



**UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN  
INCORPORADA A LA UNAM**

---

---

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA  
CLAVE DE INCORPORACIÓN 895225**

**“AUTOEFICACIA COMO PROCESO PSICOLÓGICO  
COADYUVANTE AL TRATAMIENTO CONTRA EL  
CÁNCER DE MAMA. UN ANÁLISIS DOCUMENTAL”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**JESSICA PÉREZ LÓPEZ**

**ASESOR:  
LEONARDO MANZANO ABARCA**

**CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO, AGOSTO 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Este proyecto es dedicado a mis padres, las personas más importantes en mi vida, gracias por su amor inagotable, por la motivación que día a día han promovido y que ahora es la fuente principal de todos mis éxitos, los cuales son tan suyos como míos, por caminar a mi lado hacia uno de los proyectos más importantes, por demostrarme que la distancia no es capaz de separar a las personas que más amas. Gracias por los valores que han inculcado en mí, por los esfuerzos realizados para lograr esta meta. La mayor demostración es el respeto y ustedes merecen mi absoluto respeto.*

*Hago extensiva la dedicación a todas las mujeres que han padecido o padecen cáncer de mama, guerreras incansables que día a día luchan enfrentando esta enfermedad. Gracias por ser mi fuente de motivación para la elaboración de esta investigación y generar en mí la vocación de ejercer mi labor profesional en la atención de quienes sufren este padecimiento.*

*Gracias a...*

*Mis hermanos, por ser mis aliados y principal fuente de alegría, los amo.*

*A mis amigas Itzel y Gloria, porque han sido mi familia durante este proceso, por su apoyo infinito y presencia en cada uno de mis logros, porque gracias a ustedes la soledad no logró entrar en mi vida en este viaje que decidí emprender hacer 5 años. Las quiero con todo el corazón.*

*A Vic, mi compañero de vida, gracias por concluir este proyecto a mi lado, por regalarme las palabras precisas cuando el camino se tornaba difícil. Te amo.*

*A mis profesores y amigos, Mauricio, Leonardo y Francisco, ha sido un placer para mí trabajar con profesionales que poseen una infinita calidad humana como la que ustedes han transmitido en mí, mi admiración y gratitud hacia ustedes por ejercer esta carrera tan linda e infundir en mí la convicción hacia el éxito a través de la excelencia.*

## ÍNDICE

Resumen .....	1
Abstract.....	2
Introducción .....	3
Planteamiento del problema.....	7
Capítulo 1. Cáncer de mama .....	10
1.1 Antecedentes.....	11
1.2 Epidemiología.....	14
1.3 Factores de riesgo vinculados a la etiología.....	17
1.3.1 Biológicos .....	18
1.3.2 Latrógenos o ambientales .....	19
1.3.3 Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos ....	19
1.3.4 Factores de riesgo relacionados con estilo de vida.....	19
1.4 Síntomas y diagnóstico.....	20
1.4.1 Autoexploración.....	22
1.4.2 Mamografía .....	23
1.4.3 Ultrasonido mamario.....	24
1.4.4 Imágenes por resonancia magnética (mri) de los senos .....	25
1.4.5 Biopsias.....	26
1.4.5.1 Biopsia por aspiración con aguja fina (fna).....	28
1.4.5.2 Biopsia por punción con aguja gruesa.....	28
1.4.5.3 Biopsia quirúrgica (abierta) .....	28
1.4.5.4 Biopsia de los ganglios linfáticos .....	29
1.5 Fases del cáncer de mama.....	30
1.5.1 Etapa 0.....	30
1.5.2 Etapa IA.....	30
1.5.3 Etapa IB.....	30
1.5.4 Etapa IIA.....	31
1.5.5 Etapa IIB.....	31
1.5.6 Etapa IIIA.....	31
1.5.7 Etapa IIIB.....	32
1.5.8 Etapa IIIC .....	32
1.5.9 Etapa IV.....	33
1.6 Tratamientos médicos.....	34
1.6.1 Quimioterapia .....	34
1.6.1.1 Quimioterapia adyuvante (Después de la cirugía) .....	35

1.6.1.2	Quimioterapia neoadyuvante (Antes de la cirugía) .....	35
1.6.2	Radioterapia .....	36
1.6.3	Intervención quirúrgica .....	37
1.6.4	Inmunoterapia .....	38
1.6.5	Hormonoterapia .....	39
Capítulo 2.	Respuestas psicológicas en cáncer de mama .....	44
2.1	Psicooncología .....	45
2.2	Reacciones psicológicas después del diagnóstico .....	46
2.2.1	Duelo .....	46
2.3	Reacciones asociadas al tratamiento .....	47
2.3.1	Espíritu de lucha .....	48
2.3.2	Desamparo/Desesperanza .....	49
2.3.3	Preocupación Ansiosa .....	49
2.3.4	Fatalismo (Aceptación Estoica) .....	49
2.3.5	Evitación (Negación) .....	50
2.4	Edad y factores psicosociales .....	51
2.5	Sexualidad y cáncer de mama .....	52
Capítulo 3.	Tratamiento psicológico en cáncer de mama .....	57
3.1	Modelo biopsicosocial .....	58
3.2	Terapia psicológica en el tratamiento contra el cáncer de mama .....	58
3.3	Impacto de la psicoterapia en la calidad de vida de las pacientes .....	63
3.4	Modelos psicológicos empleados en el tratamiento contra el cáncer de mama	64
3.4.1	Modelo psicodinámico .....	64
3.4.2	Técnicas humanístico existenciales .....	69
3.4.3	Terapia familiar .....	72
3.4.4	Modelo cognitivo conductual .....	77
3.4.4.1	Técnicas cognitivo- conductuales empleadas en pacientes con cáncer de mama	81
3.4.4.1.1	Técnicas puramente cognitivas .....	81
3.4.4.1.2	Técnicas conductuales .....	83
3.4.4.1.3	Técnicas emotivas .....	84
3.4.4.1.4	Técnicas de psicoeducación .....	84
Capítulo 4.	Teoría social cognitiva .....	86
4.1	Definición .....	87

4.2	Modelado .....	88
4.2.1	Atención .....	89
4.2.2	Retención .....	89
4.2.3	Producción .....	90
4.2.4	Motivación .....	90
4.3	Autorregulación.....	91
4.3.1	Autoobservación.....	91
4.3.2	Autoenjuiciamiento .....	92
4.3.3	Autorreacción .....	92
4.4	Autoeficacia .....	93
4.4.1	Expectativas de autoeficacia .....	96
4.4.2	Expectativas de resultado.....	96
4.4.3	Expectativas de resultado autorreferencial .....	97
4.4.4	Elementos de la autoeficacia .....	98
4.4.4.1	Magnitud .....	99
4.4.4.2	Generalidad .....	99
4.4.4.3	Fuerza.....	99
4.4.5	Impacto de la autoeficacia en la conducta .....	100
4.4.5.1	Procesos cognitivos .....	100
4.4.5.2	Procesos Motivacionales.....	100
4.4.6	Fuentes de autoeficacia.....	101
4.4.6.1	Logros de ejecución .....	101
4.4.6.2	Experiencia Vicaria .....	102
4.4.6.3	Persuasión Verbal.....	102
4.4.6.4	Estados fisiológicos y emocionales .....	102
4.4.7	La autoeficacia y salud .....	103
4.4.7.1	Autoeficacia y ejercicio.....	106
4.4.7.2	Autoeficacia y estrés .....	107
4.4.7.3	Autoeficacia y control del dolor.....	108
4.4.7.4	Autoeficacia y cáncer de mama.....	109
	Método.....	112
	Discusión y conclusiones.....	117
	Limitaciones y sugerencias.....	121
	Referencias.....	122
	Anexos.....	130

## Resumen

Ante la alta incidencia del cáncer de mama que a la fecha representa un grave problema de salud pública y el impacto psicológico que esta enfermedad tiene en las mujeres que la padecen, la psicología clínica se ha convertido en un elemento clave dentro del tratamiento multidisciplinario enfocado en pacientes oncológicos, es así, que la presente Investigación tiene como objetivo realizar un análisis documental de la autoeficacia como proceso psicológico que coadyuva al bienestar mental, familiar, social y físico de las pacientes a través de la regulación de factores de estrés, fortalecimiento de adherencia al tratamiento y reconocimiento de las propias capacidades para superar la enfermedad. Mediante la revisión teórica se ha generado el diseño de una propuesta de intervención basada en el modelo cognitivo conductual que pretende fortalecer la autoeficacia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, brindando herramientas que contribuyan a la recuperación de su salud.

**Palabras clave:** *Cáncer de mama, teoría social cognitiva, autoeficacia, adherencia terapéutica, inoculación del estrés.*

### **Abstract:**

Given the high incidence of breast cancer that to date represents a serious public health problem and the psychological impact that this disease has on women who suffer from it, clinical psychology has become a key element in multidisciplinary treatment focused on Oncological patients, this is how the present investigation aims to perform a documentary analysis of self-efficacy as a psychological process that contributes to the mental, family, social and physical well-being of patients through the regulation of stress factors, strengthening adherence to treatment and recognition of one's abilities to overcome the disease. Through the theoretical review, the design of an intervention proposal based on the cognitive behavioral model that aims to strengthen self-efficacy in patients diagnosed with breast cancer has been generated, providing tools that contribute to the recovery of their health.

**Key words:** *Breast cancer, cognitive social theory, self-efficacy, therapeutic adherence, stress inoculation*



## Introducción

El cáncer ha sido desde épocas pasadas uno de los principales retos en cuestión de morbilidad para el sistema de salud, los esfuerzos de las diferentes ciencias como la Psicología que se ha incluido dentro de las nuevas alternativas de prevención y tratamiento para contrarrestar dichas enfermedades han sido fructíferos más no suficientes para disminuir el impacto del diagnóstico tanto físico como psicológico.

En los últimos años, las ciencias sociales se han cohesionado con la medicina para proporcionar una atención multidisciplinaria a las pacientes con dicho padecimiento, generando así un tratamiento complementario que no sólo atiende las secuelas físicas del cáncer, sino también las emocionales, sociales y familiares, lo que ha resultado benéfico en la recuperación de la salud, es por ello que actualmente la atención psicológica es un elemento imprescindible en el tratamiento que se brinda a las personas aquejadas por esta enfermedad desde el momento del diagnóstico.

Por otro lado, la autoeficacia como proceso psicológico introducido por Bandura en su teoría social cognitiva ha sido un elemento ampliamente estudiado dentro del contexto educativo, como un factor que genera motivación en los estudiantes para alcanzar determinadas metas, no obstante, el tomar este proceso para el estudio de las expectativas de eficacia en las mujeres que padecen cáncer de mama, ha sido el punto medular de esta investigación, retomar las investigaciones previas para el estudio de la autoeficacia como factor coadyuvante dentro del tratamiento contra el cáncer de mama permite presentar la importancia que tiene fortalecer estas cualidades en las mujeres con el fin de brindar herramientas que les permitan hacer frente a la enfermedad a través de las creencias que tienen en sus capacidades para lograr sus objetivos, en este caso, enfocados al tratamiento contra el cáncer.

La autoeficacia es un elemento psicológico objeto de estudio en esta investigación ya que además de asumir la importancia de las creencias en sí mismo para lograr determinadas metas de forma exitosa, está relacionado con factores como adherencia

terapéutica, cuidado de la salud y medio para disipar el estrés, es por ello que, al asociarse con estos factores, permite modificar favorablemente tanto el estado cognitivo de las mujeres como las conductas que estas tienen y están dirigidas a la recuperación de su salud.

El estudio de los marcos conceptuales presentados en este trabajo se han llevado a cabo a través de la estructuración sistemática de los conocimientos mediante métodos propios de esquemas enfocados en aprendizaje autónomo como lo son DEJEC, DISEOX y PROCED los cuales han permitido la sintetización de información relevante y oportuna en cuanto a los fines de la presente investigación a través de la abstracción de fuentes y conceptualizaciones enfocadas a describir las implicaciones de la enfermedad, los aspectos psicológicos asociados y las diferentes alternativas de tratamiento, así también la asociación de la autoeficacia con el contexto de salud a partir de cuatro capítulos.

El primer capítulo de esta investigación busca adentrar y familiarizar a los profesionales de la psicología a un contexto médico a través del conocimiento del proceso de enfermedad desde un punto de vista fisiológico, retomando los aspectos teóricos que componen al cáncer de mama, desde sus antecedentes, epidemiología, factores de riesgo asociados a la enfermedad, métodos de diagnóstico, fases de la enfermedad y alternativas de tratamiento, esto con la finalidad de brindar al psicólogo una base sólida para poder disipar las dudas e incertidumbre que son una de las principales fuentes de ansiedad en las pacientes y así generar una mayor disposición al tratamiento psicológico, considerándose entonces que el psicólogo deberá tener un óptimo entendimiento de la enfermedad y sus características para poder brindar una atención que pueda abarcar las necesidades en las pacientes y así buscar que los objetivos del tratamiento psicológico sean logrados exitosamente.

Por otro lado, el segundo capítulo busca exponer las principales respuestas a nivel psicológico, emocional y conductual que manifiestan las mujeres que han sido diagnosticadas y así conocer como estructuran sus emociones al percibirse enfermas,

desde el impacto del diagnóstico hasta las respuestas emocionales que trae consigo el inicio del tratamiento médico, alterando no sólo la estabilidad mental de la paciente sino también de su familia al impactar de manera considerable en su sexualidad, economía, relaciones de pareja, sociales y culturales, por lo que presentar de manera teórica el espectro emocional adyacente al cáncer de mama, permitirá al psicólogo encontrar estrategias que permitan manejar su salud mental a la par de su salud física.

Como elemento notable, el tercer capítulo permite conocer las alternativas psicológicas de las que se ha hecho uso para atender las diferentes problemáticas a nivel psicológico que presentan las mujeres con cáncer de mama, incluyendo los principales paradigmas en terapia psicológica como son: modelo psicodinámico, humanista, familiar y cognitivo conductual, tomando como base el modelo biopsicosocial para la comprensión de la importancia del uso de alternativas psicológicas ante un modelo médico insuficiente por sí solo, es así que, a través de este capítulo se presentan las principales alternativas que cada modelo emplea de acuerdo a su estilo terapéutico y cómo han sido adoptadas con base en las necesidades de las pacientes.

Dentro del cuarto capítulo se hace un análisis enfocado en la autoeficacia como elemento clave de esta investigación, partiendo de la teoría social cognitiva propuesta por Bandura en donde por primera vez se hizo uso de este término, incluyendo de manera general sus características, adentrando al concepto de autoeficacia, retomando propiedades de esta, fuentes y expectativas, haciendo énfasis en la importancia de la autoeficacia dentro del ámbito de la salud.

Es así que, el presente estudio busca resaltar el papel del psicólogo dentro del ámbito hospitalario tomando como referente que el bienestar mental propiciado por la promoción de expectativas de autoeficacia trae consigo un estado de mejora a nivel físico y de esta manera logra que las mujeres con este padecimiento consigan recuperar su calidad de vida en los diferentes contextos que le rodean, biológico, psicológico y social.

