncer de mama tienden a reaccionar al

estrés de forma racional, inhibiendo la emoción con dificultad de mostrarla, así muestran personalidad dependiente y sumisa, de ahí la importancia de que las intervenciones sean enfocadas a trabajar la emoción para un mejor afrontamiento y manejo de emoción.

Oblitas (2006) explica diferentes respuestas emocionales ante la enfermedad. Las personas que reciben el diagnóstico presentan etapas muy similares a las de un duelo, pues experimentan una pérdida de la salud y/o la autonomía. Las etapas por las que suelen atravesar son las siguientes: a) negación b) enojo c) desesperación/negación d) depresión y e) reconciliación o aceptación de la realidad.

Al realizar una comparación entre reacciones emocionales de los pacientes que fueron diagnosticados con tres diferentes tipos de enfermedad crónica (hipertensión, infarto al miocardio y cáncer), se encuentra que los pacientes diagnosticados con cáncer manifestaron altos índices de ansiedad y baja esperanza en la fase inicial de la enfermedad. Más adelante en el curso del padecimiento, la ansiedad bajó y la esperanza incrementó. De igual forma, se observó la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con diversas enfermedades crónicas (Oblitas, 2006).

Con base en lo anterior, se puede concluir que estos rasgos y reacciones afectan la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente y por lo tanto, la adherencia a los tratamientos médicos.

### *Malestar emocional*

Según describe la National Comprehensive Cancer Network (2007), el malestar emocional se refiere a la experiencia aversiva que impacta el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual en los pacientes con cáncer. El malestar interfiere con la capacidad de afrontar la enfermedad, sus síntomas físicos y el tratamiento médico.

Hegel et. al (2006), realizaron un estudio a 236 mujeres con cáncer de mama en estadio inicial, a quienes se les aplicó la Escala termómetro de distrés (Distress Thermometer Scale) con una medida de 0 a 10, donde encontraron que el 41% de las mujeres evaluaban su nivel de malestar emocional en niveles clínicamente significativos que se situaban arriba de 5. Así mismo las pacientes reportaron que su angustia se debía a preocupación, miedo, nerviosismo, tristeza, depresión, incertidumbre en cuanto al tratamiento, síntomas físicos, problemas de la vida cotidiana, problemas familiares y crisis espirituales. El 47 % de la población alcanzaba niveles altos de angustia o trastornos psiquiátricos (depresión mayor y estrés postraumático), con una tasa de prevalencia de 11% para depresión mayor y 10% para trastorno de estrés postraumático.

### *Bienestar Psicológico*

Oblitas (2006) define el bienestar psicológico como el bienestar físico, psicológico y social, que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. La

salud es considerada como un estado cambiante que frecuentemente va sufriendo cambios físicos, psicológicos y sociales (relaciones interpersonales). Explica cómo cada cambio fisiológico va acompañado de un cambio en el estado mental y cada cambio mental (emocional), consciente o inconsciente va acompañado de un cambio físico.

Actualmente la psicología se está enfocando en realizar estrategias que ayuden a los pacientes a mejorar su calidad de vida y por lo tanto su bienestar psicológico, principalmente en enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión o el cáncer, ayudando al control del dolor, al manejo de estrés, aceptación y afrontamiento de la enfermedad, regulación emocional y con ello un mejor apego a los tratamientos (Oblitas, 2006).

#### *Bienestar Psicológico en Mujeres con Cáncer de Mama*

Kvillemo & Bränström (2014) observaron asociaciones entre diferentes tipos de afrontamiento, bienestar psicológico y salud física, concluyendo que es muy importante considerar cómo las mujeres con cáncer de mama se adaptan al estrés, aceptan y enfrentan la enfermedad. Estas variables se encuentran relacionadas con el bienestar psicológico y salud física de las pacientes. Por otro lado, hay una relación positiva entre los distintos efectos secundarios mismos de la enfermedad y el bienestar psicológico de las pacientes con cáncer de mama.

También se encontró una correlación positiva fuerte entre afrontamiento y afecto positivo, así como la asociación del afecto negativo con los sentimientos de culpa, que surgen al colocar parte de la responsabilidad causal de una situación en uno mismo, y la rumiación, definida como la tendencia de estar pensando en las cosas repetidamente de forma negativa. Además, se encontró una relación positiva y fuerte entre los síntomas depresivos y afectos negativos, y problemas relacionados con el estrés. De aquí la importancia de la intervención psicológica para ayudar a la expresión de estas ideas y hacer frente de forma más asertiva a la enfermedad (Kvillemo & Bränström, 2014).

Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama muestran gran estrés, angustia y depresión al enfrentarse a tratamientos con fuertes efectos secundarios que en ocasiones incluso implican cirugía, así como incertidumbre al pronóstico y como consecuencia, interrupción de sus roles en la vida diaria.

Así pues, es importante realizar intervenciones que ayuden a disminuir el malestar emocional y mejorar las estrategias de afrontamiento y estrés vinculados a la enfermedad.

### *Calidad de vida*

Levy y Anderson (1980) describen la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, de acuerdo con cómo lo percibe cada persona.

Para medir la calidad de vida, se toma en cuenta la evaluación de diversos elementos generales como salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. Esta forma de evaluación se basa en el modelo multidimensional de calidad de vida y en el ámbito hospitalario, tiene la finalidad de evaluar a pacientes con alguna enfermedad en comparación con otras. Una segunda forma de evaluación son las medidas específicas, enfocadas a encontrar diferencias sutiles y problemas específicos de una sola enfermedad (Oblitas, 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), la calidad de vida es la percepción o experiencia subjetiva del estado de completo bienestar físico, mental y social. Describe diferentes facetas de la calidad de vida como son el ámbito físico, el ámbito psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, el miedo y la espiritualidad, religión o creencias personales. Dentro de estas facetas pueden evaluarse diversas áreas de una persona y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada, por lo que desde esta perspectiva, es importante que el sector salud tome en cuenta a los pacientes como una unidad bio-psico-social.

Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida como “el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamiento” (p. 478)

Oblitas (2006) considera que la calidad de vida se encuentra relacionada con estos factores:

- 1.- Síntomas y quejas subjetivas (depresión, ansiedad).
- 2.- Diagnósticos (cáncer).
- 3.- Funcionamiento fisiológico (presión arterial).
- 4.- Funcionamiento psicológico y cognitivo (examen mental breve).
- 5.- Funcionamiento físico (deterioro físico, auto-cuidado).
- 6.- Percepciones generales de salud (auto-calificación).
- 7.- Funcionamiento social (interacciones sociales).

#### *Adaptación psicológica-social a la enfermedad*

Livneh (2001) realizó una investigación donde observa tres variables importantes que interactúan entre sí, para una adaptación a la enfermedad crónica:

- 1.- Los eventos antecedentes (variables causales o contextuales). Estos pueden ser categorizados de la siguiente forma: eventos desencadenantes, es decir, acontecimientos que causan total o parcialmente la enfermedad o que contribuyen a la enfermedad, y variables contextuales, asociadas en tiempo y espacio con la enfermedad.

2.- El proceso dinámico de adaptación por sí mismo. Supone la existencia de reacciones progresivas e individuales y la interacción de variables psicológicas, interpersonales (socioculturales) y extrapersonales (ambientales).

3.- La anticipación de consecuencias psicosociales.

A partir de la reacción psicológica de recibir la noticia del diagnóstico los pacientes tenderán a tener diferentes formas de adaptación ante la enfermedad, por lo que su calidad de vida y bienestar psicológico se verán afectados en algunos casos. De ahí la importancia de las intervenciones psicológicas.

## CAPÍTULO 3

### Tipos de Intervenciones Psicológicas

Al trabajar con pacientes con cáncer de mama desde el aspecto psicológico, es importante conocer las intervenciones que se han utilizado para elegir la alternativa de intervención más adecuada para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de las mujeres con este padecimiento. A continuación se realizará una descripción de las terapias para trabajar con mujeres que han padecido cáncer de mama:

#### *Técnicas de Counselling*

Cruzado (2010) describe que el counselling es una alianza entre profesional y consultante en la que se analizan las preocupaciones, necesidades y recursos que el paciente tiene, a través de preguntas abiertas y focalizadas que ayudan a identificar el problema, decidir y poner en marcha las estrategias más adecuadas para afrontar la enfermedad.

#### *Intervención Psicoeducativa-informativa*

Así mismo, la información psicoeducativa tiene efectos positivos principalmente en el campo de afrontamiento y afectivo, pues al dar información al paciente y sus familiares acerca de la enfermedad, se ayuda a disminuir la ansiedad e incertidumbre (Font y Rodríguez, 2007).

## *Terapia Grupal*

Garduño-Rivero y Sánchez-Sosa (2010) realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) en el que participaron 60 pacientes con cáncer de mama. El objetivo fue mejorar la calidad de vida a través de una intervención cognitivo conductual de 16 sesiones y los resultados señalaron que la mayoría de la pacientes presentó mejoría importante en las áreas de Vida Cotidiana, Tiempo Libre, Preocupaciones, Percepción Corporal y Aislamiento.

Bellver (2007) realizó comparaciones entre dos grupos con enfoques diferentes: uno dirigido a autoestima y comunicación, y el segundo, al manejo de estados emocionales. Las variables que se midieron fueron calidad de vida, ansiedad y depresión y los resultados indicaron que ambos enfoques tuvieron un efecto positivo en estas áreas.

Font y Rodríguez (2004) analizaron la calidad de vida en 142 pacientes de cáncer de mama, donde 69 se derivaron a grupos de terapia grupal y el resto de las pacientes fueron el grupo control. En el grupo experimental se midió calidad de vida antes, durante y después de la intervención. Se trató de una terapia grupal semi-estructurada que incluía temas educativos, elementos de expresión y discusión emocional. En los resultados se observaron mejoras en 20 de los 27 aspectos de la calidad de vida, correspondientes al nivel psicológico. También se observaron cambios estadísticamente significativos en disminución de las sensaciones de

náusea, sentirse más despejada durante el día, mejora de las actividades físicas, mayor satisfacción con las actividades recreativas, disminución de los sentimientos depresivos y mayor ilusión por las cosas.

### *Terapia Cognitivo-Conductual*

La terapia cognitivo conductual ha sido dividida en tres generaciones dada su evolución:

1. La primera generación se caracteriza por su interés en la conducta observable y el ambiente que la produce. Los terapeutas consideran que la conducta adaptada o desadaptada es aprendida y que puede modificarse a través de aprendizaje. Las teorías que dan cuenta de estas ideas son principalmente el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, las leyes de causa y efecto. Además, en este marco surgieron diversas técnicas como la desensibilización sistemática y la exposición, dirigidas principalmente a la modificación de la conducta (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

2. La segunda generación se caracteriza por las intervenciones interdisciplinarias, surge un interés por la cognición y el aspecto social y se realiza un análisis conductual aplicado y conductismo mediacional. Sin embargo, también se busca desarrollar otras teorías como el aprendizaje social, a partir del cual se trabaja con la autoeficacia, el autocontrol, la metáfora del procesamiento y el aprendizaje

vicario. Asimismo, en el enfoque cognitivo se trabaja con técnicas como reestructuración cognitiva, manejo de situaciones y solución de problemas.

3. En la tercera generación, Meichenbaum (1995) hace referencia a la metáfora de la narración constructiva, que se basa en la concepción de que los humanos construyen activamente sus realidades personales, creando sus propios modelos representativos del mundo. Desde esta perspectiva, la realidad es vista como producto de los significados que cada individuo le da, por lo que no hay una sola realidad y el papel del terapeuta es guiar al cliente, ayudarlo a hacer conciencia de como crea su realidad y las consecuencias que conlleva su construcción. Así, el enfoque contextual reconoce el importante papel de la conducta verbal, lo cual ha llevado al desarrollo de teorías como la Teoría de los Marcos Relacionales que sirven de base a la terapia de Aceptación y Compromiso (ATC). Dentro de la tercera generación surge también la terapia de Mindfulness para la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002). El aspecto principal de este tipo de terapia es el análisis funcional y la intervención sobre las contingencias naturales para facilitar el cambio terapéutico, por lo que la interacción interpersonal durante la terapia pasa a ser un elemento fundamental.

En lo que respecta a este tipo de terapia, existen diferentes técnicas que han sido utilizadas para mejorar el estado emocional de las pacientes. Dentro de ellas encontramos la relajación muscular progresiva, relajación autógena, imaginación guiada, respiración diafragmática, entre otras.

Las técnicas cognitivas surgen de la idea de que los pensamientos automáticos, reglas y creencias determinan la emoción y por lo tanto la conducta. Algunas técnicas utilizadas son la identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias, modificación de cogniciones, creencias y reglas.

### *Terapia de Aceptación y compromiso*

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) se caracteriza por el intento de eliminar los pensamientos o emociones que tienden a afectar de forma negativa la conducta o reducir el control que estos ejercen (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Wilson y Luciano (2002), consideran que este tipo de terapias están conectadas a la aceptación y los valores que activan la conducta. Algunas de las técnicas que se utilizan son las metáforas, la atención al self, el contacto con el momento presente, la espiritualidad y/o la importancia a la relación terapeuta-cliente.

Cruzado (2010) explica cómo desde esta perspectiva todas las personas pasan por momentos de frustración y malestar emocional y buscan la evitación experiencial, que consiste en la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, sentimientos, recuerdos y emociones. Es un intento por controlar el malestar y los pensamientos, así como las circunstancias que lo generan. Esta evitación provoca en la persona mayor sufrimiento, por lo que en esta terapia se enseña a la persona a que acepte aquellos pensamientos y emociones generados por la vivencia. De la

misma forma, se plantean metas importantes para las personas y acciones concretas guiadas por sus propios valores, adquiriendo un compromiso consigo mismas para enfrentar el cáncer.

Power, Zum Vörde y Emmelkamp (2009) realizan un meta-análisis donde introducen 18 investigaciones que realizan comparaciones entre 917 pacientes en lista de espera, placebos psicológicos, tratamientos habituales y terapias ya establecidas. Concluyen que la terapia de aceptación y compromiso genera un impacto positivo en relación con las personas en lista de espera, tratamiento habitual y placebos psicológicos, mientras que no muestra diferencia en los tratamientos establecidos ni en el control de la ansiedad y depresión.

Joseph Low et al. (2012) realizaron una investigación en 101 pacientes pertenecientes al área de cuidados paliativos de una clínica en Londres utilizando la terapia de aceptación y compromiso (ACT), fundamentada en la idea de que ésta anima a las personas a experimentar y manejar sus emociones negativas centrándose en el cambio de comportamiento. El estudio pretendía encontrar la relación entre la terapia de aceptación y el bienestar físico y psicológico de los pacientes. Los resultados arrojaron una correlación negativa que indica que a mayor aceptación, menor malestar psicológico, y una correlación positiva que indica que a mayor aceptación, mayor movilidad física.

Thomas Hacker, Paul Stone y Angus MacBeth (2015) realizaron un meta-análisis donde el principal objetivo fue verificar la evidencia de la eficacia de la ACT en trastornos como depresión y ansiedad, y compararla con tratamientos activos en una muestra de 1628 pacientes para ansiedad y 1987 pacientes para depresión. Los resultados señalaron que existe una diferencia significativa entre el grupo experimental que recibe la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y el grupo control conformado por pacientes en lista de espera, aunque en comparación con grupos que se encuentran recibiendo terapia cognitivo conductual (TCC) no existe diferencia significativa. También observaron que en el caso de la ansiedad no existe un cambio significativo al utilizar la ACT, mientras que en el caso de la depresión sí existe.

#### *Intervención Psicológica Mindfulness*

La práctica del Mindfulness se puede entender como una forma de atención plena y meditación, enraizada en la corriente budista-meditación vipassana (traducido como insight). Invita a los pacientes a tomar conciencia sin prejuicios de lo que se vive momento a momento, entender e integrar las percepciones de sí mismo y del medio ambiente. Esta práctica da luz a la visión de las cogniciones que pueden ser positivas o negativas, mientras que proporciona una vía para observar (en lugar de reaccionar a) nuestros pensamientos y emociones, proporcionando en última instancia la paz de la mente (Jain et al., 2007).

Existen muchos estudios que pretenden demostrar la efectividad de la técnica de mindfulness en diferentes poblaciones, de los cuales se mencionarán algunos a continuación:

Jain et al. (2007) realizaron una investigación comparativa de tres grupos utilizando población de estudiantes de medicina, posgrado de enfermería y estudiantes que se especializan en pre-medicina. En el primer grupo se aplicó la intervención enfocada a Relajación Somática (RS); en el segundo, se realizó una intervención Mindfulness-Meditación (MM) enfocado a Reducción de estrés basado en Mindfulness (MBSR), y el tercero es el grupo control donde no hay intervención alguna. A los estudiantes del primer y segundo grupo, se les pidió que practicaran en casa los ejercicios vistos en la sesión. Las variables que midieron fueron: síntomas psicológicos de angustia, estados de ánimo positivos, distracción, pensamientos rumiantes y espiritualidad. Las conclusiones señalan que existen diferencias significativas entre el grupo control y los grupos con intervención RS y MM, pero no entre estos, en la variable de síntomas psicológicos de angustia. Además, se encontraron diferencias significativas entre aquellos individuos que tenían mayores horas de práctica en casa que los que no. Por otro lado, la variable de estados de ánimo positivos tiene un mayor efecto por encima de la media para la intervención MM, aunque ambas intervenciones pueden ayudar a aliviar la angustia. En lo que respecta a la variable de distracción y pensamientos rumiantes, se encuentra un mayor efecto ante la intervención MM, en contraste con la RS.

Como continuidad del estudio, los sujetos fueron evaluados nuevamente dos semanas después en periodo de exámenes, encontrando que aún existían disminuciones de angustia en los grupos en los que se hicieron las intervenciones. En lo que respecta a la intervención MM, continuaba la disminución en distracciones y pensamientos rumiantes. De este modo se concluye que debido a que la intervención Mindfulness enseña a desarrollar la habilidad de preocuparse por el presente y vivir momento a momento, ayuda a disminuir la rumiación (Jain et al., 2007).

Bränstöm et al. (2010) trabajó con 32 pacientes con cáncer y un grupo control de n=39, realizó 8 intervenciones basadas en (MBSR), encontrando diferencias significativas en la reducción del malestar emocional y un incremento en los estados positivos de la mente.

Foley et al. (2010) trabajó con pacientes con cáncer, realizando intervenciones de 8 sesiones basadas en MBCT, donde de forma significativa bajó el malestar emocional, ansiedad y depresión, y aumentó la calidad de vida en estos pacientes.

Van der Lee et al. (2012), realizó intervenciones de 9 sesiones con MBCT, donde su muestra total fue de 83 pacientes con cáncer. Su reporte señala que disminuyó significativamente la fatiga y mejoró el bienestar, en un seguimiento de dos meses.

Los siguientes estudios realizados principalmente con mujeres con cáncer de mama muestran evidencia de la eficacia de la intervención Mindfulness:

Henderson et al. (2012), realizó un estudio en mujeres con cáncer de mama. Hizo comparaciones entre tres grupos: el primero tuvo intervenciones MBSR de 8 sesiones; el segundo, fue tratado con educación nutricional, y el tercero, fue un grupo de mujeres sanas. La intervención inicial fue planeada para 8 sesiones, encontrando que el grupo con intervención MBSR muestra diferencias significativas donde las áreas de ajuste psicosocial, conciencia, depresión, hostilidad, ansiedad, control emocional e ideación paranoide se ven beneficiadas a lo largo de cuatro meses de seguimiento.

Hoffman et al. (2012) trabajó con mujeres con cáncer de mama en estadio 0 a III, con 8 intervenciones basadas en MBSR, con un número de muestra total de 229, de las cuales 103 pertenecen al grupo experimental y 111 al grupo control. Los resultados mostraron que mejoraron significativamente los estados de ánimo, el bienestar y calidad de vida con tres meses de seguimiento.

Victorson et al. (2014) realizan un meta-análisis de 59 estudios, donde las principales variables a medir fueron ansiedad, carga de síntomas y estrés, en relación con intervenciones basadas en Mindfulness: Reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR), Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), Prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP), Intervenciones alimenticias basadas en mindfulness (MB-EAT- MEAL). La MBSR Y LA MBCT fueron adaptadas para diferentes padecimientos como: control del uso de sustancias, disminución del dolor, desórdenes alimenticios, trastornos de ansiedad,

desordenes del sueño y sobrevivientes de cáncer. El 70.8% de los estudios reportan que la intervención Mindfulness produce una mejoría significativa, principalmente en los auto-reportes de ansiedad y estrés percibido. Como conclusión señalan que a partir de estas intervenciones se puede obtener un beneficio a corto plazo para los pacientes, principalmente en áreas como: dietas y manejo de peso, y carga de síntomas. También se observó una gran efectividad en prevención de enfermedades, promoción de la salud y manejo de enfermedades crónicas.

Ahora bien como conclusión de este meta-análisis, las intervenciones informativas psicoeducativas ayudan a enfrentar mejor la situación aversiva y a mejorar el estado emocional de las pacientes debido a la sensación de tener mayor control de la situación. Sin embargo, es importante tomar en cuenta las estrategias de afrontamiento y los recursos con los que ya cuentan las pacientes. En lo que respecta a las intervenciones individuales de tipo cognitivo conductual, es recomendable para pacientes con altos niveles de ansiedad, morbilidad psiquiátrica y/o preparación para los tratamientos médicos, pues se encontró que la ansiedad y la calidad de vida son los aspectos que tuvieron mayor mejoría a partir de estas intervenciones. Por otro lado, las terapias grupales muestran efectos positivos y significativos en diferentes variables psicológicas, principalmente depresión, miedo y calidad de vida general. Además, estos efectos se conservan a mediano plazo (seis meses). Por otro lado, se encontraron mejorías en lo que respecta al afrontamiento de la enfermedad, siempre y cuando las intervenciones estén

enfocadas a esto. Dentro de los posibles efectos positivos de la terapia grupal, se considera el apoyo social (sensación de estar unido a otras personas y poder compartir experiencias similares en un entorno de comprensión vivencial), el incremento de la esperanza ante el testimonio de vida y lucha de otros, el incremento de la asertividad y la auto-eficacia, la posibilidad de mejorar la comunicación con los demás dentro y fuera del grupo, y la posibilidad de trabajar objetivos comunes y específicos en relación con la enfermedad, tales como sexualidad, problemas de ansiedad, miedo a la recaída, etc. (Font y Rodríguez, 2007).

Kvillemo & Brånström (2014) desarrollaron un meta-análisis de 78 estudios donde fueron evaluadas pacientes con cáncer de mama y reconocen la importancia de las intervenciones principalmente sobre afrontamiento de la enfermedad, ya que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y afecto positivo.

A partir de lo antes mencionado podemos corroborar con base en la documentación científica que las intervenciones psicológicas ayudan a mejorar la calidad de vida, estado emocional, adaptación a esta vivencia, permitiendo que el afrontamiento y paso de la enfermedad sea menos fuerte y desgastante y que con ello las mujeres vayan recuperando bienestar en su vida personal, familiar, laboral y social.

Así mismo, existen otras áreas importantes con las cuales se pueden complementar las intervenciones psicológicas en estas mujeres con cáncer de mama, dentro de

este trabajo nos enfocamos en las relaciones interpersonales como parte importante de todo ser humano y en este caso son un soporte fundamental para enfrentar la enfermedad, y todo el proceso que conlleva el tratamiento y la enfermedad misma.

### *Relaciones Sociales*

Los estudios realizados por Cohen et al. (2004) destacan la importancia de las relaciones sociales en la salud física y psicológica. Consideran que las relaciones sociales poseen tres aspectos importantes: la integración social, el apoyo social (redes sociales) y la interacción negativa.

### *Apoyo Social*

Cohen (2004) describe al apoyo social como la ayuda material o psicológica por parte de una red social, que beneficia a la persona y le permite lidiar y enfrentar el estrés.

Asimismo, House y Kahn (1985) refieren tres tipos de apoyo social: el instrumental, que consiste en la ayuda material ya sea económica o en forma de ayuda en las tareas diarias; el recurso informativo, que se refiere a las personas que dan información útil para enfrentar situaciones difíciles y por último, el emocional, que se refiere a la expresión de empatía, cuidado, seguridad y confianza que ayuda a la paciente a expresar sus emociones.

## *Integración Social*

La integración social descrita por Brissette et al. (2000), se refiere a una amplia diversidad de relaciones sociales, así como la participación en diversas actividades sociales con un componente cognitivo que da un sentido de pertenencia e identificación con el grupo.

Cohen (2004) describe tres mecanismos a través de los cuales los constructos sociales influyen en la salud física: el primero se refiere a un tapón de estrés o almacenamiento de estrés (buffering stress), el apoyo social ayuda a reducir el malestar de la experiencia estresante reduciendo la importancia percibida del problema, distrayéndose del mismo y cambiando la percepción del estrés, lo cual permite adquirir nuevas estrategias de afrontamiento. Por otro lado, la integración social está asociada con un mecanismo llamado efecto principal (independiente del estrés), el cual ayuda a tener una mejor autoestima, un afecto positivo, sentido de pertenencia. Por último, las interacciones negativas como una fuente de estrés llevan al aislamiento y la soledad, baja autoestima, afecto negativo y esto afecta a su vez, a los sistemas inmune, cardíaco y neuroendocrino. De ahí la importancia de las redes sociales, interacción social y el saber comunicar las necesidades de una forma asertiva. A partir de lo observado, sugiere que se haga especial énfasis en las redes sociales naturales como los amigos y la familia, así como en aumentar el apoyo social en redes ya existentes, alimentar los lazos estrechos y reducir las relaciones negativas. Basándonos en estos argumentos, el cuarto módulo hace

énfasis en el reconocimiento de la red social con la que cuenta la paciente y en la comunicación asertiva para pedir apoyo y saber aceptarlo, además de aprender a cuidar y cultivar esta red.