Finalmente, a pesar de que el objetivo central de esta investigación es únicamente el análisis documental, se hace una propuesta de intervención basada en la terapia cognitivo conductual, con el objetivo de generar estrategias que puedan ser aplicadas posteriormente, las cuales han encontrado un sólido fundamento a raíz de los postulados teóricos expuestos en esta investigación.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México mueren en promedio 15 mujeres todos los días a consecuencia del cáncer de mama y las cifras continúan en aumento. Entre 18 mil y 20 mil casos nuevos se diagnostican cada año, de estos se registran alrededor de cinco mil fallecimientos anualmente y cerca del 70% llegan en etapas avanzadas de acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología (INCan, 2015 en El universal, 2015). Es por ello que resulta trascendental que los psicólogos dirijan sus esfuerzos hacia este campo al ser una enfermedad que ha aumentado su incidencia, siendo una de las principales causas de muerte en la mujer mexicana. Dicho fenómeno tiene un impacto en la salud, sin embargo, no es la única área afectada ya que la enfermedad trae consigo una serie de implicaciones a nivel psicológico que altera el estado emocional de las pacientes, el cual puede interferir en la recepción del tratamiento farmacológico, respecto a esto Greer (1992) menciona lo siguiente: “las hipótesis subyacentes establecen que la morbilidad psicológica relacionada con el cáncer está determinada no sólo por las consecuencias reales del cáncer sino también por dos factores ; 1) el significado personal de la enfermedad, es decir, cómo percibe el paciente al cáncer y las implicaciones que esto tiene, y 2) por las estrategias de afrontamiento del enfermo, esto es, lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza que le supone el cáncer” (p. 72).

Por tal motivo, en la mayoría de los hospitales que trabajan con pacientes diagnosticados con cáncer se ha vuelto obligatoria la asesoría psicológica, al grado en que el Diario Oficial de la Federación [DOF] (2011) formuló la NOM-041-SSA2-2011 que enuncia la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, estableciendo las principales pautas del acompañamiento emocional que se debe brindar a las pacientes y a su familia, siendo un servicio que se ofrece a todas las personas que padecen la enfermedad durante las diferentes etapas de la misma, especificando que el acompañamiento deberá estar presente incluso antes de la confirmación del diagnóstico.

Tomando en cuenta la alta incidencia del cáncer de mama y el tratamiento psicológico como un elemento fundamental dentro del proceso para hacer frente a esta enfermedad, la siguiente investigación analiza el concepto de autoeficacia como factor psicológico coadyuvante al tratamiento contra el cáncer de mama a través del análisis documental. Asimismo, se enfatiza la importancia de la intervención psicológica en el ámbito hospitalario, específicamente, el tratamiento psicooncológico.

Por ello, se considera crucial enunciar a fondo la importancia de la autoeficacia, a través del análisis y descripciones de estudios y referentes teóricos que han vinculado la autoeficacia con la recuperación de la salud y fomento de nuevos hábitos saludables, es así que se consideró trascendental plantear el siguiente cuestionamiento: ¿cuál es la influencia de la autoeficacia como factor psicológico coadyuvante en la rehabilitación después de un diagnóstico de cáncer de mama?

### **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Cuál es la importancia del tratamiento psicológico ante un diagnóstico de cáncer de mama?
- ¿Existe alguna relación entre la autoeficacia y el bienestar físico?
- ¿Existe alguna relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento?
- ¿Elevar las expectativas de autoeficacia permite disipar el estrés producido por la enfermedad?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Analizar el concepto de autoeficacia como proceso psicológico coadyuvante en el tratamiento de cáncer de mama con base en la revisión documental.

### **PARTICULARES**

- Conocer la importancia que tiene el tratamiento psicológico durante el diagnóstico, tratamiento y fase de recuperación en pacientes con cáncer de mama.
- Reconocer la importancia de la labor del psicólogo dentro del tratamiento multidisciplinario que se brinda a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.
- Describir la relación que existe entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento.
- Conocer cómo influye la autoeficacia en la regulación de las respuestas de estrés producidas por la enfermedad.

## **Capítulo 1. Cáncer de mama**



## 1.1 Antecedentes

Fue Hipócrates (460-370 a. C.) quien dio el nombre de cáncer a las enfermedades malignas por su semejanza al cangrejo señalando en sus escritos posteriores la evolución mortal en las mujeres con tumores mamarios “ocultos”, y evitar cualquier tratamiento ya que éste aceleraba su muerte, la cual se presentaba por caquexia y las pacientes sin tratamiento vivían por largos períodos”. (Beltrán, 2010, p. 1).

Lo anterior permite conocer que el cáncer de mama ha estado presente desde los inicios de la medicina, en donde se comenzaron a realizar estudios respecto a la ubicación de los tumores y del crecimiento de los mismos hasta el fallecimiento en las mujeres.

En el segundo siglo de la era Cristiana, Galeno (131-203 d. C) reafirmó la etiología humoral del cáncer postulada por Hipócrates. Considero al C.M. como una enfermedad sistémica causada por un aumento de la bilis negra (atrabilis) y recomendó para su manejo “limpiar inicialmente el humor melancólico con purgantes y después, propone realizar incisiones precisas alrededor del tumor sin dejar una sola raíz”. Recomendó exprimir los vasos sangrantes y sugirió no usar ligaduras ya que provocaban recurrencias en tejidos vecinos. (Beltrán, 2010, p.2).

Muy poco progreso hubo durante la edad media. Los postulados de Hipócrates y Galeno, persistieron durante este período, considerando casi una herejía su cuestionamiento. El concilio de Tours en 1162, no recomendó la cirugía como tratamiento del C. M. (Beltrán, 2010).

De acuerdo con el mismo autor, fue durante la época del renacimiento entre los siglos XV y XVI, sobre todo en los años 1450-1550, cuando artistas, pintores y escultores-científicos como Miguel Ángel y Leonardo da Vinci, mostraron parte de la anatomía humana en sus pinturas y esculturas, conocimientos que posiblemente obtuvieron al

realizar disecciones sobre cadáveres humanos, procedimientos prohibidos en esa época.

Beltrán (2010) menciona que los conocimientos de anatomía y desarrollo de instrumentos de la época dieron paso al tratamiento quirúrgico de los tumores mamarios, mediante la mastectomía total, la cual era realizada utilizando un instrumento circular con cuchillas en su interior a manera de guillotina, colocando la mama entre las dos hojas de la pinza, haciendo el corte con el cierre de las mismas. “Otra técnica consistía en la colocación de riendas en los bordes de la mama en forma circular, jalándolas hacia arriba, haciendo un corte rápido en toda la base de la glándula con un instrumento cortante con una sola maniobra. Para la hemostasia se utilizaba el hierro candente y compresión”. (Beltrán, 2010, p.2)

Finalmente, “el concepto de curación del cáncer de mama con cirugía, fue postulado por Jean Louis Petit, afirmando que las raíces del cáncer son los ganglios linfáticos crecidos. Los ganglios deben ser buscados y extirpados con la fascia pectoral y algunas fibras del músculo deben removerse sin dejar cualquier tejido sospechoso”. (Beltrán, 2010, p.2).

Beltrán (2010) menciona que, gracias a la introducción de la anestesia general en el año 1846, se propusieron cirugías más radicales, recomendado la resección completa de la mama y el corte de los extremos superiores de los músculos pectorales para obtener una mayor exposición de la axila durante la disección ganglionar. Es interesante mencionar a Billrot, quien trató al cáncer de mama con “lumpectomía”, en etapas tempranas, recomendando, sin embargo, la extirpación completa de la mama en etapas avanzadas. (p. 3)

A pesar de los procedimientos quirúrgicos recomendados en esa época, existían voces pesimistas que dudaban de la curación de esta enfermedad. Treinta años después Halsted, (hipótesis enfermedad local),

pronunció su hipótesis de diseminación ordenada del cáncer mamario, al afirmar que el cáncer se originaba en la mama, para después, a través de los linfáticos extenderse a los ganglios axilares; atribuyó la alta tasa de recurrencia a la falta de lograr márgenes adecuados y proponía la resección en bloque de la mama incluyendo gran porción de la piel que la recubre, los músculos pectorales mayor, menor y el contenido celulo-adiposo ganglionar de la axila, desde el borde anterior del dorsal ancho por fuera hasta el ligamento costo-clavicular por dentro. (Beltrán, 2010, p. 3).

Nuevamente Halsted, reportó sus resultados en el año 1907, con sobrevividas del 85 % libre de enfermedad a 3 años, cuando en los ganglios axilares resecaados no se encontraron metástasis, disminuyendo al 34 % cuando estaban afectados (Halsted, 1894 citado en Beltrán, 2010).

Siguiendo con Beltrán (2010) “la mastectomía radical Tipo Halsted, se popularizó y fue la intervención quirúrgica estándar durante varias décadas, produjo una baja muy significativa en las recurrencias loco-regionales y marcó el inicio del tratamiento moderno de esta enfermedad”. (p. 3).

Es importante mencionar que el cáncer de mama ha sido una enfermedad presente desde hace mucho tiempo y ha tenido como consecuencia una tasa de mortalidad alta, sin duda alguna, las diferentes alternativas de tratamiento han sido perfeccionadas y se han generado nuevos métodos que permiten una atención particular de acuerdo al caso de cada paciente, no obstante, a pesar de los esfuerzos que se han hecho para combatir esta enfermedad, hasta el día de hoy, continua una enorme incidencia, siendo el cáncer de mama una de las primeras causas de muerte en nuestro país.

## 1.2 Epidemiología

De acuerdo con Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs & Poitevin, (2013) el cáncer de mama es considerado la primera causa de muerte en la mujer por neoplasias mamarias a nivel mundial con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo.

Aún con la difusión que se ha hecho acerca de la autoexploración y la realización de la mamografía a partir de las edades de riesgo, parecen no ser suficientes los esfuerzos por disminuir la incidencia de la misma, aumentando los casos y siendo éstos diagnosticados en gran parte en etapas avanzadas.

El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control (Cárdenas et al, 2013).

A pesar de que México no es el país con el grado más alto de incidencia, el cáncer de mama ha representado un grave problema de salud pública, ya que sigue aumentando el número de casos diagnosticados y de la misma manera se ha elevado el número de defunciones en mujeres a causa de esto (Cárdenas et al. 2013).

Según Cárdenas et al (2013), el aumento en la prevalencia de los factores de riesgo y la falta de un programa nacional de detección oportuna integral, resulta en un diagnóstico del cáncer de mama en etapas tardías hasta en un 52%.

Lo anterior es una estadística significativa y alarmante, considerando que más de la mitad de las mujeres que son diagnosticadas llegan en etapas tardías en las cuales en algunos casos el tratamiento sólo llega a ser paliativo ante los síntomas debido a la fase en la que se encuentra y en muchas otras ocasiones el fallecimiento de la paciente es inminente.

En cuanto a la magnitud actual del cáncer de mama en México, a partir de 2006 éste ocupa el primer lugar de mortalidad por tumor maligno en las mujeres mayores de 25 años, desplazando de esa posición al cáncer cervicouterino. En el año 2010 la tasa estandarizada de mortalidad fue de 18.7 por 100 mil mujeres de 25 y más años, lo que representa un incremento del 49.5% en los últimos 20 años. (Cárdenas, et al., 2013, p. 6).

El análisis de la mortalidad por área geográfica muestra diferencias notorias por entidad federativa, con las tasas más altas en los estados del centro y norte. Seis estados concentraron la mitad de las muertes por cáncer de mama en 2010: Distrito Federal (13.4%), México (12.4%), Jalisco (8.2%), Veracruz (6.4%), Nuevo León (6%) y Guanajuato (3.8%). En el periodo de 1990 a 2010, la tasa de mortalidad por cáncer de mama aumentó en todos los estados, siendo los de mayor incremento Chihuahua, Coahuila y Guerrero, con aumentos de más de 200%; en contraste, aquellos con menor elevación fueron: Aguascalientes, Durango y Baja California. (Cárdenas et al, 2013, p. 6).

Los mismos autores refieren que al igual que en el resto del mundo, la tasa de mortalidad se eleva con la edad, de tal forma que ésta es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del cáncer de mama.

Entre 1990 y 2000 hubo incrementos sustanciales en las tasas de mortalidad en las mujeres de 50 a 69 años y mayores de 79 años de edad, mientras que entre 2000 y 2010 dicho aumento se acentuó a partir de los 60 años. Cabe señalar que por cada muerte ocurrida en mujeres de 25 a 49 años por cáncer de mama en 2010 hubo 2.5 defunciones en mujeres de 50 años en adelante. La edad media al momento de morir por

cáncer de mama sólo se ha incrementado en 0.5% entre 1990 y 2010, pasando de 58.4 a 58.8 en el mismo periodo. (Cárdenas, 2013, p, 7).

Finalmente, es importante considerar que los datos estadísticos muestran una incidencia y prevalencia que ha puesto en alerta al sistema de salud, ya que el cáncer de mama es un grave problema que afecta a la mujer mexicana, siendo la edad un notable factor de riesgo con un aumento en los diagnósticos después de los 50 años, el diagnóstico también se ha presentado en mujeres menores a 30 años, lo cual permite conocer que no se puede estar exenta del padecimiento y resulta fundamental que se realice la autoexploración como uno de los principales elementos preventivos ante dicho padecimiento.

Por otro lado, al hablar de epidemiología indiscutiblemente se habrá de contemplar la prevención, el papel del psicológico es trascendental en la promoción de conductas y creencias respecto a la salud que permitan llevar información y difusión de datos a los diferentes sectores de la población y por medio de ellos, las mujeres conozcan los riesgos, implicaciones y consecuencias de dicho padecimiento, con la finalidad de contribuir como profesionales de la salud en el diagnóstico oportuno y tener una mayor probabilidad en cuanto a su recuperación. Así también, las creencias respecto a la salud enfatizan en la divulgación de nuevos hábitos que permitan adquirir factores de protección y en consecuencia disminución de los factores de riesgo ante la aparición del cáncer de mama.

En cuanto al ámbito correctivo, el papel del psicólogo no es menos importante. La Psicooncología, el acompañamiento terapéutico en las diferentes fases de la enfermedad y la psicoprofilaxis quirúrgica son elementos que coadyuvan al tratamiento médico, siendo el trabajo multidisciplinario fundamental por el alto impacto que el cáncer de mama tiene en todas las esferas del individuo. A consecuencia de esto, en los últimos años se han aumentado el número de estudios que revelan como el estado psicológico de las personas influye en su sistema inmunológico, por lo que se sigue

abriendo el camino para la salud mental dentro del ámbito hospitalario. Algunas de las investigaciones que corroboran lo antes mencionado, son las siguientes:

Se demostró que uno de los mecanismos autorreguladores del sistema inmunológico, como es la liberación de histamina (molécula biológica de tipo amina que actúa como neurotransmisor en el sistema nervioso central) puede producirse ante la presencia de un estímulo que tiene carácter agresivo al propio sistema inmunológico. (Russell, Dark, Cummins, Ellman, Callaway, & Peeke, 1984 citado en Ortega, 2011).

En España se destaca la investigación llevada a cabo por Bayés sobre los efectos del estrés psicológico en la respuesta linfocitaria a los mitógenos (agentes que intervienen en el ciclo celular y que estimulan la activación de linfocitos), cuyos resultados sugieren una menor reactividad linfocitaria en las personas que informan en los niveles subjetivos más elevados de estrés. (Bayés, 1995, citado en Ortega, 2011).

Otros autores como Cardinali sostienen que la utilidad de la Psiconeuroinmunología es estudiar la vinculación entre los diferentes sistemas que participan en la ecuación salud-enfermedad, como las emociones, el estrés, la inmunidad, la personalidad, infecciones y enfermedades infecciosas, etc. (Cardinali, 2007, citado en Ortega, 2011).

Las investigaciones anteriores forman parte de los estudios que se han hecho a lo largo de los años intentando demostrar científicamente la vinculación emoción-estrés-enfermedad. Sin embargo, a pesar de la evidencia cualitativa que se tiene de la relación entre estos factores, aún no se logran obtener muestras médicas o estudios estandarizados que evidencien las repercusiones tanto favorables como desfavorables del estado mental y emocional del sujeto en su salud.

### **1.3 Factores de riesgo vinculados a la etiología**

Aunque en la actualidad todavía no existen datos concretos respecto a las causas que originan el cáncer de mama, algunas investigaciones y evaluación de los casos han

sugerido algunos factores que pueden estar íntimamente vinculados con el origen de esta enfermedad.

Respecto a lo anterior Huicochea, González, Tovar, Olarte, y Vázquez (2009) refieren la realización de un estudio acerca de los factores de riesgo vinculados al cáncer de mama y proponen los siguientes aspectos como los factores que vulneran en mayor grado a una mujer a desarrollar dicho padecimiento.

- Tanto la edad y el sexo femenino son los mayores factores de riesgo para cáncer de mama. La relación entre hombres y mujeres es aproximadamente de 100 a 1.
- La incidencia se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada 10 años hasta la menopausia, a partir de la cual el ritmo de crecimiento disminuye. En México el grupo de edad más afectado es el de 40-49 años.
- El riesgo de cáncer de mama se modula por factores que afectan el ambiente hormonal. La exposición acumulativa durante la vida determina el nivel de riesgo ambiental.

En contraste con lo anterior, Cárdenas et al. (2013) refieren los siguientes factores de riesgo categorizándolos en cuatro principales áreas.

### **1.3.1 Biológicos**

- Sexo femenino.
- Envejecimiento: A mayor edad, mayor riesgo.
- Antecedente personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas.
- Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia.
- Vida menstrual mayor a 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).



- Densidad mamaria.
- Ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2.

### **1.3.2 Latrógenos o ambientales**

- Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in utero, en la adolescencia).
- Tratamiento con radioterapia en tórax.

### **1.3.3 Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos**

- Nuliparidad.
- Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años.

### **1.3.4 Factores de riesgo relacionados con estilo de vida**

- Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.
- Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.
- Obesidad, principalmente en la posmenopausia.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol mayor a 15 g/día.
- Tabaquismo.

Finalmente, añade que la promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población. Se debe orientar a las mujeres acerca de su responsabilidad en el autocuidado de la salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover los estilos de vida sanos como:

- Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales.

- Práctica de ejercicio físico moderado, que se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de mama en la población general.
- Consumo de ácido fólico.
- Amamantar, por lo que debe incluirse entre las ventajas de la lactancia materna.
- Mantener un adecuado índice de masa corporal pues el elevado ( $> 30$ ) se asocia con un incremento significativo en el riesgo de cáncer de mama en posmenopáusicas. (Cárdenas, et al. 2013).

La búsqueda de los factores que desencadenan cáncer de mama ha sido un trabajo arduo de investigación desde hace tiempo, esto con la finalidad de generar programas de prevención ante la incidencia de la enfermedad. No obstante, no se ha identificado con exactitud un factor o factores que generen cáncer de mama, lo que ha servido para comprender que esta enfermedad es de etiología multifactorial y que los factores de riesgo mencionados anteriormente vulneran ante el padecimiento más no determinan la presencia del cáncer.

#### **1.4 Síntomas y diagnóstico**

Con base en la revisión de la literatura, es importante mencionar que el cáncer y en particular cáncer de mama, se presenta como una enfermedad asintomática, es decir, las mujeres pueden presentar la neoplasia sin siquiera saberlo durante muchos años. Esta es la principal causa por la que un alto porcentaje de los diagnósticos se hacen cuando el cáncer se encuentra en una etapa avanzada, ya que es en estas fases es donde comienza la sintomatología.

Respecto a lo anterior es importante resaltar que en las primeras fases puede no estar presente una sintomatología que resulte alarmante para la paciente, no obstante, existen indicativos que se contemplan y son una señal de alarma ante un posible diagnóstico.

El centro para el control y prevención de enfermedades (2016) menciona que los signos de advertencia del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona. Algunas personas no tienen ningún tipo de signos o síntomas. Una persona puede descubrir que tiene cáncer de mama por medio de una mamografía de rutina y enuncia las siguientes señales de advertencia del cáncer de mama:

- Un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo).
- Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama.
- Irritación o hundimientos en la piel de la mama.
- Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama.
- Hundimiento del pezón o dolor en esa zona.
- Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre.
- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Dolor en cualquier parte de la mama.

Así también, es importante mencionar que la presencia de algunas de las señales listadas pueden presentarse sin que el diagnóstico sea cáncer de mama y estas pueden ser consecuencia de alguna otra disfunción. Para poder descartar las posibilidades es importante que la paciente se someta a una serie de revisiones que incluyen estudios de imagen y análisis celular para un diagnóstico certero o descartar el mismo.

En cuanto al diagnóstico Beltrán (2010) menciona que “con mayor frecuencia el tumor es encontrado inicialmente por la paciente durante su aseo personal o con las maniobras de auto-exploración en las mujeres que la practican, notando una deformación, protuberancia o retracción de la piel de la mama o del complejo areola pezón, signos sugestivos de un tumor maligno subyacente” (p. 6).

El mismo autor señala que el estudio clínico de una paciente con sospecha de cáncer de mama debe iniciarse con una historia clínica completa que incluya en particular, datos de factores de riesgo ya

señalados. La exploración física de las glándulas mamarias debe incluir la inspección y palpación de las mismas, tanto en la posición sentada como acostada, incluyendo las regiones axilares y supraclaviculares. Los estudios auxiliares de diagnóstico necesarios para una estadificación adecuada de la enfermedad deben ser: ultrasonido, mastografía bilateral, radiografía de tórax, ultrasonido de hígado y en etapas más avanzadas de Ila, rastreo óseo. (Beltrán, 2010, p. 10).

En conclusión, es importante mencionar que los estudios de imagen siguen siendo las principales herramientas empleadas para el diagnóstico del cáncer de mama, el motivo por el cual son sugeridos es por dos razones:

- Estudios de rutina
- Detección de alguna anomalía ya sea bulto o cambio en la apariencia de la mama a través de la autoexploración.

#### **1.4.1 Autoexploración**

Según la Práctica Médica Efectiva [PME] (2007) existen diversas formas de exploración mamaria: Se realiza cada mes, preferentemente entre el 7º y 10º día del inicio de la menstruación. Las mujeres con histerectomía o posmenopáusicas, podrán realizarlo el primer día de cada mes o un día fijo elegido por ellas.

De acuerdo con PME (2007) la autoexploración debe realizarse en una habitación muy iluminada, de pie frente a un espejo con los brazos relajados colocados en ambos lados del cuerpo. La paciente deberá:

- Observar la simetría, contornos, aspecto de la piel, coloración, zonas de hundimiento y/o retracción de la piel o del pezón de ambas glándulas mamarias.
- Repetir los mismos pasos apoyando las manos sobre las caderas.

- Palpar sus mamas con la yema de los dedos, puede hacerlo durante la ducha con la piel enjabonada o recostada en la cama.
- Revisar ambas axilas y el cuello, en estos lugares puede aparecer crecimiento de ganglios debido a metástasis.
- Tomar el pezón entre los dedos pulgar e índice y presionar para comprobar si sale líquido (secreción serosanguinolenta).

Es necesario que el médico general le recuerde a la mujer durante la consulta, la importancia de poner atención en el cuadrante superior externo de ambas mamas, ya que aquí se presenta hasta 50% de las neoplasias. El médico general siempre debe realizar la exploración de la glándula mamaria durante la consulta, así como enseñar y alentar a la mujer a realizarla por sí misma una vez al mes. En aquellas mujeres mayores de 40 años, siempre se deberá solicitar estudio de tamizaje (mastografía bilateral) (PME, 2007).

#### **1.4.2 Mamografía**

Huicochea, et al. (2009) refieren que “la mamografía es el principal método de imagen para detectar cáncer de mama de forma temprana por su sensibilidad y especificidad aceptable, costo-efectividad, reproducibilidad e identificación de microcalcificaciones” (p. 119).

Una investigación realizada por Gotzche y Nielsen sugiere que el tamizaje con mamografía probablemente reduzca la mortalidad por cáncer de mama. Pero, la magnitud del efecto no se ha definido porque varía significativamente con la edad de las pacientes. (Gotzche y Nielsen 2011, citado en Abugattas, Manrique & Vidaurre, 2015).

Los mismos autores refieren que el tamizaje mamográfico para mujeres entre 50 y 69 años está recomendado de manera global ya que hay evidencia de la reducción significativa de las muertes debida a cáncer de 14% en el grupo de mujeres de 50 a

59 años y de 32% en el grupo de 60 a 69 años; la mayor reducción en el grupo de mujeres mayores refleja el aumento de sensibilidad del tamizaje mamográfico con la edad que está asociado a la disminución de la densidad mamaria y al crecimiento tumoral más lento. (Gotzche y Nielsen 2011, citado en Abugattas, Manrique & Vidaurre, 2015).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (2003) la mamografía se debe realizar anualmente o cada dos años a partir de los 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y de forma anual a toda mujer de 50 años o más y a las pacientes que hayan tenido un familiar (madre o hermana) con cáncer de mama antes de los 40 años se le debe realizar un primer estudio diez años antes de la edad en que se presentó el cáncer en el familiar y posteriormente de acuerdo con los hallazgos clínicos el especialista determinará el seguimiento.

La mamografía es el método de imagen de elección para el diagnóstico de cáncer, con una sensibilidad del 85-93%, aunque aproximadamente el 10% de los cánceres palpables no se identifican por este método. Se indica para evaluar alguna anomalía detectada por tamizaje o por clínica en las mujeres mayores de 35 años, realizando proyecciones adicionales u otros métodos de diagnóstico en conjunto para definir mejor el área de interés. (Norma Oficial Mexicana, 2003).

### **1.4.3 Ultrasonido mamario**

El ultrasonido mamario es un estudio de imagen que no utiliza radiación. Envía señales sonoras a una frecuencia muy alta, las cuales rebotan en los tejidos y son captadas nuevamente por el aparato y traducidas en imágenes. Es el mismo sistema que utilizan los murciélagos, que son ciegos, para volar sin chocar. En general, el ultrasonido muestra las características físicas de los tejidos; es decir, si son sólidos, líquidos o mixtos. También informa si la estructura que estudia tiene paredes delgadas o gruesas. El ultrasonido es una forma de obtener información

complementaria a aquella que se obtiene a través de la mastografía. La mayor desventaja de este estudio es que no detecta microcalcificaciones (pequeños depósitos de calcio en el tejido mamario), que en ocasiones acompañan al cáncer de mama (Castorena, 2010, p. 24).

Por otro lado, la Asociación Mexicana de Cirugía General y la Federación Mexicana de Colegios de Especialistas en Cirugía General (2017) mencionan que el ultrasonido de mama se ha utilizado sobre todo para distinguir quistes de masas sólidas. No obstante, diversos estudios de investigación han permitido mejorar la caracterización de las lesiones y hallazgos relacionados con malignidad y benignidad.

En 1995, Stravros, Thickman, Rapp, Dennis, Parker y Sisney demostraron en un estudio que las características relacionadas con benignidad incluyen dos o tres lobulaciones suaves, forma oval, una capsula delgada, ecotextura de homogeneidad ecogénica y reforzamiento del sonido, las características malignas del ultrasonido mamario incluyen formas irregulares, eje de la masa más alto que ancho, márgenes angulares, microcalcificaciones adjuntas y sombra acústica superior. Con estas propiedades ecográficas, su valor predictivo negativo es de 95.5% y posee una sensibilidad de 98.4% para el diagnóstico de tumoración maligna. Estos resultados son hasta ahora la piedra angular de la caracterización por ultrasonido de las lesiones mamarias. (Stavros, Thickman, Rapp, Dennis, Parker, y Sisney, 1995, citado en Asociación Mexicana de Cirugía General y la Federación Mexicana de Colegios de Especialistas en Cirugía General, 2017).

#### **1.4.4 Imágenes por resonancia magnética (mri) de los senos**

De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2017) una MRI de los senos se utiliza a menudo en las mujeres que ya han sido diagnosticadas con cáncer de seno para ayudar a medir el tamaño del cáncer, identificar otros tumores en el seno y para detectar tumores en el seno opuesto. Para algunas mujeres con alto riesgo de tener cáncer de seno, se recomienda una MRI de detección junto con una mamografía anual.

La MRI no se recomienda como prueba de detección por sí sola, ya que podría no detectar algunos casos de cáncer que la mamografía sí encontraría.

Aunque la MRI puede encontrar algunos cánceres que no se ven en la mamografía, resulta más probable que encuentre algo que resulte no ser cáncer (llamado resultado positivo falso). Los hallazgos positivos falsos tienen que verificarse para confirmar que no hay cáncer. Esto puede conllevar más pruebas y/o biopsias. Por esta razón, la MRI no se recomienda como una prueba de detección para mujeres con un riesgo promedio de cáncer de seno, porque conllevaría biopsias y otras pruebas innecesarias en muchas de estas mujeres. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017)

De acuerdo con la Sociedad Americana contra el cáncer (2017) al igual que las mamografías se hacen con equipos de rayos X diseñados especialmente para los senos, las MRI de los senos también requieren de un equipo especial. Esta máquina de MRI se llama MRI con bobinas específicas de mama. No todos los hospitales y centros de diagnóstico por imágenes tienen los equipos para realizar este estudio.