### *Apoyo Social en pacientes con cáncer de mama*

En diversos estudios descriptivos se ha visto que los pacientes desean un apoyo emocional (Hegelson y Cohen, 1996). Asimismo, los estudios correlacionales encuentran una asociación entre el apoyo emocional y un mejor ajuste a la enfermedad. Así pues, a pesar de las diversas experiencias vividas por las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, las necesidades son muy similares, ya que se sienten desafiadas, inicia una incógnita entre el ser y el mundo, comienzan a sentirse vulnerables, con sentimientos de insuficiencia personal y confusión. Es en esta situación en la que los tres tipos de apoyo: emocional, informacional e instrumental, les ayuda a afrontar su enfermedad.

El apoyo emocional puede ayudar a restaurar la autoestima o reducir sentimientos inadecuados de la persona, comunicar al paciente que es una persona valiosa. El apoyo informacional da al paciente la percepción de control, respecto al cómo llevar la enfermedad y enfrentar los síntomas para disminuir los sentimientos de vulnerabilidad en un futuro. El apoyo instrumental ayuda a compensar la pérdida de control durante el tratamiento proporcionando recursos tangibles, sin embargo

también puede desarrollar sentimientos de dependencia y minar la autoeficacia en los pacientes (Wortman y Dunkel-Schetter, 1987).

La disponibilidad con la que cuenta el paciente para compartir sus preocupaciones, ideas o discusiones acerca de la enfermedad es parte central del apoyo emocional. Dakof y Taylor (1990) encontraron conductas por parte de familiares, amigos y pareja que no ayudan o benefician al paciente, como mostrar una alegría forzada, evitar hablar de la enfermedad, minimizar el problema y/o hacer comentarios insensibles.

Cohen (2004) concluye que los pacientes se ven más beneficiados por el apoyo emocional si éste proviene de relaciones naturales como familiares y amigos, así como de profesionales de salud. En grupos de autoayuda con pacientes que comparten el mismo padecimiento sin una guía profesional, no se forma tanta intimidad o se forma una relación superficial, lo cual señala que sin una guía profesional, podrían darse interpretaciones falsas y afectar la experiencia o autoestima, por lo cual algunas personas podrían concluir que formar grupos de diferentes tipos de cáncer no es beneficioso. Sin embargo, el apoyo emocional más deseado por los pacientes de cáncer y que tiene una mayor correlación con el ajuste a la enfermedad es precisamente tener con quién discutir la enfermedad y las preocupaciones relacionadas con la misma.

Asimismo, el autor concluye que las intervenciones educativas pueden influir en el ajuste a la enfermedad, dando a los pacientes una percepción de control al saber la causa, curso, tratamiento y efectos secundarios de la misma. Además, propone cinco mecanismos psicológicos que se ven afectados por las intervenciones: mejora en la autoestima, restauración del control percibido, inculcar optimismo sobre el futuro, dar significado a la experiencia y fomento del procesamiento emocional.

Por otro lado, en un estudio longitudinal realizado con 412 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, se midió la calidad de vida y salud en relación al apoyo social recibido. Los resultados indicaron que el apoyo social es un predictor en la calidad de vida y salud, principalmente el apoyo emocional y el apoyo informativo (Leung, Pachana y McLaughlin, 2014).

Hughes et al. (2014) realizaron un estudio en pacientes con cáncer de mama donde midieron la relación de apoyo social con síntomas depresivos, dolor e inflamación, encontrando que las pacientes con menor apoyo social durante el tratamiento tienen mayores síntomas depresivos, dolor e inflamación. A partir de esto concluyen y sugieren la importancia de las intervenciones tempranas enfocadas en las redes sociales para mejorar la calidad de vida.

Con base en lo antes mencionado, le damos un peso importante a los estilos de comunicación parte fundamental de saber pedir el apoyo que se necesita en estos momentos de la enfermedad, y así reducir el estrés de una mala comunicación.

### *Estilos de comunicación*

Según Paterson y Randy (2000), existen cuatro estilos de comunicación: pasivo, agresivo, pasivo-agresivo y asertivo. Si bien estos autores consideran que el estilo de comunicación asertivo es el más eficaz, plantean que las personas tienden a usar más los otros tres: estilo de comunicación pasiva, agresiva y pasivo-agresiva. Sin embargo, las personas pueden utilizar más de un estilo de comunicación y utilizar más frecuentemente uno que otro. Ahora bien, las características de los estilos de comunicación que proponen estos autores se describen a continuación:

#### *Estilo de comunicación pasivo*

El estilo pasivo es utilizado para evitar conflictos a toda costa. En él, las personas le dan el control de su vida a otros y toman una posición secundaria, tienden a evitar contacto visual, parecen nerviosos y se hacen pequeños. Muchas veces tratan de resolver los problemas de los demás y buscan ganar la aprobación de otros. Las personas con este estilo de comunicación pueden sentirse impotentes o que no son responsables de su propia vida. Algunos ejemplos de sus creencias pueden ser: "Otras personas son más importantes que yo", "Mi papel en la vida es de siervo", "Yo no puedo hacer las cosas con eficacia", entre otras. Este estilo de comunicación generalmente surge en familias estrictas en las que se enseña a los niños a ser obedientes en cualquier circunstancia y a no poder decir no, pues lamentablemente

en algunas de estas familias, la asertividad conduce a la violencia. (Paterson y Randy, 2000)

Las emociones que se pueden encontrar en este estilo de comunicación frecuentemente tienen que ver con miedos profundos de ser rechazados, impotencia y frustración por la falta de control de su vida, tendencia a la depresión por no poder cumplir con las demandas de los demás y como resultado de esto, pueden caer en el desaliento y/o un sentido de insignificancia.

#### *Estilo de comunicación agresivo*

Para las personas con un estilo de comunicación agresivo es importante ganar, controlar el comportamiento de los demás mediante la intimidación, así como sus opiniones, límites, objetivos y peticiones. Para ellos, los otros siempre serán personas tontas o sin sentido. Este estilo es ineficaz a largo plazo pero tiene algunas ventajas a corto plazo como sentirse poderosos, aunque pasado un tiempo, pueden sentir frustración e impotencia, con culpa de lastimar los sentimientos de otros y vergüenza de no ser capaces de enfrentar las situaciones de manera más racional, lo cual a su vez, puede ocasionar que su autoestima disminuya. El estilo de comunicación agresivo surge en una familia en la que el padre suele ser agresivo y amenazante. En este contexto, el niño se siente amenazado constantemente y aprende que no hay otra forma de manejar las situaciones, más que intimidando al otro, que sólo se puede obtener lo que se desea a través de la agresión. La creencia

principal de este estilo de comunicación puede ser: “No puedo manejar la situación a menos que intimide a la otra persona”. (Paterson y Randy, 2000).

### *Estilo de comunicación pasivo-agresivo*

Para Paterson y Randy (2000) este estilo de comunicación es una combinación de los 2 anteriores, es decir, combina la ira del estilo agresivo y el temor del estilo pasivo. En este estilo las personas tienden a disimular la agresión y por lo tanto, es difícil que se hagan responsables de sus acciones. Algunos ejemplos de esta conducta pueden ser los siguientes:

- Un jefe solicita un informe para el mediodía del viernes, el empleado a pesar de estar sobrecargado de trabajo acepta realizar el informe. En lugar de gritarle o explotar contra el jefe (estilo agresivo) o permanecer toda la noche para hacerlo (pasivo), simplemente “olvida” hacer el informe, consiguiendo frustrar al jefe y evadir su responsabilidad (estilo pasivo-agresivo).
- No ser capaz de encontrar tiempo para realizar un favor que promete hacer.
- Llegar a menudo tarde a las citas, siempre con una excusa.

Este estilo se basa en la idea de que no hay ninguna consecuencia de agresión que puedan discutirle, pero los otros empiezan a ver a esta persona como poco fiable, irresponsable, desorganizado o desconsiderado.

Las personas con este estilo de comunicación suelen tener baja autoestima, ansiedad, poco control de sus vidas, así como vergüenza y culpa. Muchas veces experimentan ira y deseos de control, pero temen expresarse debido a las consecuencias. Probablemente en el pasado su comportamiento agresivo o asertivo pudo haber sido castigado, lo cual desemboca en esta dificultad de mostrar abiertamente sus opiniones.

### *Estilo de comunicación asertiva*

Ninguno de los estilos antes mencionados implica un intercambio abierto y honesto en el que se respeten los deseos y pensamientos de cada una de las personas involucradas, permitiendo que cada una decida lo que quiera hacer.

Paterson y Randy (2000) refieren que las personas con un estilo de comunicación asertivo son capaces de reconocer sus propios pensamientos y deseos, así como expresarlos, sin adoptar las opiniones de los demás ni realizar lo que éstos esperan o exigen. Actuar de esta forma no significa que sean desconsiderados con los demás, ya que escuchan sus deseos y expectativas, pero tienen la libertad de decidir si aceptan o no. Por ejemplo, de forma asertiva se puede pedir a alguien que hable de una manera más amable, pedir un favor o que termine alguna labor.

La asertividad ofrece muchas ventajas según Paterson y Randy (2000):

- Permite relacionarse con menos conflicto, ansiedad y resentimiento.

- Permite estar relajados alrededor de otros, al saber que seremos capaces de manejar la mayoría de las situaciones razonablemente bien.
- Nos ayuda a enfocar la situación actual, sin resentimientos pasados o miedos poco realistas del futuro.
- Permite conservar nuestro amor propio sin atropellar a los demás, aunque se permite a otros pensar lo que quieran pensar sobre nosotros.
- Aumenta la confianza en uno mismo, reduce los esfuerzos para cumplir con los estándares de los demás y reduce la necesidad de aprobación.
- Reconoce el derecho de otras personas a vivir sus vidas.
- Da control sobre la propia vida y reduce la posibilidad de presentar problemas como baja autoestima o depresión.
- La asertividad es la única estrategia que permite estar completamente involucrados en una relación de cualquier tipo.

Flores y Díaz-Loving (2004) consideran que poseer buenas habilidades sociales determina la facilidad o el entorpecimiento de la calidad y satisfacción que se tiene en la vida. Estos autores definen las habilidades sociales como “aquellas conductas que las personas emiten en situaciones interpersonales para obtener una respuesta positiva de los demás” (pp. 1). Una mala competencia en las relaciones sociales puede conducir al fracaso en el trabajo, escuela o familia.

Caballo (2007) plantea que “la conducta socialmente hábil es ese conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal, que le permiten expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás. Además, esta conducta resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (pp. 6).

Flores y Díaz-Loving (2004) consideran la asertividad como una habilidad social que ayuda a expresar los sentimientos y pensamientos, aceptar la crítica, recibir y dar cumplidos, iniciar conversaciones y defender los derechos de cada uno de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás. Para estos autores, la asertividad también involucra mensajes no verbales, mensajes verbales y mensajes paralingüísticos.

Ahora bien, Lange y Jakubowsky (1976) describen cuatro procedimientos básicos en el entrenamiento asertivo:

1. Enseñar la diferencia entre agresividad y asertividad.
2. Ayudar a identificar los derechos propios y los de los demás.
3. Reducir obstáculos cognitivos y afectivos para actuar de manera asertiva, reduciendo ideas irracionales, ansiedades y culpas.
4. Desarrollar destrezas a través de la práctica activa.

La asertividad involucra tanto la declaración de derechos personales, como la expresión de pensamientos, sentimientos y creencias sin violar los derechos de los otros (Lange y Jakubowsky, 1976).

Con base en lo revisado en las investigaciones mencionadas, se buscó intervenir en las áreas más importantes de las pacientes con cáncer de mama, por lo que los cuatro módulos de intervención se enfocaron en: manejo de estrés, regulación emocional, aceptación y compromiso con la enfermedad y apoyo social. Además, la intervención se realizó en un tiempo breve con el objetivo de incidir de manera positiva en la calidad de vida y el bienestar psicológico de las pacientes. La importancia de esta investigación radica en la falta de estudios sobre pacientes con cáncer de mama que involucren las cuatro áreas mencionadas, considerados en general como factores clave en la intervención psicológica con esta población.

## **Método**

### *Planteamiento del problema*

Flórez (1994) explica que las mujeres con cáncer de mama suelen presentar aislamiento, abandono, soledad, represión de la ira, insatisfacción sexual, dificultad para expresarse emocionalmente, carencia de planes y/o ilusiones para el futuro, pérdidas afectivas significativas, depresión crónica y sentimientos de culpabilidad. Todas estas son características que reflejan malestar emocional y como consecuencia de esto, un menor bienestar psicológico y una baja calidad de vida.

A partir de las investigaciones, se observa una gran necesidad de intervenir a nivel psicológico en las pacientes con cáncer de mama debido a los cambios físicos, familiares, laborales y sociales a los que se enfrentan una vez recibido el diagnóstico. De ahí la importancia de realizar una intervención enfocada en mejorar las habilidades de afrontamiento, la expresión emocional y la calidad de vida de las pacientes.

### Justificación

En México, según la Dirección General de Epidemiología (2011), el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa actualmente el 11.34% de todos los casos de cáncer y hay un incremento global de aproximadamente 1.5% por año. El grupo de edad más

afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad y la mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en los últimos años según estadísticas de la Secretaría de Salud Pública (SSP, 2011).