Si se realiza una MRI de detección, es importante que se haga en un centro que cuente con el equipo que pueda hacer biopsias de los senos guiadas por MRI (o socios con una instalación donde se puedan hacer). Las MRI utilizan imanes potentes en lugar de radiación para producir imágenes transversales muy detalladas del cuerpo. Una MRI toma imágenes desde muchos ángulos, como si se estuviera mirando una sección del cuerpo de frente, de costado, o por encima de la cabeza. Este estudio crea imágenes de partes del tejido blando del cuerpo que a veces son difíciles de ver cuando se emplean otros estudios por imágenes. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

#### **1.4.5 Biopsias**

Una biopsia es un procedimiento que consiste en extraer algunas células de la mama y llevar a cabo un estudio microscópico en donde las células se pueden extraer con



una guja o mediante una cirugía para extraer parte o todo el tumor. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

El análisis por biopsia es un estudio que se realiza cuando otras pruebas realizadas anteriormente indican la probabilidad de que el cáncer esté presente en la mama, siendo este procedimiento el único método para confirmar o descartar que existan células cancerosas en el área sobre la cual se tenga sospecha.

Así también “el diagnóstico de las lesiones mamarias se realiza sobre la información obtenida de las pacientes de su historia clínica, una exploración clínica minuciosa y la prueba de diagnóstico por la imagen, especialmente la mamografía” (Sierra, Piñero e Illana, 2006, p. 344, 345).

Sierra et al (2006) reafirman que el principal objetivo de la biopsia como procedimiento diagnóstico es descartar o confirmar la existencia de un carcinoma mamario en las lesiones detectadas tanto clínica como mamográfica y/o ecográficamente y para ello refieren que el cirujano debe indicarla en las siguientes circunstancias fundamentalmente:

- Lesiones clínicamente palpables sospechosas o “ciertas” de carcinoma
- Lesiones previamente sometidas a estudio citológico de muestras con informes no concluyentes, tales como “material insuficiente”.
- Lesiones mamográficamente sospechosas sean palpables clínicamente o no.
- Cualquier lesión cutánea o axilar sospechosa sobre todo en pacientes con historia familiar de carcinoma mamario o antecedente personal de haber sido tratado de cáncer de mama.
- Pacientes con mamografía normal pero que presentan clínicamente una tumoración de nueva aparición.
- Presencia de tumoración sin signos clínicos de sospecha pero que la paciente demande biopsia de la misma por motivos personales justificados. P. 344, 345.

De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2017) existen diferentes tipos de biopsias las cuales se emplean tomando en cuenta las siguientes condiciones:

- Qué tan sospechoso aparenta ser el cambio
- El tamaño
- La localización en el seno
- Si hay más de uno
- Otros problemas de salud que se tengan
- Preferencias personales

Tomando en cuenta las características particulares de cada uno de los casos, así como las ventajas y desventajas para la paciente se determina el tipo de procedimiento por biopsia a realizar los cuales se clasifican de la siguiente manera.

#### **1.4.5.1 Biopsia por aspiración con aguja fina (fna)**

En una biopsia por aspiración con aguja fina (FNA), se utiliza una aguja hueca y muy fina para extraer (aspirar) mediante una jeringa una pequeña cantidad de tejido de la región que causa sospecha. Para esta biopsia, se utiliza una aguja más delgada que la aguja usada en las pruebas sanguíneas (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

#### **1.4.5.2 Biopsia por punción con aguja gruesa**

En una biopsia por punción con aguja gruesa se utiliza una aguja más grande para tomar muestras de los cambios del seno que el médico palpó o que se observó en una ecografía, un mamograma o una MRI (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

#### **1.4.5.3 Biopsia quirúrgica (abierta)**

En pocas ocasiones, es necesario realizar una cirugía para extirpar toda o parte de una masa con el fin de examinarla. Este procedimiento se conoce como biopsia

quirúrgica o abierta. Con más frecuencia, el cirujano extirpa la masa o el área anormal totalmente, así como el margen alrededor de tejido mamario normal (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

De acuerdo con el mismo autor hay dos tipos de biopsia quirúrgica:

- En una biopsia por incisión solamente se extrae una parte del área que causa sospecha; se obtiene suficiente para hacer un diagnóstico.
- Una biopsia por escisión extrae todo el tumor o área anormal, con o sin el intento de extraer un borde del tejido mamario normal (dependiendo de la razón para la biopsia).

#### **1.4.5.4 Biopsia de los ganglios linfáticos**

Es posible que el médico también requiera realizar una biopsia de los ganglios linfáticos axilares para saber si hay propagación del cáncer. Esto podría hacerse al mismo tiempo que la biopsia del tumor del seno, o cuando se extirpa el tumor durante la cirugía. Esto se hace mediante una biopsia con aguja, o una biopsia del ganglio linfático centinela, y/o una disección de los ganglios linfáticos axilares. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

En conclusión a lo anterior, es importante que las campañas de prevención hagan hincapié en los principales indicativos o señales de riesgo que puedan sugerir un diagnóstico de cáncer de mama, la autoexploración y la mamografía son de las principales técnicas mediante las cuales se detectan anomalías en la mama, no obstante, en la actualidad existen muchos más procedimientos que son utilizados para confirmar el diagnóstico y evaluar la fase o implicación que tiene el tumor en la mama, esto a través de biopsias y estudios de imagen que serán sugeridos de acuerdo al caso de cada paciente.

## **1.5 Fases del cáncer de mama**

La Sociedad Americana contra el Cáncer (2017) refiere que los médicos hablan de etapas del cáncer. Esta es una manera de definir qué tan grande es el tumor y cuánto se ha propagado.

A continuación, se presenta la siguiente clasificación en la que el autor describe las etapas de acuerdo al progreso de la enfermedad.

### **1.5.1 Etapa 0**

Es el carcinoma ductal in situ (DCIS), un precáncer de seno. Muchos consideran al DCIS la forma más temprana del cáncer de seno. En el DCIS, las células cancerosas continúan localizadas en el interior de un conducto y no han invadido más profundamente el tejido adiposo circundante del seno.

La enfermedad de Paget del pezón (sin una masa tumoral subyacente) también es etapa 0. En todos los casos, el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos ni a áreas distantes. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

### **1.5.2 Etapa IA**

El tumor mide 2 cm (aproximadamente 3/4 de pulgada) o menos de ancho, y no se ha propagado a los ganglios linfáticos ni a áreas distantes. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

### **1.5.3 Etapa IB**

El tumor mide 2 cm o menos (o no se detecta) de ancho con micrometástasis en uno a tres ganglios linfáticos axilares (el cáncer en los ganglios linfáticos de la axila mide más de 0.2 mm de ancho y/o contiene más de 200 células, pero no mide más de 2

mm). El cáncer no se ha propagado a áreas distantes. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

#### **1.5.4 Etapa IIA**

El tumor mide 2 cm o menos de ancho (o no es detectado) y cualquiera de lo siguiente está presente:

El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo), y el cáncer en los ganglios linfáticos mide más de 2 mm de ancho, se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos (ganglios cercanos al esternón) en la biopsia de ganglio centinela, o, el cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares y a ganglios linfáticos mamaros internos (encontrados en la biopsia de ganglio centinela).

El tumor mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm (alrededor de 2 pulgadas) de ancho, pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos. El cáncer no se ha propagado a áreas distantes. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

#### **1.5.5 Etapa IIB**

El tumor mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm de ancho. El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

#### **1.5.6 Etapa IIIA**

El tumor no mide más de 5 cm de ancho (o no se pudo encontrar). Se propagó a entre cuatro y nueve ganglios linfáticos axilares, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.

El tumor mide más de 5 cm de ancho, pero no ha invadido la pared torácica ni la piel. Se propagó a entre uno a nueve ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios mamarios internos. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

### **1.5.7 Etapa IIIB**

El tumor ha crecido en la pared torácica o en la piel, y uno de los siguientes criterios está presente:

- El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos.
- El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamarios internos en la biopsia de ganglio centinela.
- Se propagó a entre cuatro y nueve ganglios linfáticos axilares, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos.
- El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.
- El cáncer inflamatorio de seno se clasifica como T4d y está al menos en etapa IIIB. Si se ha propagado a muchos ganglios linfáticos cercanos, podría estar en etapa IIIC, y si se ha propagado a ganglios linfáticos distantes o a órganos estaría en etapa IV. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2017).

### **1.5.8 Etapa IIIC**

El tumor puede ser de cualquier tamaño (o no puede ser encontrado), y existe una de las siguientes situaciones:

- Propagación del cáncer a 10 o más ganglios linfáticos axilares.
- Propagación del cáncer a los ganglios linfáticos debajo de la clavícula (ganglios infraclaviculares).

- Propagación del cáncer a los ganglios linfáticos sobre la clavícula (ganglios supraclaviculares).
- El cáncer afecta a los ganglios linfáticos axilares y ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos.
- El cáncer se ha propagado a cuatro o más ganglios linfáticos axilares, y se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamarios internos en la biopsia de ganglio centinela.
- El cáncer no se ha propagado a sitios distantes. (Sociedad Americana contra el cáncer, 2017).

#### **1.5.9 Etapa IV**

El cáncer puede ser de cualquier tamaño y podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. Se ha propagado a órganos distantes o a ganglios linfáticos distantes al seno. Los lugares donde el cáncer se propaga con más frecuencia son los huesos, el hígado, el cerebro o los pulmones.

Tomando como referencia las etapas propuestas anteriormente por La Sociedad Americana contra el Cáncer (2017) es de suma importancia resaltar que el conocimiento tanto de las fases como del proceso de la enfermedad brinda una pauta para determinar el tipo de intervención a la que será sometida la paciente y a su vez evaluar el tipo de tratamiento tanto médico como psicológico que se adapte mejor a las necesidades de la misma. Las intervenciones psicológicas a su vez se enfocan en los efectos secundarios del tratamiento, qué tan agresivo es éste, las diferentes alternativas que tiene la paciente, los cambios que enfrentará, e incluso, en algunos casos el acompañamiento en conjunto con otros especialistas realizando así un trabajo multidisciplinario.

## **1.6 Tratamientos médicos**

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la elección del tratamiento dentro del cáncer de mama será específico en cada paciente y estará en función de las características físicas, la fase en que se encuentra el tumor, así como la gravedad del mismo.

La pauta para determinar el tipo de tratamiento se obtiene a través de los resultados arrojados por estudios de imagen en los que se diagnostica el tumor, es así, que el médico puede determinar la manera en que se le tratará a la paciente, ya sea a través de un procedimiento particular o la combinación de dos o más tratamientos en casos en que esto sea necesario.

A continuación, se explican los principales tratamientos empleados en cáncer de mama.

### **1.6.1 Quimioterapia**

La Sociedad Americana contra el Cáncer (2016) refiere que algunas mujeres con cáncer de seno recibirán quimioterapia para tratar el cáncer de seno, la quimioterapia impacta en todo el cuerpo de una mujer, no sólo su seno, es por ello que puede causar muchos efectos secundarios diferentes, pero no todas las mujeres padecerán los mismos.

El mismo autor refiere que la quimioterapia es un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se pueden administrar por vía intravenosa (inyectados en la vena) o por vía oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo.

La Sociedad Americana contra el Cáncer (2016) refiere que no todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tendrán que someterse a la



quimioterapia, no obstante, se plantean dos momentos en los que ésta se aplica, los cuales se mencionan a continuación.

#### **1.6.1.1 Quimioterapia adyuvante (Después de la cirugía)**

La quimioterapia adyuvante se utiliza después de la cirugía para tratar de eliminar las células cancerosas que puedan haber quedado o que se hayan propagado, pero que no pueden verse, ni siquiera en estudios por imágenes. Si a estas células se les permitiera crecer, podrían establecer nuevos tumores en otras partes del cuerpo. La quimioterapia adyuvante puede reducir el riesgo de que el cáncer de seno regrese. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016).

#### **1.6.1.2 Quimioterapia neoadyuvante (Antes de la cirugía)**

Se administra la quimioterapia neoadyuvante antes de la cirugía. Este tratamiento se puede emplear para reducir el tamaño del tumor de modo que se pueda extirpar mediante una cirugía menos extensa. Por este motivo, la quimioterapia neoadyuvante se emplea a menudo para tratar los cánceres que son demasiado grandes como para ser extraídos al momento del diagnóstico (cánceres localmente avanzados). Además, al administrar quimioterapia antes de extraer el tumor, los doctores pueden evaluar mejor cómo responde el cáncer. Si no se reduce el tamaño del tumor con el primer grupo de medicamentos, el médico evaluará si es necesario incluir otros medicamentos. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016).

De acuerdo con el mismo autor, en la mayoría de los casos (especialmente como tratamiento adyuvante o neoadyuvante), la quimioterapia es más eficaz cuando se usan combinaciones de más de un medicamento.

Actualmente, los médicos emplean muchas combinaciones diferentes, y no queda claro que una sola combinación sea evidentemente mejor que otra y el tratamiento seleccionado dependerá de la situación particular de cada paciente.

## 1.6.2 Radioterapia

De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2016) algunas mujeres con cáncer de mama necesitarán radiación, a menudo con otros tratamientos. La necesidad de radiación depende de qué tipo de cirugía se realizó, si su cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a algún otro lugar en su cuerpo, y en algunos casos, de su edad. Puede que reciba un solo tipo de radiación, o una combinación de diferentes tipos.

Según la misma fuente, la radioterapia es un tratamiento que usa rayos o partículas de alta energía (como los rayos X) para eliminar las células del cáncer. Hay dos tipos principales de radioterapia que se pueden usar para tratar el cáncer de seno:

- Radioterapia externa: este tipo de radiación proviene de una máquina que está fuera del cuerpo.
- Radiación interna (braquiterapia): para este tratamiento, una fuente radiactiva se coloca dentro del cuerpo por un corto tiempo.

### *¿Cuándo se usa la radioterapia?*

De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2016) no todas las mujeres con cáncer de seno necesitan radioterapia, aunque se puede utilizar en varias situaciones las cuales se describen a continuación:

- Después de la cirugía con conservación del seno para ayudar a reducir la probabilidad de que el cáncer regrese en el seno o en los ganglios linfáticos adyacentes.
- Después de una mastectomía, especialmente si el cáncer medía más de 5 cm (aproximadamente 2 pulgadas), o si se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos.

- Si el cáncer se ha propagado a otras partes del cuerpo, tal como los huesos o el cerebro.

La radioterapia al igual que la quimioterapia puede no ser aplicada en todos los casos de cáncer de mama, no obstante, en muchos de los casos funciona como tratamiento coadyuvante a los procedimientos quirúrgicos para evitar que el cáncer vuelva a desarrollarse.

### **1.6.3 Intervención quirúrgica**

La Fundación contra el Cáncer (2013) refiere que la cirugía se realizará bajo anestesia general. El cirujano extirpará el tumor y algunos ganglios linfáticos en la misma operación mediante uno de dos métodos:

- Extirpación del tumor o una parte de la mama que incluye el tumor, pero sin extirpar la mama en su totalidad, lo cual se llama cirugía conservadora de la mama.
- Extirpación de toda la mama, pero no los músculos y la piel que la rodean. Esto se llama mastectomía total.

La elección entre la cirugía conservadora de la mama y la mastectomía total depende de las características del tumor, del tamaño de la mama y de las preferencias de la paciente. Algunas pacientes requieren mastectomía a causa del tamaño de tumor, de las múltiples localizaciones del tumor(es) en la mama u otras razones. Esto tiene que ser discutido con los médicos. (Fundación contra el cáncer, 2013).

De acuerdo con el mismo autor algunas pacientes reciben algún tratamiento neoadyuvante con la intención de reducir el tamaño del tumor y de permitir la operación quirúrgica que conserve la mama. Una vez el tratamiento neoadyuvante ha producido sus efectos, el médico pedirá que se efectúe una resonancia magnética para

comprobar si sería posible conservar la mama sin reducir las posibilidades de curación. En algunos casos seguirá siendo necesario extirpar toda la mama.

Para aquellas mujeres que requieran mastectomía, puede recomendarse una reconstrucción mamaria, que puede ser inmediata o retardada (por razones médicas o por decisión personal). (Fundación contra el cáncer, 2013).

Finalmente es importante mencionar que la intervención quirúrgica, en este caso, mastectomía, es uno de los tratamientos más invasivos que aún con la recuperación de la paciente o la remisión del cáncer genera una alta incidencia en cuanto a alteraciones de orden psicológico en las pacientes, es por eso que la terapia psicológica es trascendental después de este tipo de procedimientos quirúrgicos, dicha terapia enfoca su atención en aspectos como: imagen corporal así como distorsiones cognitivas que puedan construir a partir de este acontecimiento. El fin del tratamiento psicológico está enfocado en fortalecer la autoestima de las pacientes.

#### **1.6.4 Inmunoterapia**

Carretero (2001) menciona que “la inmunoterapia es el uso de tratamientos que previenen o apoyan la respuesta inmunológica del cuerpo frente al cáncer. Se trata de estimular las defensas propias del sistema inmunológico del organismo para eliminar las células tumorales sin dañar al huésped” (p.150).

De acuerdo con Carretero (2001) existen cuatro tipos de modificadores de la respuesta biológica:

- Interferones. Son proteínas antivirales específicas que producen las células al ser invadidas por un virus.
- Interleucinas. Son sustancias químicas solubles producidas por las células sanguíneas del organismo que actúan a modo de mensajeros químicos entre las propias células del sistema inmunológico y otros órganos. Estos factores

estimulan los mecanismos necesarios para eliminar parásitos o microorganismos invasores y reparar los tejidos o células dañadas.

- Factores de crecimiento. Son polipéptidos secretados por las células cuya función es unirse a un receptor y estimular su crecimiento celular.
- Anticuerpos monoclonales. Son anticuerpos específicos frente a un determinado antígeno o sustancia extraña, producidos por un único clon de células.

Fernández, Llanos y Baños (2013) refieren respecto a lo anterior que esta terapia, al contrario que las anteriores, se dirige especialmente a las células cancerígenas, lo que hace que tenga menos efectos secundarios que las anteriores.

Los mismos autores mencionan que recientemente, se está investigando el uso de otros inmunomoduladores como la interleucina 2 (IL-2), una proteína secretada por los linfocitos T para estimular el crecimiento y diferenciación de otros linfocitos. Esta partícula actúa de manera inespecífica; es decir, no va dirigida específicamente al cáncer. Los primeros resultados parecen demostrar un aumento en la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama.

### **1.6.5 Hormonoterapia**

De acuerdo con Ariza, Briceño y Ancízar (2016) los medicamentos de hormonoterapia que se usan para tratar el cáncer de seno con receptores de hormonas positivos actúan de dos formas:

- Reducción de la concentración de estrógeno en el cuerpo.
- Bloqueo de la acción del estrógeno en las células del cáncer de seno.

“Los medicamentos indicados para la hormonoterapia también pueden utilizarse para ayudar a reducir o desacelerar el crecimiento del cáncer de seno in situ, en estado

avanzado o metastásico con receptores hormonales positivos”. (Ariza, Briceño y Ancízar, 2016, p. 122).

Por otro lado, la Fundación Breastcancer (2017) refiere que los medicamentos indicados para la hormonoterapia se pueden utilizar para:

- Reducir el riesgo de recurrencia del cáncer de mama con receptores de hormonas positivos en estadio temprano
- Reducir el riesgo de cáncer de mama con receptores de hormonas positivos en mujeres que presentan un riesgo elevado, pero con diagnóstico negativo de cáncer de mama
- Ayudar a reducir o desacelerar el crecimiento del cáncer de mama con receptores de hormonas positivos en estado avanzado o metastásico.

El estrógeno cumple distintas funciones en el cuerpo, entre las que se incluyen mantener los huesos fuertes y una concentración baja de colesterol, además de mejorar la sensación de bienestar. Antes de la menopausia, la mayoría del estrógeno presente en el cuerpo de las mujeres se produce en los ovarios. Después de la menopausia, los ovarios dejan de producir estrógeno, pero se sigue fabricando una cantidad menor de estrógeno en el cuerpo; un esteroide producido por las glándulas suprarrenales se convierte en estrógeno en el tejido graso (Breastcancer, 2017).

Breastcancer (2017) menciona que después de extirpar un tumor de la mama, se analizan las células para determinar si tienen receptores de dos hormonas: estrógeno y progesterona. Si el cáncer de mama es de receptores de hormonas positivas, significa que tiene estos receptores de hormonas, los cuales actúan como oídos o antenas. Cuando el estrógeno del cuerpo se une a los receptores, las células del cáncer de mama responden a las señales del estrógeno que les indican que deben crecer y multiplicarse. Mediante la reducción de la cantidad de estrógeno en el cuerpo o el bloqueo de su acción, los medicamentos de la

hormonoterapia pueden desacelerar el crecimiento o reducir el cáncer de mama con receptores de estrógeno positivos en estado avanzado o metastásico. La reducción de la cantidad de estrógeno o el bloqueo de su acción pueden disminuir el riesgo de recurrencia del cáncer de mama con receptores de estrógeno positivos en estadio temprano después de una cirugía. Dado que la hormonoterapia afecta la acción del estrógeno, pero no de la progesterona en las células del cáncer de mama, el valor de dicha terapia no es tan claro si tienes cáncer con receptores de progesterona positivos y receptores de estrógeno negativos. En esta situación, se debe analizar el valor de la hormonoterapia con el médico. (p. 11).

Además de la administración de medicamentos de hormonoterapia, las mujeres premenopáusicas diagnosticadas con cáncer de mama con receptoras de hormonas positivos o que presentan un alto riesgo alto de tener cáncer de mama también pueden considerar la supresión de la función ovárica temporal a través de medicamentos o la supresión permanente mediante la extirpación quirúrgica de los ovarios. Los ovarios son la principal fuente de estrógeno antes de la menopausia; por lo tanto, la extirpación de los ovarios o la supresión de sus funciones impiden la producción de esta hormona. (Breastcancer, 2017, p. 12).

Es importante mencionar que la hormonoterapia no es eficaz para tratar el cáncer de mama con receptores de hormonas negativos. El cáncer de mama con receptores de hormonas negativos no responde al estrógeno, por lo cual la reducción de la cantidad de estrógeno en el cuerpo no afecta a este tipo de cáncer. (Breastcancer, 2017).

De acuerdo con la información presentada anteriormente, el cáncer de mama es una enfermedad compleja en cuanto al abordaje terapéutico, si bien, el tratamiento médico que se brinda es de suma importancia, también lo son las implicaciones psicológicas que están adheridas a este, el conjunto de reacciones que se muestran en las

pacientes desde el momento del diagnóstico deberán tener acompañamiento terapéutico por las consecuencias físicas y emocionales que se encuentran adyacentes a éste, es por ello que conocer los aspectos médicos relacionados al cáncer de mama, principalmente las alternativas de tratamiento, permitirá que el psicólogo/a pueda apoyar emocionalmente y facilitar la toma de decisiones durante el curso del tratamiento funcionando como un enlace entre la paciente y el médico. La familiarización con las cuestiones médicas permite disipar miedos, ansiedades y mitos y le permite centrarse en la reacción psicológica de la paciente sin que ésta se distraiga o se abrume con aquellas cuestiones. (Haber, 2000)

Por otro lado, es importante rescatar que el psicólogo dentro del tratamiento psicooncológico en la mayoría de los casos funge como un intermediario entre la comunicación e información que recibe la paciente con relación a su estado físico, las principales razones por las que esto sucede tienen que ver con el vínculo terapéutico que se genera con el psicólogo y que regularmente se crea un ambiente con un mayor grado de empatía y confianza que el que se establece con el médico, así también, el manejo de información proporcionada por los médicos no siempre es clara para la paciente por lo que en consulta psicológica emergen dudas y cuestionamientos que idealmente deberían ser resueltas por su psicólogo o de otra manera, orientar a la paciente con respecto a los espacios en donde pueda obtener información veraz y oportuna que le permita resolver cualquier incertidumbre y por consiguiente sus decisiones respecto al tratamiento sean tomadas teniendo claridad sobre su situación y las opciones disponibles con las que cuenta.

Finalmente, el cáncer de mama trae consigo un amplio espectro sintomatológico a nivel físico y psicológico, propiciado por intervenciones quirúrgicas que llegan a ser invasivas, llegando incluso a la extirpación de la mama. Se presentan cambios en las pacientes, desencadenados por los efectos de los distintos tratamientos y los mecanismos de adaptación intrínsecos al proceso de salud-enfermedad. Las mujeres que padecen cáncer de mama sufren un desajuste dentro de su esfera biopsicosocial que va desde el impacto del diagnóstico, proceso de intervención psicofarmacológica



hasta las posibles recaídas de la enfermedad. Este proceso requiere un amplio grado de adaptabilidad y recursos psicológicos que le permitan a la paciente, hacer frente a la pérdida de la salud.

Desde que se tiene la sospecha de un posible diagnóstico desfavorable comienzan a emerger en la paciente una serie de alteraciones psicológicas que deterioran el equilibrio de la misma, es así que la intervención psicoterapéutica y el papel de la psicooncología se ha extendido a lo largo del tiempo en la atención multidisciplinaria de las pacientes con cáncer de mama. Resulta de suma importancia que los profesionales en la atención psicológica conozcan el proceso de la enfermedad en todos sus ámbitos y el proceso del cáncer de mama desde sus implicaciones biológicas hasta las repercusiones psicológicas y los medios de tratamiento empleados para contrarrestar la enfermedad, esto permitirá por consiguiente que el tratamiento psicológico sea óptimo.

## **Capítulo 2. Respuestas psicológicas en cáncer de mama**

El cáncer es una enfermedad que afecta al individuo en sus diferentes esferas: biológica, psicológica y social. En el apartado anterior se mencionan los principales tratamientos empleados para destruir las células cancerosas en la mama a través de medicamentos, radiación, intervenciones quirúrgicas, entre otras alternativas. Sin embargo, esto es solo una parte del tratamiento, por otro lado, el acompañamiento psicológico se ha convertido en una herramienta de suma importancia en la oncología, abriéndose paso dentro del contexto hospitalario en gran medida y ante las manifestaciones psicológicas prevalentes en pacientes con cáncer, se ha generado la necesidad de una especialidad que estudie y trabaje con los mecanismos, procesos psicológicos y el estado mental y emocional detonado a raíz del diagnóstico en pacientes con cáncer, de ahí que se ha expandido cada vez más el campo de aplicación de la psicooncología.

## **2.1 Psicooncología**

“Especialidad que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes, los familiares y los cuidadores, así como de los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en la morbilidad y mortalidad del cáncer” (Haber, 2000, p. 25).

De acuerdo con el mismo autor, la importancia del trabajo llevado a cabo por la psicooncología radica en que la toma de decisiones de las pacientes está influida en gran medida por su estado emocional, es por ello, que el apoyo psicológico muchas veces logra condicionar el éxito de cualquier otro tipo de tratamiento.

Así también, es importante mencionar que las pacientes incluso antes de ser diagnosticadas, cuando sólo existe sospecha de la presencia del cáncer, suelen pasar por un estado constante de distrés y ansiedad, las dudas y cuestionamientos respecto a lo que sigue para lograr la recuperación de su salud promueven estados anímicos fluctuantes que pueden interferir en la recepción farmacológica ya que estados de distrés vulneran el sistema inmunológico y hormonal de las pacientes, es por ello que

se ha estipulado la necesidad del acompañamiento psicológico para quien padece la enfermedad y sus familiares, aun cuando exista solamente la sospecha de que existan células cancerosas en la mama, posteriormente el tratamiento psicológico deberá continuar durante el tratamiento y el proceso de recuperación o tratamiento paliativo de las pacientes.

## **2.2 Reacciones psicológicas después del diagnóstico**

Como se ha mencionado anteriormente, a partir de que el médico tiene sospecha sobre la presencia de cáncer, emergen un conjunto de reacciones emocionales y respuestas conductuales que afectan el curso y la calidad de vida de las pacientes. Anteriormente se han mencionado algunas como el estrés y la ansiedad, aunque existen muchas otras reacciones de las cuales se hará mención en el presente capítulo.

De acuerdo con Juárez y Almanza (2011) la presencia de cáncer de mama es un evento percibido como catastrófico que conlleva un impacto psicológico significativo asociado aún a la idea de muerte, a la potencial discapacidad, al miedo al desfiguró físico, el temor de la dependencia y el aislamiento resultante de la interrupción de la relación con otros.

### **2.2.1 Duelo**

Las pacientes en general cursan por un proceso de duelo o pérdida, de carácter universal que conlleva según Kubler Ross, cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Juárez y Almanza, 2011, p. 133- 134)

De acuerdo con Juárez y Almanza (2011) para fines operativos de atención clínica, el duelo se resume en tres fases:

- Fase I. Negación: se caracteriza por resistencia a creer que la noticia es cierta por un sentimiento de anestesia emocional.
- Fase II. Confusión, se caracteriza por agitación emocional y disforia.
- Fase III. Adaptación, en esta existe ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito, lo cual progresa a la aceptación y concluye con la adaptación a largo plazo.

“El proceso emocional generado por la presencia de cáncer, conlleva un mecanismo de restitución psíquico que le permite a la paciente conformar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada”. (Juárez y Almanza, 2011, p.134).

### **2.3 Reacciones asociadas al tratamiento**

Uno de los procedimientos que tiene mayor impacto en las pacientes es la cirugía, ya que este proceso implica la toma de decisiones por la paciente dentro de las que se incluye la opción respecto a la mastectomía, la administración o no de quimioterapia coadyuvante así como la elección de la fecha de intervención dentro del periodo fértil, lo que desafortunadamente provoca que las mujeres se autoinculpen todavía más cuando el resultado de estos procedimientos no son satisfactorios. (Haber, 2000).

Así también la pérdida de la mama o ambas, trae consigo respuestas psicológicas en las pacientes relacionadas a una pérdida de identificación con su feminidad, dificultades en el ámbito sexual y pérdida de la autoestima.