Flórez (1994) menciona que este tipo de cáncer provoca un shock emocional importante, más que otros tipos de neoplasias, debido al deterioro físico visible, pues se refleja en un rechazo del esquema corporal que al estar relacionado con la feminidad, el atractivo sexual, la belleza y la capacidad de seducción, genera una gran angustia. Simbólicamente, la mutilación de una mama significa la mutilación del rol femenino y de su estructura psíquica.

Al enfrentarnos a un diagnóstico de este tipo, se puede observar que diferentes áreas se ven afectadas, por lo que el objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la intervención breve psicológica en lo que se refiere al bienestar psicológico y la calidad de vida de las pacientes.

En lo que respecta al bienestar psicológico, se deben tomar en cuenta diversos aspectos como la auto-aceptación, un sentido de los propósitos o el significado vital, el sentido de crecimiento personal o compromiso y el establecimiento de buenos vínculos personales. Casullo (2002) da una lista de 6 componentes importantes que se deben considerar en el bienestar psicológico:

1. Una apariencia positiva de sí mismo

2. La capacidad de manejar de forma efectiva el medio y la propia vida
3. La alta calidad de los vínculos personales
4. La creencia de que la vida tiene propósito y significado
5. El sentimiento de que cada uno va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida, lo cual se relaciona con la aceptación del paso de los años
6. El sentido de autodeterminación

Cuando se habla de calidad de vida, existen varios constructos que están interactuando dinámicamente: salud, trabajo, comunicación y recreación. La interrelación de estos factores irá definiendo la calidad de vida para esa persona (D'Ávila, 2005).

De acuerdo con esto, diversos roles en la vida y en el estado mental de las mujeres con cáncer de mama se ven afectados a partir del diagnóstico, por lo que se pretende impactar de forma positiva y a corto plazo su bienestar psicológico y calidad de vida a través de la intervención psicológica.

Por otro lado, en las investigaciones consultadas no se encontraron intervenciones que conjunten las áreas que se abordaron en este trabajo por lo que al ver la importancia y el efecto positivo que las pacientes con cáncer de mama tienen a partir de estas intervenciones encontradas, se buscó realizar una intervención que

reúna los diferentes tipos de terapia y por ello es que se formaron estas cuatro áreas de intervención: manejo de estrés, aceptación y compromiso de la enfermedad, manejo de las emociones y red de apoyo social., en el presente estudio se abarcaron estas áreas con el objetivo de que las pacientes se vieran beneficiadas en lo que respecta a su calidad de vida y bienestar psicológico.

#### *Pregunta de investigación*

¿Qué impacto tendrá una intervención basada en mindfulness, aceptación, compromiso y asertividad en el bienestar psicológico y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en estadios I-III?

#### *Objetivo*

Evaluar el impacto de la intervención de terapia breve cognitiva-conductual basada en técnicas de tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, terapia basada en mindfulness y comunicación asertiva) en la calidad de vida y bienestar psicológico de las pacientes que han recibido el diagnóstico de cáncer de mama en estadio I-III en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y que se encuentran bajo tratamiento médico.

#### *Tipo de Estudio*

Estudio pre experimental (pre test-post test).

### *Hipótesis*

H0: la intervención basada en mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad no tendrá un impacto en el bienestar psicológico y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que se encuentran en estadio I – III.

H1: la intervención basada en mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad tendrá un impacto en el bienestar psicológico y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que se encuentran en estadio I – III.

### *Variables*

- Variable Independiente: intervención basada en mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad
- Variable Dependiente: bienestar psicológico y calidad de vida

### *Operacionales*

-Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

La versión española (SPANAS; Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999) de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson y Tellegen, 1985). A través de veinte ítems (10 para el afecto positivo y 10 para el afecto negativo), los sujetos deben ir señalando en qué medida experimentaron

sentimientos y emociones tanto de tipo positivo como de tipo negativo. Las puntuaciones en cada ítem van del 1 al 5.

Moral de la Rubia (2011), realizó un estudio en población mexicana para validar la prueba, donde encontró que la escala PANAS tiene un buen ajuste en su versión corta, principalmente con una consistencia interna de .72. Así mismo explica cómo el PANAS mide estados emocionales y concluye que hay una mayor correlación del afecto negativo con ansiedad.

Otro estudio realizado por Robles y Páez (2003) en población mexicana con estudiantes y allegados de los mismos, encuentran adecuada la prueba para ser utilizada en población mexicana y observan consistencia de la prueba a dos semanas, observaron una consistencia interna de .85-.90 de afecto negativo y afecto positivo respectivamente.

- Cuestionario de Calidad de Vida EORTC (Aaronson et al, 2001). Es un sistema integrado para valorar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos internacionales. Está compuesto por escalas tanto de ítems únicos como multi-ítems. Incluye 5 escalas funcionales, tres escalas de síntomas, una escala de estatus general de salud/calidad de vida y seis ítems individuales con una consistencia interna de .70. En esta evaluación se incluye el módulo suplementario para cáncer de mama: el QLQ-BR23, que integra preguntas sobre los síntomas de la enfermedad, efectos secundarios del

tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal), imagen corporal, funcionamiento sexual y perspectiva futura, con una consistencia interna de .70.

Cerezo et al. (2012) realizaron la validación del instrumento en población mexicana con cáncer de mama del Instituto de Cancerología INCAN, donde evaluaron a 234 mujeres, concluyendo que el instrumento tiene validez y consistencia en población mexicana al medir calidad de vida en mujeres que padecen cáncer de mama, la consistencia interna observada es de .70. La estructura del instrumento se mantuvo en la versión mexicana y consta de 5 escalas funcionales: funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social; 3 escalas de síntomas: fatiga, dolor, náuseas y vómitos; 1 escala de estado global de salud y 6 reactivos independientes: disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico.

Tabla 1. Clasificación de variables consideradas en el presente trabajo

<b>Variable</b>	<b>Nombre de la Variable</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>
-----------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------

<b>Variable Independiente</b>	Intervención basada en mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad	Cartas descriptivas realizadas por psicólogos del Instituto de Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas “Salvador Zubirán” en conjunto con psicólogos de la Universidad “Rey Juan Carlos” en Madrid.	
<b>Variable dependiente</b>	Bienestar psicológico	Escala de afecto positivo y negativo (PANAS)	Cuantitativa Intervalar y Cualitativa nominal
<b>Variable dependiente</b>	Calidad de vida	Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 Y QLQ-BR-23	Cuantitativa Intervalar y Cualitativa nominal
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Edad	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cuantitativa Intervalar
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Número de hijos	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cuantitativa Intervalar
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Tiempo de diagnóstico	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cuantitativa Intervalar
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Escolaridad	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cualitativa Nominal
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Estado Civil	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cualitativa Nominal

<b>Variable Sociodemográfica</b>	Ocupaciones	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cualitativa Nominal
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Lugar de Residencia	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cualitativa Nominal
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Clasificación por estadio	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cualitativa Nominal
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Cirugía	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cualitativa Nominal
<b>Variable Sociodemográfica</b>	Tipo de cirugía	Obtenido a través de una encuesta realizada antes de iniciar la intervención.	Cualitativa Nominal

---

*Participantes/escenario*

- Fueron referidas 12 pacientes por el Servicio de Oncología con diagnóstico histológico confirmado de cáncer de mama invasor y 2 pacientes que fueron intervenidas en España, Madrid, siendo un total de 14 pacientes.
- Que se encuentren en tratamiento.
- En etapas I a III de cáncer.
- Que tengan conciencia de enfermedad.

- Que hayan firmado el consentimiento informado.

El estudio se realizó dentro del departamento de Neurología y Psiquiatría en el área de Psicología, en el Instituto de Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán en conjunto con la Universidad Rey Juan Carlos en Madrid”.

### *Instrumentos*

- Escala de afecto positivo y negativo (PANAS)
- Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 Y QLQ-BR-23 (Aaronson et al, 2001).

### *Procedimiento*

- Diseño de las cartas descriptivas de intervención enfocadas a las 4 áreas a trabajar: Manejo de estrés, Aceptación de la enfermedad, Regulación emocional y Apoyo social. Las cartas descriptivas correspondientes al módulo Aceptación de la enfermedad y Regulación emocional fueron realizadas por la Universidad Rey Juan Carlos en Madrid y las otras dos se realizaron en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ). Posteriormente eran revisadas y retroalimentadas por ambas instituciones los cuatro módulos, en el apartado de apéndice se encuentra la descripción cada módulo con sus sesiones.

- Se realizó un piloteo de la duración de las sesiones para realizar los ajustes necesarios en tiempo y actividades.
- Los psicólogos de ambas instituciones que llevaron a cabo la intervención fueron capacitados para dirigir las sesiones de la forma más homogénea posibles.
- Se realizó una búsqueda de las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión en el sistema de cómputo en el INCMNSZ, donde se encuentran las historias clínicas de los pacientes y así mismo en la Universidad Rey Juan Carlos en Madrid, se realizó la búsqueda de pacientes.
- Se asistió al edificio de consulta externa en donde se captó a las pacientes de forma individual, dando una explicación acerca del proceso y duración de la investigación, si estaban de acuerdo se procedía a la firma del consentimiento informado y posteriormente a la evaluación.
- Una vez calificadas las pruebas del pre-test, los psicólogos se ponían en contacto con las participantes para acordar horarios e iniciar con las intervenciones de forma individual.
- Durante las sesiones, el psicólogo contaba con dos cartas descriptivas una que servía de guía para la paciente y otra como guía para el psicólogo, las sesiones se apegaban a las cartas descriptivas, al inicio de la sesión se daba un pequeño espacio a revisar tareas.

- Una vez concluidas las intervenciones, se realizó la aplicación de las pruebas psicométricas post-test.
- *Análisis estadístico:* Se realizó estadística descriptiva de acuerdo con el nivel de medición de las variables, apoyándonos en media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencia y porcentaje para las cualitativas. Se realizó una comparación pre-post evaluación utilizando la prueba T de Wilcoxon. Se estableció una  $p < .05$  como significativa. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SSPS versión 23.

## *RESULTADOS*

A continuación se presenta la descripción de la muestra con una n de 14 pacientes. La media de la población fue de 54.14 años y en promedio tenían un hijo. La escolaridad fue de 7.1% en mujeres sin estudios que se dedicaban al comercio, primaria, preparatoria y maestría, 14.3% con estudios de carrera técnica y 28.4% en secundaria y licenciatura. El 46.7% de las pacientes eran casadas, mientras que 7.7% eran solteras. El 35.7% eran trabajadoras en servicios domésticos, 21.4% con ocupaciones no especificadas, 14.3% no trabajaban o eran vendedoras, y 7.1% eran trabajadoras en servicios personales y profesionistas. En cuanto a su lugar de residencia, el 78.6% habitaban en la Ciudad de México, 7.1% en el Estado de México y 14.3% en Madrid. Por otro lado, el 38.5% se encontraba en estadio IA y IB, el 53.8% en estadio IIA y IIB y sólo el 7% en los estadios IIIA, IIIB y IIIC. Hasta el momento de la evaluación, sólo el 13.3% de la pacientes habían recibido cirugía (mastectomía).

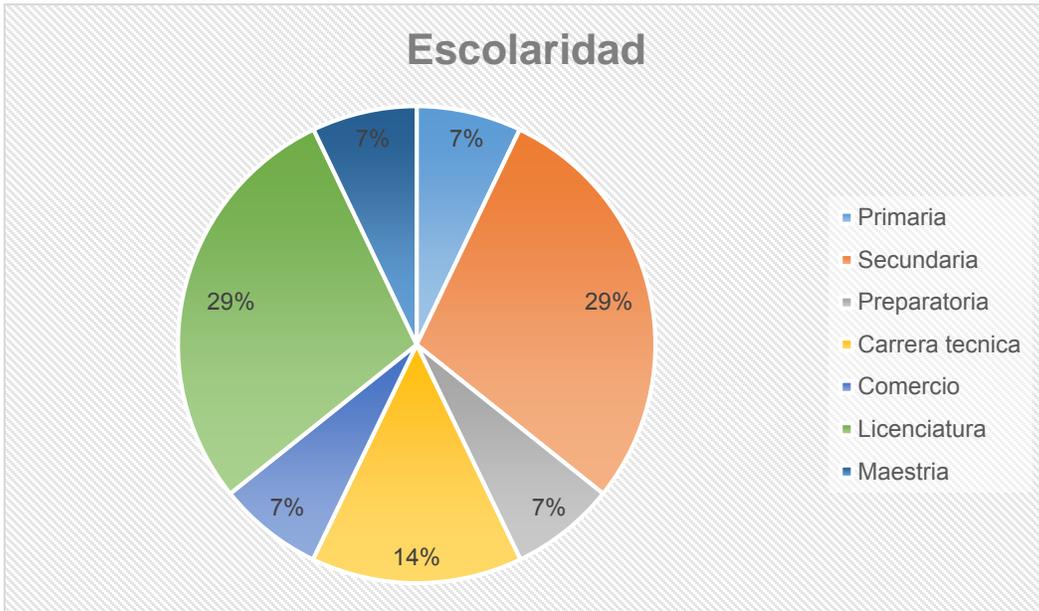


Figura 1. Porcentaje de las pacientes correspondiente a escolaridad.