La quimioterapia es otro procedimiento que además de tener importantes repercusiones en el estado físico como lo son: mareos, vomito, pérdida o aumento del apetito, y disminución o aumento de peso, también tiene implicaciones emocionales

graves como depresión, aumento de ansiedad, distrés, cambios radicales en el estado de ánimo y baja autoestima, en muchos de los casos, propiciado por el cambio físico en las pacientes debido a la agresividad del tratamiento que incluye la pérdida del cabello.

Haber (2000) refiere que la radioterapia trae reacciones emocionales dentro de las que se incluye la depresión y el aislamiento social producido por la fatiga que genera la aplicación de este procedimiento y las posibles lesiones en la piel que en algunos casos suele generar.

Otras de las principales manifestaciones psicológicas son ira, rabia y envidia o resentimiento ya que los pacientes se autoevalúan en una situación de desventaja con respecto a los demás (Arrivillaga, Correa Y Salazar, 2007).

Por otro lado, Greer (1992) propone las siguientes categorías que muestran las diferentes respuestas psicológicas ante el cáncer.

### **2.3.1 Espíritu de lucha**

La aceptación total del diagnóstico, utilizar la palabra “cáncer”, estar decidido a luchar en contra de la enfermedad, intentar obtener la mayor cantidad posible de información sobre la enfermedad y adoptar una actitud optimista: en definitiva, poder ver la enfermedad como un desafío.

Ejemplos:

- “El cáncer no podrá conmigo, intentaré hacer lo que sea para estar cada vez mejor. estoy dispuesto hasta a ir a clases para aprender a relajarme ya pensar más positivamente”.
- “Al principio estaba desesperado, pero ahora estoy dispuesto a hacer lo que haga falta para vivir... Creo que la ayuda del médico me puede venir bien”.

### **2.3.2 Desamparo/Desesperanza**

Encuentra difícil poder pensar en otra cosa; la vida diaria se ve interrumpida por el miedo al cáncer y la posibilidad de morir; en resumen, adopta una actitud totalmente pesimista.

Ejemplos:

- “No puedo hacer nada, estoy acabado”.
- “La mayor parte del tiempo me siento sin esperanza. Estoy muy angustiado por mi enfermedad y con ganas de llorar, no puedo apartarla de mi mente, no sé qué hacer”.

### **2.3.3 Preocupación Ansiosa**

Marcada y persistente ansiedad, acompañada más o menos de depresión, busca activamente información acerca del cáncer, pero tiende a interpretarla de forma pesimista, se preocupa porque cualquier molestia o dolor pueda significar una extensión o recurrencia del cáncer. Puede buscar "la cura" de distintas fuentes incluyendo los denominados “tratamientos alternativos”.

Ejemplos:

- “Creo que cada vez voy peor, me duele la espalda aquí, ¿qué cree que puede ser, doctor?”
- “¿Sé que esto es cáncer, no puedo dejar de pensar en ello, voy a ir con ese señor que hace acupuntura y a que alguien me informe sobre los tratamientos existentes, cree que eso me puede ayudar?”.

### **2.3.4 Fatalismo (Aceptación Estoica)**

Aceptar parcialmente la enfermedad, no buscar más información, adoptar una actitud fatalista.

Ejemplos:

- “Sé lo que tengo, sé que es cáncer, pero voy a seguir lo más normal que pueda, puesto que sé que no hay nada que hacer”.
- “Es cáncer, no podré vivir con él... intento no pensar acerca de ello, confié totalmente en lo que haga el médico”.

### **2.3.5 Evitación (Negación)**

Se niega a aceptar el diagnóstico de cáncer, evita utilizar la palabra “Cáncer” o admite el diagnóstico, pero niega o minimiza su seriedad, que es una enfermedad amenazante para la vida y cualquier ansiedad que ésta despierte.

Ejemplos:

- “Los médicos me han quitado la mama como precaución”.
- “He tenido unas pocas células cancerosas, pero no es demasiado serio, no tengo porque preocuparme por esto”.

Las categorías presentadas anteriormente permiten establecer que muchas de las quejas y respuestas psicológicas de las pacientes están relacionadas con sus reacciones cognitivas, es decir, el conjunto de pensamientos y creencias en relación a la enfermedad que padecen y cómo dichas reacciones que impactan significativamente en sus métodos de afrontamiento, lo que trae consigo que las decisiones de la paciente respecto al tratamiento y proceso terapéutico estén influidas en mayor grado por sus creencias, que en la información brindada por el médico tratante o conjunto de especialistas encargados de su tratamiento.

En resumen, la paciente que ha sido diagnosticada con cáncer de mama, enfrenta un proceso complejo, las reacciones y/o respuestas psicológicas que emergen a través de dicho diagnóstico y que se han mencionado anteriormente son comúnmente tratadas por el psicooncólogo, no obstante, existen otro tipo de cambios relacionados al diagnóstico a los cuales la paciente deberá adaptarse y pueden afectar tanto su estado psicológico, agravar las respuestas psicológicas ante la enfermedad y sobre



todo afectar su calidad de vida así como sus relaciones interpersonales, los principales cambios están vinculados a la edad de las pacientes, nivel socioeconómico, y principalmente cambios en su imagen que impactan en su sexualidad alterando las relaciones interpersonales de la paciente.

## **2.4 Edad y factores psicosociales**

De manera general, es importante mencionar que las reacciones psicológicas están íntimamente vinculadas con la edad de las pacientes, su entorno familiar, laboral y social.

Respecto a la edad, las mujeres más jóvenes mostrarán tendencia a sentir ira, resentimiento e incredulidad. En contraste con las mujeres de edad más avanzada, en quienes se observa una mayor aceptación de la enfermedad, además, estos grupos de pacientes presentan otra disimilitud importante: la maternidad. En caso de ser una mujer con descendencia, es probable que la paciente se sienta preocupada por la transmisión hereditaria a los hijos. Además, surgen otros temores asociados al futuro y cuidado de ellos, sobre todo si son menores de edad. Si por el contrario, la persona no ha experimentado la maternidad, la posible pérdida de la capacidad reproductiva suele ser un factor estresante, y por consiguiente, motivo de depresión, negación, síntomas de ansiedad, culpa, pérdida de control, disminución de la autoestima, sentimientos de inadecuación personal, problemas de pareja y problemas en el funcionamiento sexual (Blanco, 2011; American Cancer Society, 2016, como se citó en Pérez, 2016).

Por otro lado, se ha observado que la connotación social de esta enfermedad suele ser más severa que la propia percepción que tienen las mujeres afectadas. En un estudio comparativo entre mujeres con cáncer de mama y mujeres no enfermas se encontró que las mujeres sanas tenían una idea peor del padecimiento y el pronóstico de la enfermedad que las propias enfermas. (Buick y Petrie, 2002, como se citó en García y González, 2007).

Así también García y González (2007) comentan que el hecho de que una persona padezca cáncer modifica el sistema de relaciones sociales (familia, amigos, conocidos) establecido hasta el momento. Pueden verse expresiones de minusvalía y sensación de amenaza ante su existencia futura.

Por otro lado, es importante mencionar que las cuestiones religiosas enfocadas al propósito de la enfermedad han resultado ser un factor importante en el proceso terapéutico de las pacientes, la toma de recursos espirituales permite a estas tener mayor aceptación de la enfermedad y en muchos casos a partir de esta espiritualidad logran encontrar un sentido ante dicho padecimiento.

Finalmente, el aspecto económico y los recursos con que cuente la paciente son de suma importancia, ya que la enfermedad implica un impacto en su economía, esto aunado en muchas ocasiones a la pérdida del empleo a consecuencia de la enfermedad, eleva los estados de distrés, angustia y depresión generados por la preocupación de cubrir los costos del tratamiento siendo un elemento más que altera el estado psicológico y médico en la paciente y desencadena tensión dentro de la estructura familiar.

## **2.5 Sexualidad y cáncer de mama**

Amaro (2014) menciona que la sexualidad en la mujer constituye una pieza fundamental en su devenir psicológico, particularmente en aquella que ha sufrido y atravesado una intervención quirúrgica, ya sea parcial o total. Las agresiones simbólicas y reales de su cuerpo y de su feminidad impiden que la mujer reaccione eróticamente y sexualmente como antes, lo que puede hacer trastabillar el equilibrio de la pareja.

De acuerdo con el mismo autor, dado el lugar que ocupa el seno en la mujer y en la sociedad, la mastectomía es percibida como un ataque directo a la feminidad o al

atractivo físico de la mujer, teniendo indudablemente repercusiones en el ajuste sexual en la pareja.

Las mujeres afectadas pueden mostrar respuestas sexuales diferentes, con reacciones que van desde la fatiga, el cansancio, hasta el dolor. Tras la quimioterapia resulta frecuente la pérdida del apetito sexual, así como la sequedad de la vagina, el dolor durante el coito y la dificultad para alcanzar orgasmos. Esto aumenta las inseguridades sexuales y afectivas, por los cambios físicos (cicatriz de mastectomía, linfedema, caída del cabello, etc.) y emocionales (ansiedad, depresión, angustia), que en algunas ocasiones desequilibran el vínculo de la pareja. (Cedrés, 2013 citado en Amaro, 2014).

Por otro lado, un factor de suma importancia en cuanto al diagnóstico del cáncer, es que uno de los primeros intereses de la mujer es notablemente la supervivencia al mismo, sin embargo, surgen muchas emociones conflictivas, como el miedo a la mutilación de su pecho, las ansiedades que se disparan como consecuencia a creencias del rechazo de su esposo, el sentimiento de pérdida de la belleza, entre otros. Desde luego, también pueden aparecer sentimientos de rechazo a la sexualidad, evitando activamente el contacto sexual. Como se ha planteado, tras las amenazas de la enfermedad, la imagen de la mujer se ve desmoronada, por eso es necesario profundizar en los detalles más yóicos, más femeninos de la afectada. (Amaro, 2014).

De este modo, el impulso sexual de la mujer y su libido, puede verse sumamente frenada tras la intervención quirúrgica y los tratamientos subsiguientes. Esta inhibición, trae consigo sentimientos de miedo-hostilidad y en consecuencia a sentimientos de culpa. (Flores 1994, citado en Amaro 2014).

Respecto a lo anterior, los mismos autores refieren que el hombre, podría darse cierta impotencia funcional debido a posibles sentimientos de culpa, temores, prejuicios, y a un rechazo inconsciente o no, de la nueva estructura e imagen de su mujer. (Flores 1994 citado en Amaro, 2014).

Con base en lo anterior, cabe mencionar que dentro de la integridad de la mujer este es un factor de suma importancia, ya que el mantener una vida sexual saludable después del diagnóstico disminuye los niveles de ansiedad, estrés y depresión, así como los estragos emocionales influidos por el tratamiento, proporcionando un estado de bienestar que mejora la salud de la paciente, es así que, el trabajo psicoterapéutico se enfoca ampliamente en la imagen corporal, refutación de creencias negativas respecto a la percepción de los otros ante su cuerpo, conflictos yoicos y sentimientos de culpa que impiden la manifestación explícita del deseo de la paciente y sobre todo la comunicación con su pareja, mediante la cual sean manifestadas las dudas, inquietudes y temores respecto a su sexualidad posterior al diagnóstico y tratamiento de la paciente. Incluir al hombre o esposo, es fundamental, ya que esto permitirá que los conflictos respecto a la sexualidad no sean un factor que fracture la relación de pareja y de este modo la paciente cuente con una red de apoyo sólida para hacer frente a su enfermedad.

En relación a las respuestas psicológicas presentes en cáncer de mama, a continuación, se presenta el siguiente diagrama que permite comprender de manera compacta la información.

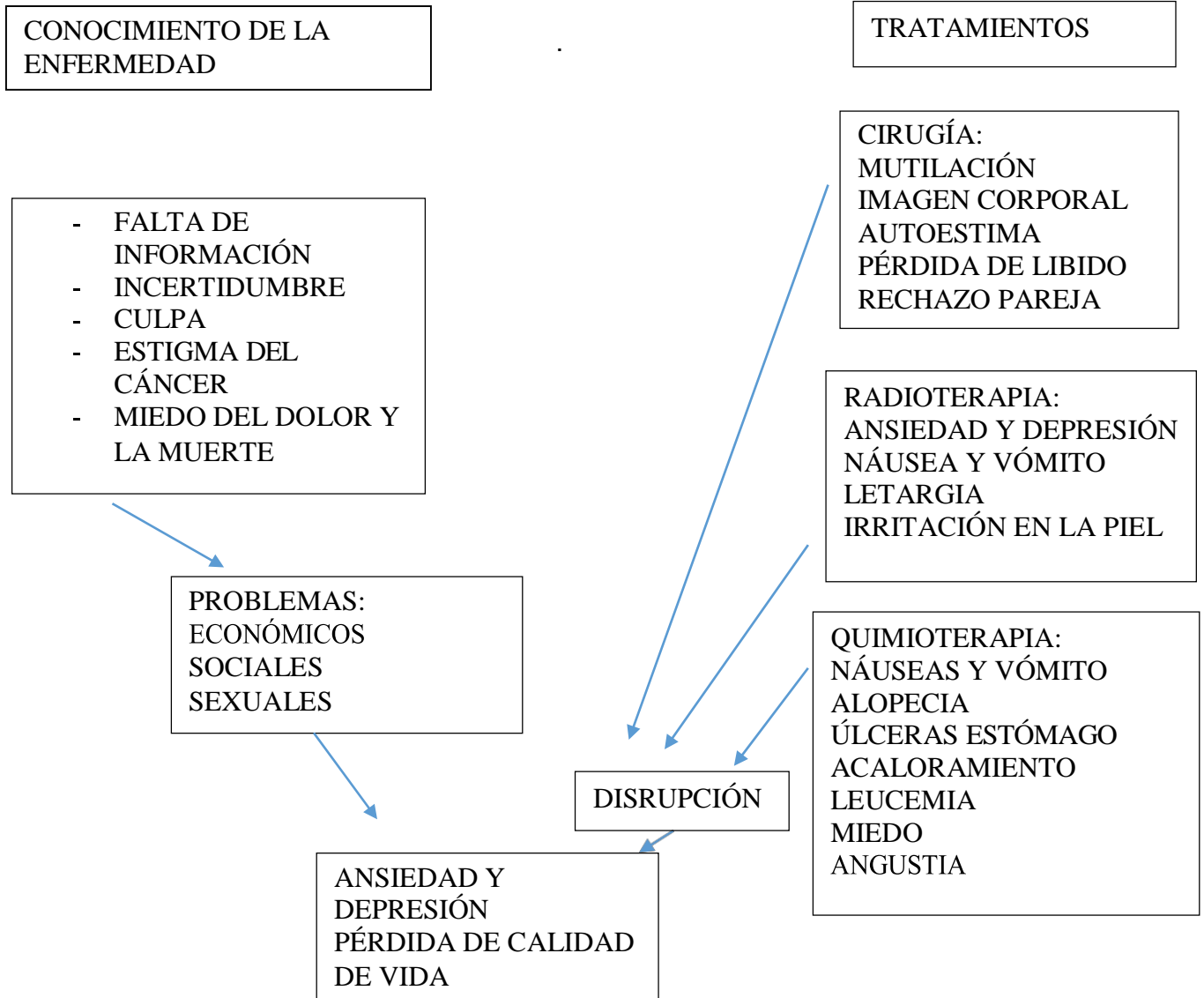


Figura I. Problemas psicosociales en pacientes con cáncer. Disponible en Delgado, S. & Tejerina, A. (2001). Medicina legal en patología mamaria. España: Ediciones Días de Santos

Finalmente, Gil (2015) refiere que las pacientes diagnosticadas con cáncer presentan sentimientos de incertidumbre y amenaza a lo largo de la enfermedad que se traducen en sintomatología ansiosa, mientras que una vez terminado el tratamiento oncológico (quimioterapia y radioterapia principalmente) la sintomatología depresiva pasa a darse en mayor proporción es por ello que tanto la ansiedad como la depresión son el foco de atención de los principales modelos y estrategias utilizadas en el tratamiento psicológico aplicado a pacientes con cáncer.

## **Capítulo 3. Tratamiento psicológico en cáncer de mama**

La psicoterapia ha sido una herramienta fundamental en el tratamiento que se da a las pacientes diagnosticadas con cáncer, las intervenciones en psicooncología han sido un elemento importante ante las graves repercusiones tanto del diagnóstico como del tratamiento y la sobrevida de las mujeres con esta enfermedad. Las intervenciones psicológicas debido a las necesidades y características de las pacientes se han enfocado en la psicoeducación, técnicas de relajación, manejo del estrés, ansiedad, depresión, manejo del dolor, trastornos de adaptación, así también en la imagen corporal y autoestima, las cuales se encuentran gravemente deterioradas a través de las repercusiones que sufre su cuerpo a consecuencia de los diferentes tipos de tratamientos. El modelo biopsicosocial abre la pauta para la intervención de los psicólogos en el tratamiento multidisciplinario de las enfermedades físicas al detectar que el modelo médico tradicional no cubría todas las necesidades presentes en pacientes con enfermedades crónicas.

### **3.1 Modelo biopsicosocial**

“El modelo biopsicosocial considera al individuo como un sistema que está, a su vez, formado por otros sistemas (órganos, tejidos, células...) y está, a su vez, comprendido dentro de otros sistemas que son: familia y comunidad” (Vidal, 2006, p.126).

Este modelo surge principalmente debido a que el modelo biomédico era insuficiente para abordar las repercusiones del proceso de enfermedad, ya que más allá de las molestias físicas y los tratamientos médicos, existían cambios en el estado de ánimo de los pacientes, estrés, ansiedad y desajustes en sus núcleos familiares y sociales que debían ser atendidos para dar una atención completa y así, mejorar su calidad de vida. (Vidal, 2006).

### **3.2 Terapia psicológica en el tratamiento contra el cáncer de mama**

Tomando en cuenta las implicaciones del modelo biopsicosocial, se integran diversos paradigmas de intervención psicológica en el ámbito médico. Los principales modelos



empleados en psicología, así como sus técnicas dentro de la práctica psicooncológica, son: la terapia psicodinámica, terapia humanista- existencial, terapia familiar, y sobre todo el modelo cognitivo conductual que se ha considerado un tratamiento medular dentro de las intervenciones psicoterapéuticas en cáncer.

Para la Asociación Americana de Psicología [APA] (2007) el objetivo principal de la terapia psicológica es ayudar a las mujeres a aprender cómo sobrellevar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida relacionados con el cáncer, así como los tratamientos médicos que pueden ser dolorosos y traumáticos.

De acuerdo con APA (2007), algunas mujeres pueden enfocar el asunto en cómo explicar su enfermedad a los hijos o cómo afrontar la respuesta de su pareja. Otras pueden concentrarse en cómo elegir el hospital o tratamiento médico adecuados. Para otras, el enfoque puede ser cómo controlar el estrés, la ansiedad o la depresión.

Enseñar a las pacientes estrategias para la resolución de problemas en un entorno de apoyo, los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lidiar con su dolor, miedo y otras emociones. Para muchas mujeres, esta crisis potencialmente mortal, al final puede resultar en una oportunidad de crecimiento personal que mejora la vida (APA, 2007).

Por otro lado, la necesidad de tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico. De hecho, la recuperación emocional puede llevar más tiempo que la recuperación física y es a veces menos predecible. Si bien, la presión social para volver a la normalidad es intensa, las sobrevivientes del cáncer de mama necesitan tiempo para crear una nueva imagen de sí mismas que incorpore la experiencia vivida y sus cambios corporales. Los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lograr ese objetivo y a aprender a sobrellevar problemas como el temor a la reaparición de la enfermedad y la impaciencia respecto a problemas mundanos (APA, 2007).

Siguiendo con los tratamientos empleados en cáncer de mama, Haber (2000) refiere que el tratamiento psicológico en relación al cáncer de mama se enfoca principalmente en los siguientes aspectos.

- Imagen corporal
- Cicatrices y pérdida de la mama
- Inseguridad
- Pérdida del cabello, fatiga, náuseas, vomito
- Crisis familiar asociada al diagnóstico
- Ansiedad
- Dificultades de adaptación
- Miedos a los tratamientos, la muerte, pérdidas, desequilibrio familiar, deterioro)
- Sexualidad afectada
- Manejo del dolor

Por lo anterior, el tratamiento psicológico cada vez se ha valorado más en el tratamiento de enfermedades crónicas, en conjunto con el tratamiento médico, presentando una mejora en la calidad de vida de las pacientes y a través de esta se pueden observar mejoras en la recuperación de la salud.

El proceso que las pacientes viven desde el diagnóstico hasta la pérdida de una o ambas mamas, desencadena un impacto emocional que puede deteriorar no solo a quien padece la enfermedad sino a los miembros de la familia, personas de quien depende, emocional y económicamente y sobre todo a los cuidadores primarios, es por ello que dentro de cualquier enfoque que sea empleado, es importante que se trabaje de forma individual y/o grupal, integrando a la familia si es que así se requiere, tratando de abarcar en la medida de lo posible los diferentes agentes de estrés que se encuentren vinculados a las pacientes y su proceso de enfermedad.

En relación a la importancia del tratamiento psicológico dentro de la mejora física de las pacientes, existen estudios realizados por parte de la psiconeuroinmunología que

indican que las intervenciones psicológicas impactan al sistema inmunológico de manera apreciable, presentando resultados de investigaciones asociadas a estas en las que pacientes con diagnóstico de metástasis que asisten a grupos de apoyo, logran vivir en promedio 18 meses más que las que no lo hacen (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989 citado en Haber, 2000).

Respecto a lo anterior es importante mencionar que los estudios relacionados a la psiconeuroinmunología no muestran evidencia palpable de los efectos de la psicoterapia en el organismo de las pacientes, es decir, no existe algún estudio médico que cuantifique la medida en que las intervenciones remitan el cáncer. Sin embargo, los resultados arrojados de estudios comparativos, evidencian el impacto que ésta tiene en cuanto a la mejora de las pacientes y su pronóstico, por ello es importante aclarar que la terapia psicológica no cura el cáncer, es un factor coadyuvante al tratamiento médico para un mejor manejo de la enfermedad que repercute favorablemente en el proceso de recuperación de la salud y esto se logra a través de la disipación de las emociones negativas (distrés, ansiedad, ira, angustia, incertidumbre, etc.) que debilitan el sistema inmune de las pacientes.

Nuevamente Haber (2000). Confirma los resultados hechos por investigaciones realizadas por la psiconeuroinmunología y explica que la manera en que las intervenciones psicológicas coadyuvan al tratamiento médico es proporcionando un elemento de autocontrol a las pacientes sobre una situación que de otra forma no podrían dominar, siendo así que estas intervenciones alargan el tiempo de vida.

Por otro lado, resulta importante resaltar que dentro del tratamiento psicológico que se les brinda a las pacientes, la relación médico- psicólogo es fundamental. Respecto a eso, Haber (2000) refiere que algunos de los principales métodos que favorecen la comunicación médico- psicólogo son los siguientes:

- Identificar al médico que lleva el caso, es decir, saber con claridad cuál es el médico encargado de la paciente, regularmente existe un conjunto de

especialistas que atienden a la paciente, sin embargo, es uno de ellos quien dirige y coordina el tratamiento, será con éste con quien el psicólogo deberá tratar

- Es importante que el psicólogo sea autodidacta, es decir, que se mantenga actualizado en relación a las nuevas alternativas de tratamiento, efectos secundarios, pronósticos, y características de la enfermedad, entre otras cosas, el conocer esto, no solo mejorará la comunicación con el médico tratante, también permitirá esclarecer las dudas de las pacientes y a su vez, disminuir el distrés generado por la incertidumbre.

Si bien, la adecuada relación médico-psicólogo permite atenuar las dudas y brindar una atención complementaria a las pacientes, es importante mencionar otros eventos que intervienen en el bienestar y mejora en la calidad de vida. Para esto se debe recordar que ante el anuncio del diagnóstico, la paciente presenta una serie de respuestas psicológicas, las cuales estarán en función de la percepción que ésta tenga en relación al cáncer de mama, conjunto de creencias respecto a ésta enfermedad y cómo la ha conceptualizado a través de su experiencia de vida, exposición a la información, experiencias con personas cercanas o conocidas que hayan padecido un diagnóstico similar, de ahí que cada mujer tiene un impacto distinto y el cómo lo afronte depende en gran medida de las herramientas con que ésta cuente para hacer frente al proceso de enfermedad y las que le sean brindadas a partir de la terapia psicológica.

En palabras de Haber (2000) una evaluación del estado psicológico de la paciente al inicio del tratamiento es el mejor indicador respecto a cómo sobrellevará el cáncer de mama, dado que es un indicativo de cómo ésta logra adaptarse ante las experiencias traumáticas. Así también menciona que otra de las respuestas más comunes de las pacientes ante el diagnóstico de cáncer de mama es el miedo, la culpa, la hostilidad, pánico (principalmente en casos en donde las pacientes han vivido la muerte de un familiar cercano por la misma enfermedad) negación, y desarrollo de algún trastorno de adaptación. La intensidad y duración de este tipo de reacciones psicológicas ante

el diagnóstico dependen en gran medida del acompañamiento psicoterapéutico que la paciente tenga en ese momento, las características de su entorno incluido el apoyo familiar y los recursos psicológicos propios de cada paciente.

### **3.3 Impacto de la psicoterapia en la calidad de vida de las pacientes**

De acuerdo con Font y Rodríguez (2007) la terapia psicológica coadyuva en los malestares generados por la enfermedad y lo hace en los diferentes ámbitos que rodean a la paciente, tanto personales, familiares y sociales, por lo que dentro de los diferentes modelos utilizados en Psicooncología, así como en la modalidad de aplicación de los mismos ya sea individual o grupal, se pueden observar los siguientes resultados:

- Detección precoz de problemas psiquiátricos.
- Disminución del estrés prequirúrgico.
- Mejor afrontamiento a los efectos secundarios de los tratamientos.
- Reducción del estrés asociado a la enfermedad.
- Mejor estado emocional y relación con la pareja.
- Menor ansiedad en las fases iniciales de la enfermedad (primer tratamiento).
- Mejora de la adaptación de las pacientes con antecedentes vitales estresantes.
- Mejora en calidad de vida general de pacientes sin metástasis.
- Mejor control de síntomas en quimioterapia adyuvante.
- Reducción de la depresión asociada a la primera fase de tratamiento.
- Mejor depresión y ansiedad en la fase de intervención libre.
- Reducción de la fatiga, mejora del estado de ánimo.
- Reducción de los trastornos del sueño.
- Disminución de la frecuencia de emociones negativas.
- Mejor control del dolor metastático.
- Mejora del estado de ánimo y la autoestima.
- Mejor calidad de vida, bienestar general

### **3.4 Modelos psicológicos empleados en el tratamiento contra el cáncer de mama**

Existen diversos modelos empleados en el tratamiento que se brinda por parte del área de psicooncología y estrategias coadyuvantes en la recuperación de las pacientes, en los últimos años se ha reconocido el papel de la psicoterapia, buscando así técnicas que puedan implementarse para disipar el conjunto de reacciones psicológicas que desestabilizan a las mujeres ante la pérdida de la salud. Los modelos psicológicos en los que se ha hecho investigación para su implementación es esta área son: modelo psicodinámico, humanista, familiar y principalmente cognitivo conductual.

#### **3.4.1 Modelo psicodinámico:**

Muchos de los tratamientos médicos empleados en las mujeres que padecen cáncer repercuten ampliamente en su autoimagen, la identificación femenina asociada a las mamas, así como la forma en que perciben su sexualidad que se ve deteriorada en medida en que los efectos secundarios de los fármacos generan cambios físicos que van desde la pérdida del cabello hasta la pérdida de una o ambas mamas, así también las cicatrices, la pérdida o aumento de peso representan para ellas conflictos psíquicos que pueden resultar un foco de atención para la psicodinamia.

Es importante esclarecer que no tiene las mismas implicaciones la terapia psicodinámica y la psicoanalítica, cada una se rige por diferentes criterios dentro de su aplicación, dentro de las características más distinguidas y a través de la cual el modelo psicodinámico ha logrado sobresalir es porque este cuenta con mayor apertura y flexibilidad en intervenciones breves que generalmente se emplean en situación de crisis sin dejar de lado que el impacto que dicha terapia tiene en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se debe a los postulados que dichas intervenciones neo psicoanalistas retoman del psicoanálisis convencional.

Respecto a lo anterior Almanza, Straker y Holland (1999) refieren que la terapia psicodinámica es utilizada dentro de la intervención en crisis y la terapia de apoyo y

puede ser temporal o permanente de acuerdo a la situación médica del paciente, considerando que algunos pacientes podrán requerir una psicoterapia más intensiva.

Nuevamente, Almanza, et al. (1999) mencionan que la terapia psicodinámica ha sido un modelo ampliamente utilizado dentro de la psicooncología y es particularmente útil para comprender las reacciones emocionales de pacientes con cáncer, pues permite clarificar el inicio de los síntomas psiquiátricos como respuesta al diagnóstico de cáncer; asimismo ofrece una perspectiva útil para comprender y resolver los conflictos que surgen en la relación médico- paciente. De este modo los incumplimientos eventuales de las recomendaciones de tratamiento para el cáncer pueden ser comprendidos en términos transferenciales y no simplemente como actitudes negativitas en la lucha contra el cáncer.

Dentro del espectro de la psicoterapia psicodinámica se incluyen psicoterapias psicoanalíticas tales como exploratoria, de apoyo al yo y terapias de intervención en crisis (Straker, 1997, citado en Almanza, et al. 1999).

Las psicoterapias orientadas al insight están más estrechamente relacionadas al psicoanálisis. Los elementos comunes incluyen un foco en el conflicto central según se presentan en la situación vital del paciente, en la historia familiar pasada y en la transferencia. Estos conflictos son analizados y trabajados activamente con el terapeuta en una posición de neutralidad. (Almanza, et al. 1999).