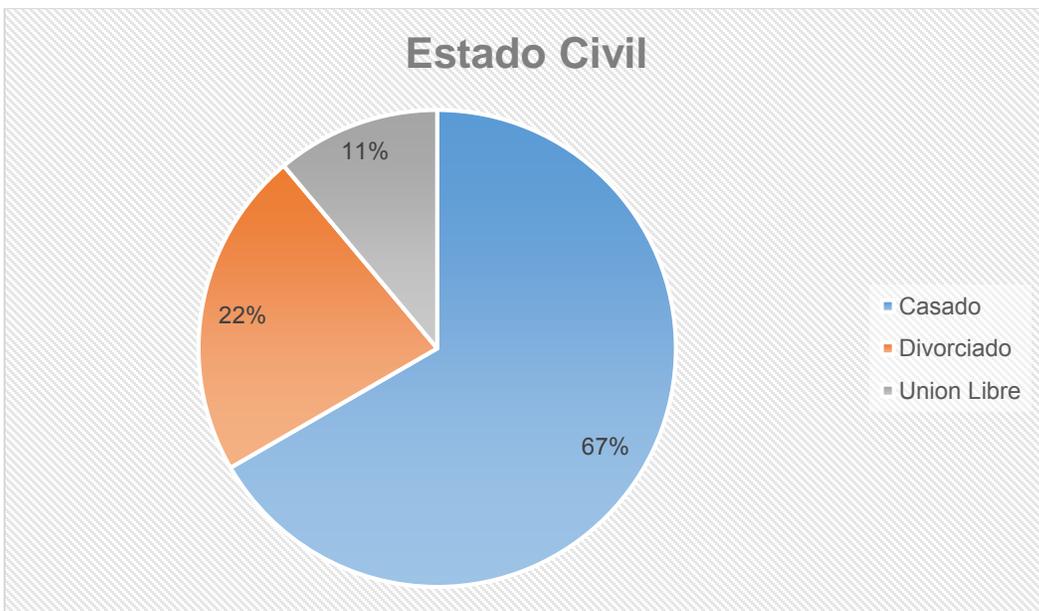


Figura 2. Porcentaje de pacientes referente a su estado civil



Figura 3. Porcentaje de las pacientes con respecto a su ocupación.

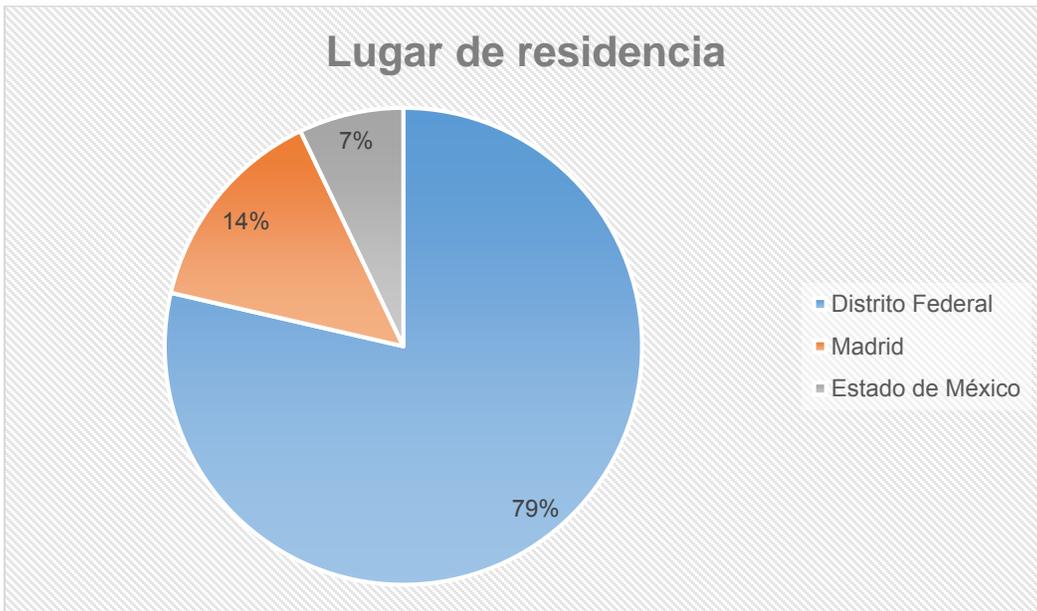


Figura 4. Porcentaje de las pacientes con respecto a su residencia.

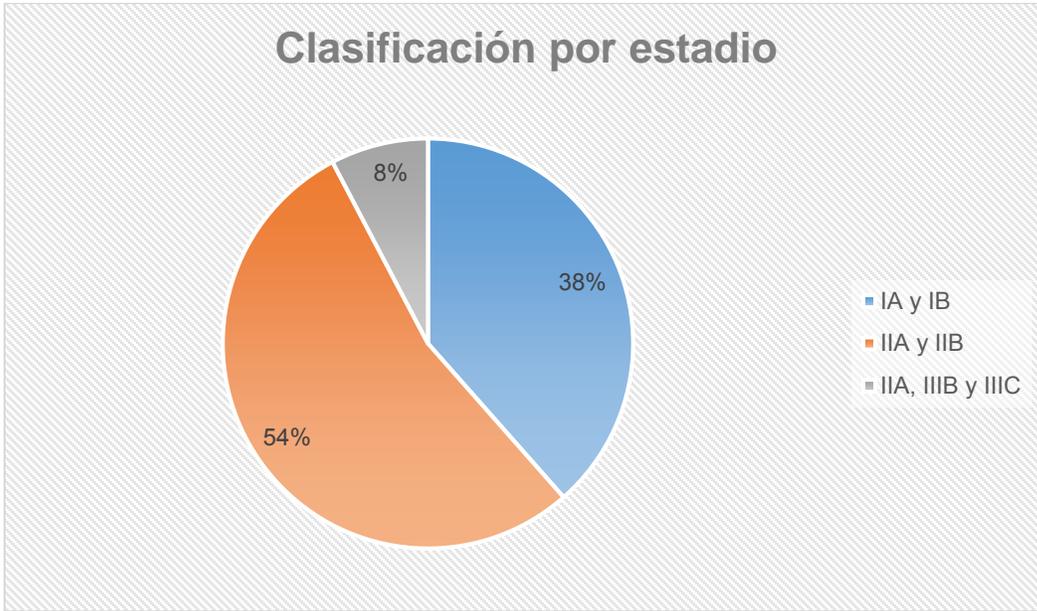


Figura 5. Porcentaje de las pacientes por estadio de la enfermedad.

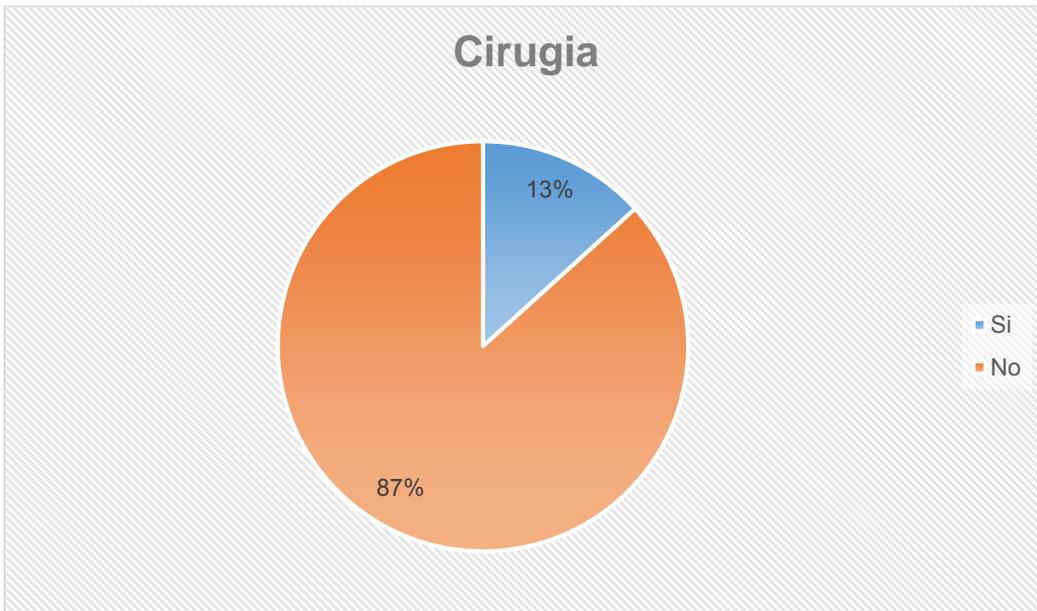


Figura 6. Porcentaje de las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente.

Una vez que se obtuvieron los datos sociodemográficos y que se realizó la evaluación pre-test, se llevó a cabo la intervención diseñada para incidir en el bienestar emocional y la calidad de vida de las participantes. Al finalizar el programa, se realizó la evaluación post-test y con los datos obtenidos, se realizó un análisis no paramétrico para muestras relacionadas, a partir del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

**Afecto Positivo**

Figura 7. Comparación del afecto positivo antes y después de la intervención psicológica



El nivel de afecto positivo en las pacientes con cáncer de mama tuvo un aumento significativo con respecto a las mediciones realizadas antes (Md=33.00) y después (Md=36.50) de la intervención basada en Mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad. Se obtuvo un valor  $z = .034$  y el nivel de significancia fue de  $p > .05$ .

### Afecto Negativo

Figura 8. Comparación de medias del afecto negativo antes y después de la intervención psicológica



El nivel de afecto negativo en las pacientes con cáncer de mama presentó una disminución significativa con respecto a las mediciones antes (Md=27.50) y después

(Md=16.00) de la intervención basada en Mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad. Se obtuvo un valor  $z=.022$  y el nivel de significancia fue de  $p > .05$ .

### Calidad de vida

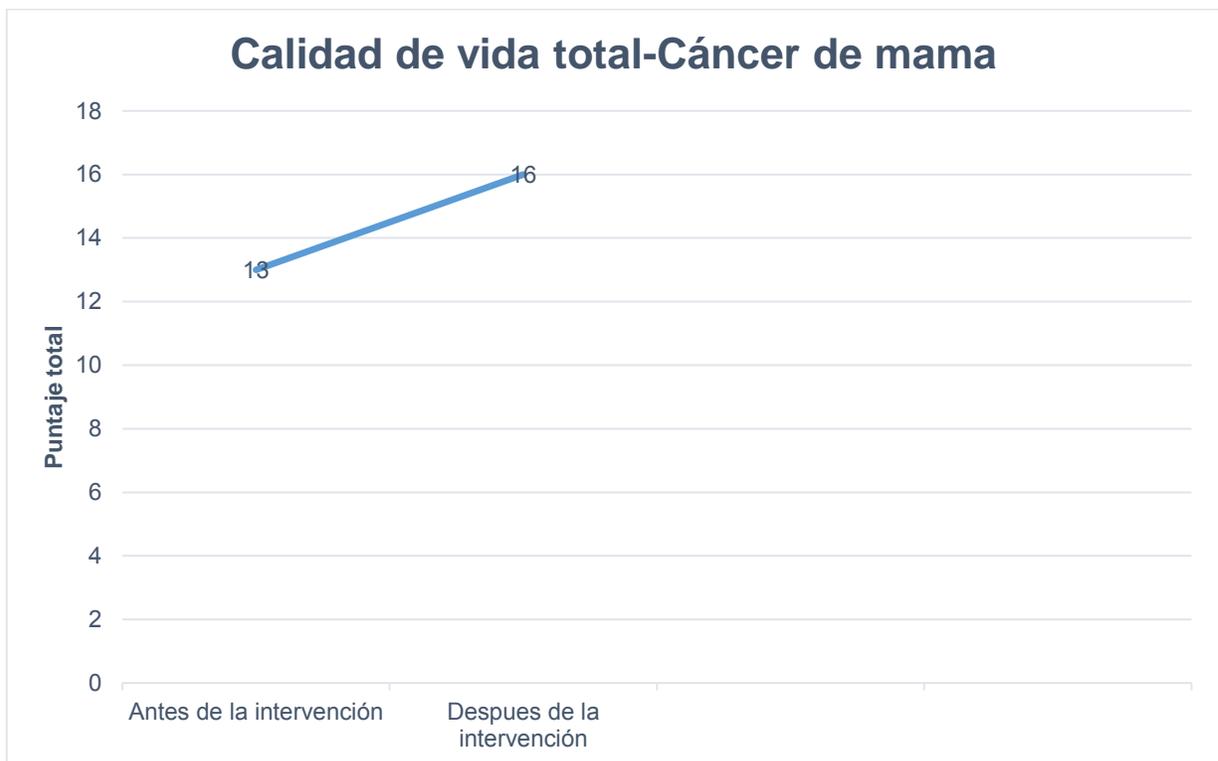
Figura 9. Comparación de medianas de la calidad de vida antes y después de la intervención psicológica



Como se observa en la gráfica, el nivel de la calidad de vida general en las pacientes con cáncer de mama no presenta diferencias significativas en las mediciones antes Md=25 y después Md=18. Por lo tanto, no hay un cambio significativo después de

la intervención psicológica basada en Mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad ( $z=.050$ ,  $p>.05$ ).

Figura 10. Comparación de medianas de la calidad de vida prueba suplementaria para cáncer de mama, antes y después de la intervención psicológica



Estos resultados indican que el nivel de la calidad enfocado al cáncer de mama en las pacientes no presentó diferencias significativas entre las medidas antes ( $Md=13.00$ ) y después ( $Md=16.00$ ) de la intervención psicológica basada en Mindfulness, aceptación y compromiso y asertividad ( $z=.752$ ,  $p>.05$ ).

## *DISCUSIÓN*

El objetivo del trabajo fue mejorar la calidad de vida y bienestar psicológico de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama. Para ello hicimos un estudio pre-experimental con una pre-post evaluación en 14 pacientes, y una intervención psicológica con un enfoque cognitivo conductual de la tercera generación, así como redes de apoyo enfocado a mejorar la comunicación. Se encontraron cambios significativos con respecto al bienestar psicológico, con lo que respecta a la calidad de vida no hubo cambios significativos.

A lo largo del presente trabajo, se ha puesto énfasis en mejorar la calidad de vida y el afecto positivo de las pacientes con cáncer de mama ante esta enfermedad. A partir del diagnóstico, las pacientes pasan por una serie de ajustes de roles y conflictos emocionales que impactan directamente en su calidad de vida y por lo tanto, surgen cambios en su afecto.

De ahí la importancia de diseñar intervenciones dirigidas a incidir en los efectos emocionales que vienen con una enfermedad como el cáncer de mama. Las intervenciones fueron seleccionadas por su relación con los beneficios que éstas pueden tener para las pacientes. Autores como Jain et al. (2007), Bränstöm (2010), Hoffman (2012) y Foley (2010) demuestran que las intervenciones enfocadas en el bienestar psicológico y estado de ánimo, benefician a las pacientes con cáncer de mama. Esto se confirma también en el presente trabajo, al constatar que existe un

beneficio en el bienestar psicológico de estas mujeres. Al fijar su atención en el presente, dejar de controlar sus emociones, dejar de lado los pensamientos ruminantes, mejorar su comunicación y con ello su red de apoyo principalmente con sus familiares y amigos, las participantes del estudio percibieron una diferencia positiva en su autoestima, mejoró su afecto positivo y aumentó su sentido de pertenencia.

A partir de lo que se observó a lo largo del programa, las pacientes se mostraron muy interesadas en las sesiones y sus comentarios con respecto a la intervención siempre fueron de agradecimiento y satisfacción. En la mayoría de las participantes se podía observar la necesidad de trabajar otras áreas de su vida, otras problemáticas del pasado que no tenían que ver con la enfermedad, por lo que se trató de dar un espacio breve para hablar sobre esos temas y relacionar las intervenciones de la sesión tanto con sus demandas como con la enfermedad.

Por otro lado, por lo menos la mitad de las pacientes señalaron que el momento en el que se realizó la intervención no había sido el adecuado, ya que en la mayoría de los casos, ya tenían tiempo de haber recibido el diagnóstico y de haber recibido quimioterapia o radioterapia, por lo que estas variables pudieron haber influido en que no se viera un cambio significativo en la calidad de vida.

Asimismo, la mayoría coincidió en que para ellas era importante recibir la intervención psicológica en los momentos de mayor crisis, ya que durante el primer

módulo revivieron los momentos más difíciles con el objetivo de aprender a manejar el estrés e identificar cómo los pensamientos podían tener influencia en sus emociones. En este módulo, reflexionaron sobre lo que las llevó a enfrentar el diagnóstico y/o situaciones como la caída de cabello de la forma en que lo hicieron en aquel momento, aunque reconocieron que tal vez su reacción hubiera sido distinta si en ese momento hubieran contado con las herramientas que les proporcionó el programa.

Otro de los aspectos a considerar y que pudieron influir en que la calidad de vida no se viera beneficiada, es que durante la intervención surgieron problemas familiares o falta de apoyo por parte de la familia y a causa de esto, en algunos casos las sesiones se vieron espaciadas y no hubo un seguimiento semanal, como estaba programado, Leung, Pachana y McLaughlin (2014) reportan la importancia del apoyo social como beneficio de la calidad de vida. Además, por las características del escenario y las pacientes, los módulos fueron abordados de manera superficial al darse solo 4 sesiones por módulo, aunque se trataba de temas tan importantes como el manejo de las emociones y la aceptación y compromiso con la enfermedad.

Por otro lado, algunas sesiones, principalmente del módulo “manejo de las emociones” se percibieron ligeramente tediosas, ya que al tener demasiada información teórica, las pacientes se mostraron cansadas y con dificultad para entender los conceptos, de manera que se sugiere hacer más dinámicas estas

sesiones y simplificar la información para que este no sea un factor que influya en los beneficios percibidos después de la intervención.

A pesar de lo anterior, los resultados obtenidos a través de la investigación confirmaron la idea de que en la medida que las pacientes trabajan sobre sus pensamientos, sus emociones, la reducción del estrés, sus redes de apoyo y la aceptación de la enfermedad, el afecto positivo aumenta, haciéndolas sentir más alegres, con más energía y valorando mucho más sus redes de apoyo. Esto les permite aceptar la enfermedad y afrontarla de forma más asertiva. Asimismo, como consecuencia del aumento en el afecto positivo, el afecto negativo disminuye, es decir, disminuyen las emociones como la ira, el miedo, la culpa, etc.

La importancia de estos resultados no solamente se relaciona con la sensación de bienestar emocional de las pacientes, sino también constituye un factor protector contra la aparición de episodios de ansiedad o depresivos que no sólo afectan a las pacientes a nivel emocional, sino también pueden influir a nivel fisiológico en el desarrollo de la enfermedad.

Por otro lado, si bien no hubo una diferencia significativa en la calidad de vida de las pacientes, después del programa tuvieron una sensación de bienestar, de control y libertad de expresar sus emociones y necesidades de forma asertiva. Probablemente los factores que influyeron en que no existieran cambios significativos en la calidad de vida, tienen una naturaleza fisiológica en la que es

difícil incidir a través de intervenciones psicológicas, tales como los efectos secundarios de los medicamentos, la cirugía o el desgaste físico que la misma enfermedad conlleva.

La posibilidad de llevar a cabo la intervención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, permitió tener acceso a una muestra de mujeres con cáncer de mama y explorar de cerca el contexto en el que surgen los síntomas tanto físicos como psicológicos.

Las principales limitaciones ante los objetivos del estudio fueron los lugares de residencia de las pacientes, ya que a pesar de que las intervenciones eran gratuitas, en ocasiones no les era posible invertir en el transporte para llegar al instituto. De hecho, algunas de las pacientes consideradas en un inicio, abandonaron el tratamiento por cuestiones personales o falta de apoyo por parte de la familia.

La intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama es importante para prevenir episodios de ansiedad y depresión desencadenados por la enfermedad. Al implementar programas que incidan en el estado emocional de las pacientes, es posible aumentar el afecto positivo en ellas, lo cual las hace sentir activas, alertas, entusiasmadas y con energía, incluso a pesar de los tratamientos invasivos a los que muchas veces deben someterse.

Los resultados señalaron que a partir de mejorar el afecto positivo y disminuir el afecto negativo existe una mejoría significativa en el estado de ánimo de las

pacientes después de las intervenciones, lo cual incide en emociones como el estrés subjetivo, la ira, el nerviosismo, la culpa y el miedo.

De este modo, las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama son de suma importancia para que las pacientes puedan asumir la enfermedad de una forma más positiva, con una actitud de aceptación, lo cual les permite afrontar de manera más asertiva los efectos aversivos tanto del proceso fisiológico del padecimiento, como de los tratamientos médicos.

## REFERENCIAS

- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor Y., Gamboa C., Lara, F., Pérez Sánchez, V. & Villareal, P. (2011). Oncoguía: Cáncer de mama. Instituto Nacional de Cancerología. 6, 80-82.
- Bellver A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 4(1), 133-142.
- Burguess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramírez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*. 330: 702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Bränström R., Kvillemo P., Brandberg Y. & Moskowitz JT. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients—a randomized study. *Ann Behav Med*. 39(2), 151-161.
- Brissette, I., Cohen, S. & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 53–85). New York: Oxford University Press.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia, España. Ed. Siglo XXI España Editores. (pp. 6).

- Casullo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires. Ed. Paidós. (pp. 3-5)
- Cerezo, O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F. & García-Pasquel M.J. (2012). Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2012.01336.x recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/221828125>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, Vol 59(8), 676-684.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Cruzado, J. A. (2010). Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid: España. Ed. Síntesis. (pp. 11-56).
- D' Ávila, R. (2005). Calidad de vida. La relación bio-psico-social del sujeto. Buenos Aires. Ed. Lugar Editorial. (pp. 48-52).
- Dakof, G. A. & Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3a ed.). Bruselas: European Organization for Reserch and Treatment of Cancer.

- Foley, E., Baillie A, Huxter M, Price M, & Sinclair E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 78(1), 72-79.
- Font, A. & Rodríguez E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología.* 1(1):67-86.
- Font, A. & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología.* 4 (2-3), 423-446.
- Flores, M.M. & Díaz-Loving, R. (2004). Escala Multidimensional de Asertividad. México, D.F., Ed. El Manual Moderno.
- Flórez, J. A. (1994). La mujer ante el cáncer de mama; aspectos psicológicos. Barcelona. Ed. Edikamed. (pp. 32-62).
- Garduño-Riveros & Sánchez-Sosa. (2010). Calidad de vida y Cáncer de Mama: efectos de una intervención Cognitivo-Conductual, *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual.* (1) 1, 69-80.
- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, HJ. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports.* 66, 355-373. Recuperado de <http://prx.sagepub.com/content/66/2/355.full.pdf+html>
- Hacker Thomas, Stone Paul & MacBeth Angus. (2015). Acceptance and Commitment Therapy – Do we know enough? Cumulative and Sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders.* Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy. NY: Guilford Press.
- Hegel, M. T., More, C. P., Dale, C. E., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggd, R. L. & Ahley, T. A. (2006). Distress, Psychiatric Syndromes and Impairment of Function in Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. *American Cancer Society*. 2224-2931. doi:10.1002/cncr.22335
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.
- Henderson VP, Clemow L, Massion AO, Hurley TG, Druker S & Hebert JR. (2012) The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Res Treat*. 131(1), 99-109.
- Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE & Thomas PW (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 30(12), 1335-1342.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). New York: Academic Press.

- Hughes, S., Jaremka, L.M., Alfano, C.M., Glaser, R., Povoski, S.P., Lipari, A.M., Agnese, D.M., Farrar, W., Yee, L.D., Carson, W.E., Malarkey, W.B. & Kielcot-Glaser, J.K. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *El Sevier Psychoneuroendocrinology*. 42, 38 - 44.
- Jain S, Shapiro SL, Swanick S. et al. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med*. 33(1):11-21.
- Kvillemo P. & Bränström R. (2014) Coping with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 9(11), e112733. doi:10.1371/journal.pone.0112733.
- Lange, A. J. & Jakubowsky, P. (1976). Responsible assertive behavior. Champaign. EE UU. Research Press.
- Leung, J., Pachana, N.A. & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psychooncology* 23(9):1014-20. doi: 10.1002/pon.3523.
- Levy, L., & Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México: Manual Moderno.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 44(3), 151–160.

- Low J., Devis S., Drake R., King M., Tookman A., Turner K., et al (2012). The role of acceptance in Rehabilitation in life-threatening illness. *Journal Pain and Symptom Management*. 43 (1). doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.03.020
- Moral de la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas, *CIENCIA ergo sum*. 18 (2), 117-125.
- Meichenbaum, D.H. (1995). Cognitive behavioral therapy in historical perspective. En B. Bongar y L.E. Beutler (Comps.), *Comprehensive textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- National Comprehensive Cancer Network. Recuperado de [http://www.nccn.org/patients/resources/life\\_with\\_cancer/distress.aspx](http://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/distress.aspx)
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México. International Thomson Editores, 2da. Edición. (pp. 3-4, 138-140, 249-253, 257-260, 299-300).
- Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Randy, J. & Paterson, Ph.D. (2000). *The Assertiveness Workbook: How to express your ideas and stand up for yourself at work and relationship*. Canada. New Harbinger Publications, Inc. Kindle. (pp. 11-20)

Reproducido de WHOQOL user manual (Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998: 61-71 (documento inédito WHO/MNH/MHP/98.3; se puede solicitar al Programa de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27 (Suiza).

Ruiz F. M. A., Diaz, G. M. I. & Villalobos C. A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. España. Desclée De Brouwer.

Secretaria de Salud Pública y Carga Global de Enfermedad  
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/>

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. NY: Guilford Press.

Páez, F., & Robles, R. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y afecto negativo PANAS. *Salud Mental*. 26 (1), 69-79, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212608>.

Patrick, Donald L. & Erickson, Pennifer (1993). Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York. Oxford University Press. (pp. 478)

Powers M. B., Zum Vörde & Emmelkamp P. (2009), Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 78 (2), 73-80. doi: 10.1159/000190790

- Van der Lee ML & Garssen B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psychooncology*. 21(3), 264-272.
- Victorson, D., Kentor, M., Maletich, C., Lawton, R. C., Kaufman, V. H., Borrero, M., Languido, L., Lewett, K., Pancoe, H. & Berkowitz C., (2014). Mindfulness Meditation to Promote Wellness and Manage Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Mindfulness-Based Randomized Controlled Trials Relevant to Lifestyle Medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 9 (3), 185-211. DOI: 10.1177/1559827614537789.
- Wilson, K.G. & Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health, Vol. V: Stress* (pp. 63-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

## **Apéndice**

### **Material complementario**

Breve descripción de los cuatro módulos de intervención.

#### **MODULO 1: MANEJO DE ESTRÉS**

##### *Sesión 1*

En este módulo se brinda a la paciente orientación psicoeducativa acerca de qué es el estrés y qué factores influyen en su aparición. Los contenidos principales son los siguientes: 1) Qué es el estrés y cuáles son las situaciones que influyen como estresores. 2) Cuáles son los factores que influyen en la presencia o aumento del estrés con respecto a la relación entre pensamientos, conductas, emociones y síntomas físicos. 3) Cuáles son los síntomas físicos, cognitivos, conductuales y emocionales producidos por el estrés.

En este módulo se pretende que la paciente logre aprehender una serie de herramientas que le ayuden a controlar y mitigar los síntomas del estrés mediante el reconocimiento de la influencia de las cuatro esferas del desarrollo psicológico en situaciones amenazantes, la ampliación y el enriquecimiento de sus experiencias de vida.

Se realiza un ejercicio llamado “la mancha” donde se pide a la paciente que de ejemplos sobre algunas situaciones típicas que promuevan la aparición de síntomas del estrés.

Dar una introducción a la paciente sobre lo que son las técnicas de mindfulness, a través del ejercicio “siendo consciente adentro y afuera”. Se trata de un ejercicio sencillo que permite comenzar a adquirir un conocimiento de nuestras sensaciones tanto del interior de nuestro cuerpo como de las que provienen de fuera.

Dejar algunos ejercicios de tarea que refuercen lo que se aprendió en esta primera sesión. La primera tarea consiste en hacer el ejercicio de “la mancha” así como se trabajó dentro del consultorio. La segunda tarea es un ejercicio que se llama “pausa” y consiste en realizar diversas pausas a lo largo de un día en las que tendrá que detener por completo la actividad que esté haciendo para preguntarse: “¿Qué voy a hacer ahora?” y “¿Cómo me siento en este momento?”, de tal manera que pueda hacer consciencia de qué es lo que hace o va a hacer, y si le produce sensaciones agradables o no.

## *Sesión 2*

Se inicia la sesión compartiendo las experiencias mindfulness que tuvo a lo largo de la semana en relación con sus tareas.

El primer ejercicio de esta sesión se llama Bodyscan. Es una actividad que pertenece al conjunto de las técnicas de mindfulness y sus funciones son permitir identificar y conocer las partes que conforman nuestro cuerpo y experimentar lo que siente cada una de ellas a fin de reconocer su sensibilidad y enriquecer el significado de nuestras sensaciones, pero sin tratar de cambiar nada en ellas.

El segundo ejercicio consiste en contar una historia de contenido reflexivo. Las historias y los poemas se consideran actividades fundamentales dentro de los tratamientos psicológicos con mindfulness, ya que ayudan a desarrollar los procesos atencionales en el reconocimiento de experiencias de vida. Para esta sesión se programó la historia: “Nunca te prometí un jardín de rosas”, del libro “Historias para crecer, recetas para sanar”.

La tercera actividad es “Respiración alternante”. La respiración alternante es un ejercicio que se utiliza frecuentemente para controlar y disminuir los dolores de cabeza. Sin embargo, en este caso se utiliza no sólo con este fin, sino también para calmar y mitigar los síntomas del estrés.

De tarea se repite la tarea de “la mancha”, “la pausa” y se agrega el ejercicio de “respiración alternante”.

### *Sesión 3*

Se da un breve espacio para que la paciente pueda narrar sus experiencias mindfulness de la semana y dar retroalimentación.

El primer ejercicio consistió en repasar los ejercicios de la sesión anterior: Bodyscan y Siendo consciente dentro y fuera, con el objetivo de retroalimentar a la paciente en su ejercicio y fortalecer el dominio práctico que tiene sobre ellos.

La segunda actividad es el ejercicio de “la pasa”, considerada dentro de los ejercicios de mindfulness que requieren de mayor experiencia. La actividad consistió en que se le dio a la paciente una pasa para que la explore con todos sus sentidos en el proceso de comerla. El objetivo de esta actividad es hacer de una actividad ordinaria algo extraordinario.

El tercer ejercicio consiste en contar una historia reflexiva: “La vida es sólo para los que están bien”, del libro “Historias para crecer, recetas para sanar”. El objetivo de esta historia es que la paciente logre identificarse con la protagonista de la historia y en consecuencia se permita a sí misma disfrutar de una vida plena más allá de si se encuentra o no en las condiciones más óptimas de salud.

Al finalizar, se deja la tarea de “pausas”, “la mancha” y un tercer ejercicio: “actividades rutinarias”, en el que se selecciona cualquier actividad cotidiana que normalmente se hace de manera automática como cepillarse los dientes, bañarse, comer, caminar, etc. para convertirla en una experiencia extraordinaria, como se hizo con la pasa.

Como indicación adicional, se solicita a la paciente que traiga para la siguiente sesión un tapete de yoga o una toalla.

#### *Sesión 4*

Se da un breve espacio para que la paciente pueda narrar sus experiencias mindfulness de la semana y darle retroalimentación.

Como primer ejercicio se cuenta una historia de contenido reflexivo: “Por fin”, del libro “Historias para crecer, recetas para sanar”. El objetivo de esta historia es hacerle ver a la paciente que en muchas ocasiones la vida no es tan sencilla como parece y a veces requerimos de emprender un mayor esfuerzo del que quisiéramos para alcanzar nuestros objetivos, pero que es el precio por generar un conocimiento verdaderamente importante y digno de la vida.

La segunda actividad de esta sesión es: Mindful movements. Los mindful movements son movimientos corporales utilizados en actividades como el yoga. El objetivo principal de los mindful movements es que la paciente además de conocer las reacciones naturales de su cuerpo cuando está en reposo, pueda entrar en contacto con las experiencias que genera estando en movimiento.

El cierre del taller está dispuesto específicamente para aclarar las dudas de la paciente y para responder cualquier pregunta que le haya quedado sin resolver.

## **MODULO 2: ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD**

### *Sesión 1*

En la primera sesión, se trabaja con aspectos básicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que plantea que al igual que existe la felicidad, existe el sufrimiento como algo normal producto de nuestra condición como humanos.

La primera historia de reflexión es: “La metáfora del hombre en el hoyo”. Se explica a la paciente que la situación es parecida a lo que ella está viviendo. Al concluir la historia se le pregunta: ¿Cómo puede aplicar esta metáfora con respecto al problema de salud que está viviendo?

Una segunda historia reflexiva es: “Obstáculos”. Con este ejercicio se habla de que la mayoría de nuestros impedimentos son porque nosotros mismos nos hemos puesto la limitación y muchas veces esas limitaciones son mentales pero se les da tanta veracidad que nos impide conseguir nuestros objetivos.

Como última actividad se utiliza el video “El circo de las mariposas” y se hace una reflexión sobre él.

Como tarea se deja una reflexión sobre el relato: “Las arenas movedizas”. Además, se le da un cuadro donde debe apuntar aquellas situaciones en las que ha tenido problemas de gran impacto y cómo ha intentado solucionarlo durante la semana: “Aprendiendo a conocer mis estrategias”.

## Sesión 2

Se dedica un breve espacio para revisar la tarea que se dejó en la sesión anterior.

Esta sesión se enfoca en identificar las fortalezas y debilidades con las que cuenta la paciente para plantear soluciones. El primer ejercicio se llama “DAFO” y consiste en que la paciente reflexione sobre sus puntos débiles y sus puntos fuertes ante una situación que considere amenazante. Para ello, se le enseñan los ejes DAFO’s: el de la izquierda se rellena en situaciones normales donde no estaba la enfermedad en juego: ¿Cómo se veía antes? El segundo eje DAFO se rellena en función de cómo se percibe con la enfermedad: ¿Cómo se ve ahora? En el DAFO de la derecha debe escribir cómo quiere verse en el futuro.



El siguiente ejercicio es una reflexión: “La metáfora del jardín”. Esta historia está enfocada a reconocer qué áreas de nuestra vida queremos mejorar. Lo importante es que la paciente vea como descuida o no las distintas “flores de su vida” o como permite que la “mala hierba” como la ansiedad, estrés o ideas irracionales pueda dañar esas otras “flores” que son importantes para ella.

Como tarea se deja: “Reconstruyendo mi jardín”. Se pide a la paciente que con lo visto en la sesión, construya su jardín en función de todo aquello que sea importante para ella.

### *Sesión 3*

Así como en las demás sesiones se inició dando un espacio para la revisión de la tarea, uno de los objetivos de esta sesión es ayudar a la paciente a diferenciar: “lo que soy”, “lo que siento”, “lo que pienso” y “lo que hago” para aprender a moldear su contenido psicológico hacia sus valores.

A partir de la tarea de la creación del jardín, el primer ejercicio de esta sesión se inicia con la pregunta: ¿Qué quiere hacer con su vida? Posteriormente se pide a la paciente que cierre los ojos y que piense en aquellos valores que forman parte de ella. Se le pide que imagine que ha muerto y que es capaz de asistir a su funeral en espíritu, y que visualice lo que le gustaría que las personas que fueron parte de su vida recordaran de ella. Una vez concluida la visualización se le pregunta ¿Qué le ha hecho sentir este ejercicio? y ¿Qué puede aprender de él?

El segundo ejercicio es: “Formulario narrativo de valores”. Se revisan las diferentes áreas que componen la vida de la paciente y se le pide que describa cada una de ellas de forma breve.

El tercer ejercicio es: “Formulario de Estimación de Valores”. De las narraciones que escribió sobre los valores, se le pide que escriba la importancia que cada área tiene para ella en una escala del 1 (poco importante) al 10 (muy importante), así también el grado de satisfacción con que ha vivido en cada una de las áreas durante el último mes en una escala del 1 (poca satisfacción) al 10 (muchoa satisfacción).

El siguiente ejercicio se llama “Metáfora del limón”. Se le dice lo siguiente: “Le voy a pedir que no piense en este momento en limones. No piense en el color de un limón y no piense en la textura de la piel del limón”. Con este relato se hace referencia a que muchas veces lo que decimos puede llegar a incitar el pensamiento y la emoción asociada.

El ejercicio cinco consiste en poner un video: La mosca y el samurái, y realizar un análisis acerca de él.

El último ejercicio se llama “Practicando mi propio perdón”. Es probable que después de todos estos ejercicios aparezca un poco de culpa debido a que quizás, ante una determinada situación, la paciente no ha actuado en dirección a lo que en verdad quiere. De este modo, se dan varias definiciones de que es el perdón posteriormente se pide a la paciente que recuerde una situación en la que no actuó en relación a los valores que ha descubierto en las sesiones pasadas y que le gustaría modificar en función de lo que ya ha aprendido.

Como tarea se deja una tabla para rellenar con aquellas situaciones que ha vivido que le han provocado malestar y culpa.

#### *Sesión 4*

Se da un breve espacio para que la paciente pueda narrar sus experiencias con la tarea.

Posteriormente, se habla de que desde que somos niños, nos formamos ideas sobre nosotros mismos que generan la información que tenemos de nuestra persona y que hace que nos conozcamos más a nosotros mismos. Esos contenidos del yo dependen mucho de las relaciones que se establezcan. Esto hace que desde pequeños nos planteemos muchas preguntas acerca de nosotros y nuestra relación con el entorno social: quién soy, quién es mi hermanito, qué hace, etc. Lo importante con esto es entender que la definición de nuestro yo tiene que estar basada en el aquí y en el ahora.

A partir de esto, el primer ejercicio es el “Ejercicio del observador”. Por medio de la imaginación, se le pide a la paciente que se visualice en diferentes áreas y facetas de su vida: el trabajo, la casa, la familia, hasta llegar a la infancia con el rol de hija y de estudiante. Se le dice que aunque tenga distintos roles en su vida, hay un “yo” que es consistente y que ese “yo” está aquí y ahora. Aunque tenga distintos papeles en la vida, ella sigue siendo ese “yo”.

El siguiente ejercicio es: “Auto-instrucciones”. Se proporciona a la paciente: cartulinas de colores, lapiceros de colores y rotuladores. Ella escoge una cartulina y escribe una frase que le reconforte en momentos de desesperanza. También puede escribir frases que le permitan sentir confort tras una situación difícil que ella misma no se ha perdonado.

Posteriormente, se hace un ejercicio para “darme las gracias a mí misma”, en el que se solicita a la paciente que escriba en un papel 10 motivos por los cuales darse las gracias. Se le indica que no se ponga límites y piense en todos los aspectos que le pueda agradar de sí misma en relación a su personalidad, su salud, su capacidad de enfrentar situaciones, su actitud personal y hacia los demás, sus dones y talentos.

El ejercicio cuatro es el “Cuento de las ranitas en la nata”. Al finalizar el cuento, se pide a la paciente que ponga su propia moraleja.

### **MÓDULO 3: REGULACIÓN EMOCIONAL**

Dentro de este módulo se abarca el tema de la importancia de las emociones. Consiste en discutir acerca de algunos mitos sobre las emociones, conocer el proceso de regulación emocional, aprender acerca de la función que tienen las emociones, desarrollar la capacidad de aceptar las emociones y aprender a regularlas.

## *Sesión 1*

“El mundo de las emociones”. Se da una explicación sobre lo que son las emociones, sus componentes, para qué sirven las emociones y las 6 categorías básicas de emociones que existen.

El primer ejercicio se llama “Definiendo las emociones”. Se pide a la paciente que defina con sus propias palabras qué es una emoción y que nombre todas aquellas que conozca.

El siguiente ejercicio se llama “Componentes de las emociones” y su objetivo es identificar los componentes de las emociones dando ejemplos de las emociones y de cada componente.

El siguiente ejercicio es “Nuestra interpretación es clave”. Se pregunta a la paciente: ¿Qué pensamientos harían que te sintieras... (Se dice una emoción)? La situación en la que estamos no ha cambiado pero ¿qué es diferente ahora? Al reflexionar sobre esto, se habla de que la forma de interpretar la realidad y nuestros pensamientos puede hacer que nuestras emociones cambien.

El último ejercicio se llama: “¿Cómo funcionan las emociones?” Se habla sobre la metáfora del mensajero y se pregunta acerca de cómo es la relación de la paciente con las emociones.

Como tarea se deja un ejercicio de etiquetación emocional, con el objetivo de aumentar la capacidad de reconocer y etiquetar emociones ante distintas situaciones, y reflexionar sobre la forma de actuar en cada una de ellas.

La segunda tarea consiste en un autorregistro, con el objetivo de que identifique, anote y escriba sobre sus emociones, reflexione sobre sus causas y sus consecuencias.

<b>Situación</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>	<b>Conducta</b>
------------------	--------------------	----------------	-----------------

### *Sesión 2*

Se da una explicación acerca de cómo las emociones son el reflejo de las necesidades de la persona, por ejemplo: la necesidad de sentirnos útiles, aceptados, autónomos, etc. Por lo tanto, si alguien siente tristeza, esta emoción le está avisando de que es posible que alguna necesidad básica no se esté cubriendo.

El primer ejercicio se llama: “Yo siento” y consiste en identificar lo que siente la paciente con cada una de las emociones: miedo, sorpresa, aversión, ira, alegría y tristeza.

El siguiente ejercicio es: “Mitos sobre las emociones”. El objetivo de la actividad consiste en señalar el grado de acuerdo con algunas creencias sobre las emociones y justificar la respuesta que se da.

El siguiente ejercicio es: “Las leyes emocionales”. Se da una explicación de las leyes de las emociones: Ley de los vasos comunicantes, Ley de las emociones secundarias, Ley de la falibilidad emocional, Ley de universalidad emocional y Ley de la bondad emocional.

El último ejercicio es leer la metáfora de “La tristeza y la furia” y realizar una reflexión sobre ella.

Como tarea se da un listado de distintas emociones con posibles mensajes para que la paciente los lea en casa y reflexione sobre ellos con el objetivo de comprender lo que cada emoción nos quiere comunicar. También se le pide que realice un diario emocional reflejando la situación, pensamientos, emociones, mensajes de las emociones y la conducta.

### *Sesión 3*

“La aceptación radical es el único camino para salir del infierno; significa dejar de luchar contra la realidad. La aceptación es el camino para transformar el sufrimiento que no se puede tolerar en dolor que se puede tolerar”. Marsha Linehan

Se habla sobre la aceptación como la disposición para participar en la vida de una manera activa y abierta. Aceptar no significa rendirse, abandonar o perder. Darse

por vencido o abandonar es lo que llamamos aceptación pasiva o resignación. La aceptación es lo que permite el cambio y lo que realmente lo hace posible.

El primer ejercicio se llama: “¿Dónde sientes determinada emoción?”. Se da a la paciente una silueta en una hoja tamaño carta y se incita una emoción, que se le pide que represente en la hoja, señalando en qué lugares de su cuerpo suele sentirla.

El siguiente ejercicio es: “Coloréate” y se da la siguiente instrucción: Con tu imaginación, da color a las sensaciones corporales que genera cada emoción y deja que paseen por tu cuerpo libremente.

El siguiente ejercicio es “La metáfora del autobús”. Se habla de que la paciente le da poder a las emociones, ya sea dejándose invadir por ellas o siendo capaz de tomar las decisiones que le parezcan más adecuadas.

El último ejercicio es: “Aceptación de la ansiedad”. Se habla de que el estrés y la ansiedad son emociones que muy frecuentemente intentamos suprimir y rechazar. El objetivo del ejercicio es aprender a convivir con dicha emoción por medio de la atención plena.

Como tarea se pide continuar con el diario emocional.

*Sesión 4*

Muchas personas, en especial algunas que padecen enfermedades como el cáncer, creen que expresar sus emociones y preocupaciones aumentará el malestar de sus familiares y tratan de ocultar su estado anímico. Otras consideran que es un signo de debilidad y falta de carácter del que hay que avergonzarse o que estas expresiones son el comienzo de un hundimiento anímico progresivo. Sin embargo, la expresión de los sentimientos produce un desahogo emocional que proporciona alivio del malestar, permite la identificación de las emociones y facilita recibir ayuda del entorno más cercano y de los profesionales.

El primer ejercicio se llama: “Beneficios de las emociones positivas y su objetivo es tener en cuenta que las emociones positivas no son un lujo, sino que más bien son necesarias para nuestro bienestar físico y psicológico. Se pregunta cuáles beneficios cree la paciente que tiene en los niveles interpersonal, de salud, de razonamiento y emocional.

El siguiente ejercicio es “Buenos recuerdos”. Se pide a la paciente que recuerde acontecimientos o situaciones agradables que le han ocurrido, para regular sus emociones en lo positivo.

El último ejercicio es “Aprender de las emociones” y su objetivo consiste en nombrar tres emociones y realizar una reflexión sobre qué ha podido aprender gracias a ellas.

Como tarea se pide a la paciente que busque todo tipo de cosas en casa (recortes de revistas, periódico, fotografías, relatos, frases, música...) que le suscite alguna de las emociones positivas que ella elija y que la haga sentir bien. Asimismo, se pidió que tomara fotografías a todo aquello que le suscite emociones agradables.

Como última tarea se le pide que realice una carta a todas aquellas emociones que ha estado evitando y suprimiendo a lo largo de su vida y darles las gracias por todo lo que han hecho por ella.

## **MODULO 4: APOYO SOCIAL**

### *Sesión 1*

Dentro de los objetivos de esta sesión se encuentran: Explicar qué es una red de apoyo social, identificar y seleccionar miembros que conformen la red de apoyo y determinar el tipo de apoyo que puede ofrecer cada uno de los miembros que conforma la red. A partir del proceso de identificación, construir una red de apoyo y estimar la importancia de la construcción de una red de apoyo en situaciones de vulnerabilidad.

El primer ejercicio se llama: "Construyendo mi red". Una red de apoyo se conforma de las personas con las que alguien se relaciona y sirven para ayudar en aquellas situaciones en las que existen necesidades que no se encuentran cubiertas. Es importante hacer una distinción entre los tipos de apoyo que existe, de manera que

se da una explicación sobre ellos. Posteriormente, se proporciona a la paciente una hoja blanca con un círculo dibujado al centro y se le da la siguiente indicación: En la hoja que le acabo de entregar, escriba su nombre dentro del círculo. A continuación, le voy a pedir que dibuje otro círculo alrededor por cada persona que usted considere que la apoya o puede apoyarla.

El último ejercicio es: "Directorio telefónico" y consiste en que la paciente realice un directorio telefónico anotando el nombre del amigo o familiar, teléfono, lugar donde lo pueda localizar y tipo de apoyo que le puede proporcionar.

Como tarea se pide a la paciente elegir por lo menos a uno de los miembros de su red de apoyo social y agradecerle su apoyo por medio de una llamada, un mensaje, un mail o en persona. Además, se le pide que busque instancias o instituciones ya sea fuera o dentro de su comunidad donde pueda asistir en caso de tener alguna necesidad.

## *Sesión 2*

Se da un breve espacio para platicar acerca de la tarea.

El objetivo de esta sesión es identificar las situaciones en las que la paciente haya experimentado un estilo de comunicación poco asertivo con alguna de las personas que se encuentran en su red de apoyo para conocer qué estilo de comunicación emplea.

El segundo paso para que la calidad del apoyo social pueda incidir directamente en una mejora de la calidad de vida y bienestar psicológico de la paciente, es reflexionar y hacer consciencia sobre: las situaciones en donde el conflicto sea una constante en el desarrollo psicológico de la paciente, el tipo de comunicación del que suele hacer uso, y si el tipo de respuestas que suele efectuar la proveen de los resultados que esperaba.

El primer ejercicio es: “Reconociendo mi modo de comunicarme”. Se pide a la paciente que piense en una situación de conflicto que se presenta constantemente en su vida y que afecta la calidad de sus relaciones. Después se le pide que llene un cuadro con las siguientes preguntas: ¿Quién participó en ella?, Emociones presentes (¿Cómo me sentí?), Pensamientos que tuve (¿En qué pensaba?), Acciones que llevé a cabo (¿Cómo actué?), Mensaje que quería mandar (¿Qué quería decirle?), Mensaje que envié (¿Qué es lo que realmente le dije? y ¿Qué resultados obtuve? ¿Eran lo que yo esperaba?).

El siguiente ejercicio es: “Estilo de comunicación”. Se muestra una breve exposición con diapositivas acerca de los tres estilos de comunicación de los que más suelen hacer uso las personas que se encuentran en situaciones vulnerables, ya que suelen tener dificultades para comunicarse con los demás: estilo pasivo, agresivo y pasivo-agresivo. De acuerdo con los tres estilos de comunicación y tomando como ejemplo la actividad anterior, se pregunta a la paciente: ¿De cuál estilo cree usted que hizo uso? ¿Cree usted que haber hecho uso de ese estilo de comunicación en

ese momento y con esa persona fue lo más adecuado? ¿Le trajo los resultados que esperaba? Se pide que anote sus respuestas.

Se deja de tarea que la paciente se plantee las siguientes preguntas: ¿Era inevitable que actuara del modo en que actué? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿Qué cosas podría cambiar para ser más eficaz en el contacto con esa persona o en ese tipo de situaciones? ¿Si cambiara mi modo de comunicarme podría cambiar realmente la interacción con los demás?

### *Sesión 3*

Se da un breve espacio para platicar acerca de la tarea.

Se explica a la paciente por medio de diapositivas qué es la comunicación asertiva. Se muestra un ejercicio donde la paciente pueda observar cómo planear estrategias para cambiar su estilo de comunicación por uno más asertivo.

Se llevan a cabo los ejercicios: “Componentes de la Comunicación” y “Comunicación asertiva”. Se muestran diapositivas donde se analiza más a fondo la influencia que ejercen los tres componentes psicológicos (pensamientos, emociones y acciones) en la conformación de los tres estilos de comunicación que se vieron la sesión pasada.

El siguiente ejercicio consiste en que una vez que se mostró el cuarto tipo de comunicación y que se mostró el ejemplo de planeación de una respuesta asertiva,

se le entrega a la paciente el documento: “Derechos asertivos básicos” con la finalidad de que pueda reflexionar en una estrategia para modificar su estilo de comunicación a un estilo asertivo.

Para tarea en casa se pide que con base en la carta de derechos asertivos y el ejemplo revisado, imagine y diseñe una propuesta de comunicación a propósito de un problema reciente que haya tenido con alguna persona cercana.

#### *Sesión 4*

Se da un espacio para la revisión de la tarea de la paciente.

Se exponen las dificultades que en ocasiones existen para tener una comunicación asertiva. Se orienta la planeación de estrategias de comunicación a la demanda de apoyo social. Se elabora junto con la paciente una propuesta de comunicación asertiva en la que solicite apoyo social a uno de los miembros que conforman su red de apoyo. Se cierra el taller dando retroalimentación y resolviendo las dudas que plantee la paciente.

En el primer ejercicio de la última sesión se trabaja más a fondo con las estrategias que podemos utilizar para comunicarnos de una manera asertiva. En conjunto con la paciente se realiza una propuesta de comunicación asertiva.

El ejercicio final consiste en pedir a la paciente que comente acerca de cómo se sintió a lo largo de las cuatro sesiones. ¿Cree que estas herramientas le pueden dar

más seguridad al momento de pedir apoyo a sus conocidos? Se lleva a cabo el cierre del programa de intervención y la despedida.