El modelo de intervención en crisis intenta aliviar los síntomas y estabilizar la crisis mediante la revisión de eventos recientes, permitiendo la catarsis y manipulando el ambiente. La terapia de apoyo al yo incluye soporte, reaseguramiento e infundir ánimo en la enfermedad terminal, requieren que la persona que conduce la psicoterapia sea flexible en su abordaje. (Caplan, 1964, citado en Almanza, et al. 1999).

De acuerdo con lo anterior, es indispensable, identificar como dichos autores diferencian la terapia psicodinámica del psicoanálisis ortodoxo. Tales diferencias

radican en que el psicoanálisis es mayormente empleado en procesos psicoterapéuticos largos que difícilmente se podrían emplear en pacientes con cáncer por las crisis emocionales que padecen, de ahí que el modelo psicodinámico por su flexibilidad y aportación dentro de la intervención en crisis ha sido incluido dentro del tratamiento psicológico aplicado dentro de psicooncología, ya que por un lado retoma elementos psicoanalíticos que benefician a las pacientes y por sus nuevas propuestas psicoterapéuticas permite que los pacientes presenten un cambio significativo en un lapso breve.

Por otro lado, siguiendo con Almanza, et al. (1999) cualquiera que contemple la posibilidad de conducir una psicoterapia dinámica en un paciente con cáncer debe tener alguna familiaridad con las fases de la enfermedad del cáncer y los retos que representa para el paciente y para el médico, así también es necesario tener una evaluación psiquiátrica y psicodinámica. La naturaleza cambiante de la enfermedad, con el diagnóstico, la terapia, las remisiones, las recurrencias y las fases de la enfermedad terminal, requieren que la persona que conduce la psicoterapia sea flexible.

En contraste, Juárez y Almanza (2011) , mencionan que la terapia psicodinámica dentro del cáncer de mama es una modalidad cuyo enfoque flexible y adaptable a diferentes entornos resulta muy útil en el ámbito clínico, pues permite un gran dinamismo en cuanto al tiempo de trabajo, los distintos escenarios que el cáncer impone, con la posibilidad de buscar el enfoque en la problemática más prevalente conforme al proceso de atención oncológica, sin dejar de observar y anotar elementos psicodinámicos relevantes para abordarlos en forma inmediata o en sesiones ulteriores.

Este enfoque breve, pero flexible, permite encuadrar un marco temporal que coadyuva, anima e impulsa al paciente a precisar determinados objetivos que van cubriéndose a lo largo de la intervención. El objetivo de la psicoterapia breve es disminuir el distrés psicosocial, contribuir a que las pacientes recobren la funcionalidad, y reasuman el



control de su vida, incorporando las distintas acciones médicas que su nuevo estado de enfermedad exige, con el menor sufrimiento posible o mejor aún sin ningún sufrimiento. Una de las primeras tareas será justamente revisar los elementos vinculados al momento de recibir la mala noticia, la forma en que ésta se proporcionó y particularmente detectar aquellos elementos que puedan dar al proceso un matiz traumático. (Juárez y Almanza, 2011).

El trabajo terapéutico debe considerar el complejo y múltiple significado de un órgano como lo es la mama, con proyecciones físicas, cultural, psicológica, sexuales, afectivas y maternas entrelazadas, razón por la cual el diagnóstico de cáncer y las implicaciones potenciales pueden devastar la integración de una mujer, quien vivirá el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas del cáncer de mama de una manera singularmente delicada. Las modificaciones de la morfología y por ende de la simetría corporal son percibidas como una deformidad y el impacto de cambios pequeños, como cicatrices o pequeñas imperfecciones pueden llegar a tener una interpretación psicológica de gran magnitud, pues a la percepción individual, se agrega el reflejo de la nueva condición hacia el círculo de intimidad con la pareja y hacia el círculo de convivencia con el grupo social. (Juárez y Almanza, 2011).

Indudablemente el impacto en la sexualidad tendrá lugar y matices distintos conforme a la situación de la mujer, pudiendo afectar la continuidad en el desarrollo de sus relaciones de pareja, o bien inhibiendo la búsqueda de relaciones, en aquellos casos en que ello era ya un problema identificado. El impacto resulta de mayor envergadura en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas premórbidamente (De Trill, 2003 citando en Juárez y Almanza, 2011)

La terapia psicodinámica está indicada a todo lo largo del proceso, es recomendable incorporar elementos psicodinámicos en las diversas fases de la enfermedad, siempre como un marco conceptual que permita al terapeuta comprender el mecanismo psicodinámico y guiar su intervención, aunque la aplicación en términos de interpretación y clarificación debe ser cuidadosa a fin de efectuarlas con adecuado

timing dentro del proceso de atención. Asimismo, los elementos psicodinámicos amplían y sinergizan los esfuerzos terapéuticos que se realizan con las otras técnicas psicoterapéuticas. (Juárez y Almanza, 2011).

Finalmente, Kernberg (1987) refiere que este modelo psicoterapéutico empleado en pacientes que padecen cáncer de mama pone su foco en la interpretación subjetiva de la realidad física y emocional que vive la persona y en la puesta en marcha de mecanismos defensivos funcionales a un Yo capaz de regular las demandas externas y las internas.

Nuevamente, Kernberg (1987) comenta que se trata de instrumentar una Terapia de apoyo y expresión que facilite el compromiso con el paciente para trabajar por su cuidado y calidad de vida.

A través de la escucha, la persona va expresando sus quejas, sufrimientos, frustraciones, miedos, que tienen que ver con lo más peculiar de él y con sus vivencias. No hay que callar la queja del paciente sino trabajar a partir de ella, y ofrecer un espacio para su expresión y elaboración. La queja del enfermo encubre una parte de su historia que lo posiciona de determinada manera frente al cáncer. Se facilita la apertura a un espacio discursivo diferente, a través de la palabra y la contención emocional, la historización de la enfermedad en la vida del paciente, la exploración de sus fantasías, deseos, sueños, etc. con el fin de fomentar un posicionamiento activo frente a lo real de la enfermedad (Alonso y Bastos, 2011).

Es así que, de acuerdo Alonso y Bastos (2011) los objetivos de la terapia Psicodinámica con pacientes oncológicos pueden resumirse en:

- Prevenir y reducir la intensidad de la ansiedad para hacerla más operativa y manejable.
- Ayudar al paciente a convivir con la enfermedad.

- Favorecer el proceso de adaptación a la misma y a los avatares de su “nueva realidad”.
- Evaluar los conflictos psicosexuales
- Reforzar sus mecanismos de defensa más adaptativos y apuntalar su autoestima.

Respecto al encuadre, se trabaja con un formato “cara a cara”, la frecuencia de las sesiones es flexible, según la situación del paciente. La duración dependerá de la necesidad y disponibilidad del paciente. Se trabaja como terapia breve con objetivos limitados y con posibilidad de profundización. Se apoya en el establecimiento de la alianza terapéutica, trabajando fundamentalmente con material consciente y preconscious atendiendo especialmente los sentimientos de transferencia y contratransferencia. (Alonso y Bastos, 2011).

Retomando lo último que mencionan los autores, la transferencia y contratransferencia dentro del proceso que se lleva a cabo con pacientes diagnosticados con cáncer es uno de los principales temas a trabajar, esto se debe a la relación médico- paciente, y paciente- psicólogo, la cual es de suma importancia dentro de la adherencia terapéutica, la confianza que las pacientes tengan en las decisiones del médico y las estrategias empleadas dentro del tratamiento psicológico es fundamental para el éxito del mismo, sin embargo, no debe dejarse de lado que la vulnerabilidad emocional presentada por las pacientes, puede generar un ambiente cálido en el que el psicoterapeuta deberá maniobrar para no verse rebasado por aspectos contratransferenciales, respecto a esto, es recomendable que el psicooncólogo a cargo de la terapia evalúe su estado emocional respecto al paciente y la situación a tratar.

### **3.4.2 Técnicas humanístico existenciales**

De acuerdo con Haber (2000) la teoría básica de esta orientación es que muchas de las cosas significativas que suceden a lo largo de la vida, son experimentadas en una etapa preverbal (antes de tener lenguaje). Es entonces que la hipótesis de dichas

teorías se centra en que las áreas del afecto están localizadas en un lugar del organismo y pueden ser expresadas en forma no verbal, mediante el trabajo corporal.

De acuerdo con el mismo autor esto puede ser beneficioso para las mujeres enfermas de cáncer de mama, pues las enseña a “sintonizar” con el área del organismo en la que se localiza el estrés, la ira o la tensión. De esta manera, se les puede enseñar a concentrarse en esos puntos cuando haya “señales previas de aviso” de un creciente malestar y propiciar así un alivio adecuado.

El terapeuta debe tener presente lo vulnerable que son las personas cuando atraviesan una crisis. Fácilmente, delegan todo su arbitrio en el psicólogo y permiten que se les hagan realizar ejercicios que en condiciones normales resultarían inaceptables. (Haber, 2000).

Así también, es importante mencionar que este enfoque busca salvaguardar las emociones del paciente dentro de la terapia, es decir, más que una figura superior, el terapeuta funge como un compañero/ amigo dentro de la sesión, es por ello que bajo esta perspectiva es importante que nunca se vea comprometida la autoestima de la persona. Haber (2000) menciona que una forma de vencer los prejuicios es que el terapeuta efectúe los ejercicios junto con el cliente. Esto ayuda a vencer la resistencia de la persona y la sensación de malestar.

De acuerdo con Haber (2000) dentro de la terapia humanista existen diversas técnicas que se emplean dentro de psicoterapia, sin embargo, dentro del trabajo que se hace bajo este enfoque con personas que han sido diagnosticadas con cáncer, las técnicas se centran tanto en el manejo de ansiedad como en el control de la ira, depresión y el encuentro de sentido a su vida dentro en el proceso de enfermedad.

Otras de las técnicas utilizadas como se ha mencionado anteriormente, es el trabajo bajo la expresión corporal, tomando en cuenta que muchas de las quejas emocionales desencadenan malestares físicos, debido a que las emociones se depositan en el

cuerpo y es a través de este que deberán expresarse y hacer conscientes para disipar las molestias físicas.

Este modelo terapéutico busca una reducción o control de los síntomas, esto se logra a través de la búsqueda de significados, sentido o aceptación de la situación, mediante técnicas narrativas de revisión vital o biográfica, técnicas centradas en mindfulness y logoterapia, que tienen como finalidad mejorar los síntomas depresivos, disminuyen la recurrencia y favorece un marco para la comprensión y búsqueda de significados terapéuticos de la situación y así minimizar el riesgo de suicidio en pacientes que se encuentran en fase terminal de la enfermedad (Porta, Gómez y Tuca, 2008, p. 247).

Por lo último mencionado, es importante reiterar que la terapia humanista es un modelo psicológico que por sus principales postulados referentes a la relación que el terapeuta mantiene con los pacientes tiende a ser en términos de amistad eliminando así cualquier barrera entre las partes involucradas dentro de la terapia, lo cual permite a los pacientes una mayor identificación y cooperación, esto dentro del trabajo realizado con pacientes con cáncer es un elemento muy favorable, por la vulnerabilidad emocional en que se encuentran, es por ello que algunas técnicas rescatadas principalmente de la logoterapia son empleadas en el tratamiento psicológico coadyuvante, no obstante, este modelo terapéutico es utilizado en mayor grado cuando la enfermedad se encuentra en una fase avanzada, es así que más que disipar la ansiedad que sufren los pacientes, se encarga de buscar estrategias que los motiven a reencuadrar su existencia y sentido de vida posterior a un diagnóstico desfavorable. Uno de sus principales objetivos es paliar los síntomas a través de técnicas de relajación, evitar que las personas caigan en procesos depresivos mayores y mejorar la calidad de vida al final de la misma.

### 3.4.3 Terapia familiar

Ovelar (2016) refiere que el impacto que esta enfermedad tiene en el paciente es innegable, así como tampoco se debe menospreciar su repercusión en la dinámica familiar.

El cáncer provoca reacciones múltiples en la persona que enferma y en su familia, tales como angustia, miedo, preocupación, dolor y estrés que agota física y mentalmente a quienes le rodean, principalmente a los cuidadores primarios.

A pesar de que actualmente el cáncer no debe ser sinónimo de muerte, y de que en muchos casos se convierte en una enfermedad crónica potencialmente curable, lo cierto es que en el imaginario colectivo la relación que se establece entre cáncer y muerte es evidente, y tiene una gran fuerza. Además, no solo se establece esta relación, sino que se tiende a pensar en la muerte por cáncer como una muerte que conlleva gran sufrimiento. Esto supone una carga emocional de gran impacto en los pacientes y sus familias desde el momento en el que se tiene la sospecha de que tal diagnóstico va a producirse. Las reacciones que suponen el diagnóstico de cáncer van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico; absolutamente toda la red social del paciente se ve impactada por la enfermedad. (Ovelar, 2016, p. 5).

De acuerdo con lo anterior es importante mencionar que las redes de apoyo familiar, así como el tratamiento médico y psicológico son un factor de suma importancia dentro de la recuperación de la salud, a partir del diagnóstico existen dos fenómenos muy comunes respecto al ámbito familiar ya que por un lado algunas familias logran una coalición de apoyo incondicional del que toma mano la paciente dentro de su proceso de recuperación, sin embargo, por otro lado, es común que las familias se alejen debido a las graves implicaciones de la enfermedad, a la falta de comunicación, golpes

en la economía o el alto grado de estrés y ansiedad que desencadena otra serie de conflictos interpersonales que traen consigo crisis familiares.

De acuerdo con Cabrera y Ferraz (2011) las reacciones con las que las pacientes reciben el diagnóstico, son determinantes en la familia, es decir, la disposición que tenga el paciente para hacer frente a los nuevos tratamientos es un elemento de suma importancia para que la familia logre un nuevo equilibrio u homeostasis familiar, o a la disolución de la misma.

Por otro lado, Juárez y Almanza (2011) mencionan que el apoyo familiar conlleva la consideración del grupo familiar como parte inherente y fundamental de la paciente con cáncer de mama. La familia como grupo requiere de la identificación de necesidades individuales de sus miembros, así como del reconocimiento de la existencia de crisis a nivel familiar adicionales a tener a uno de los suyos con cáncer. Cada circunstancia detectada debe ser atendida en forma específica. Las intervenciones familiares propiamente dichas, conllevan el apoyo del grupo primario para la expresión de emociones respecto al cáncer y la eliminación de obstáculos comunes que desembocan en la denominada “conspiración del silencio” conforme a lo cual la familia niega la existencia del cáncer y pretende seguir adelante con todo. La duración de tal conspiración es en todo caso transitoria e implica un desgaste importante para cada miembro de la familia.

De acuerdo con los mismos autores la clarificación y la liberación de sentimientos, emociones e ideas, alivia al grupo en conjunto y a sus miembros en lo individual, es así que la evolución de la paciente con cáncer dará la pauta para las reuniones familiares, lo cual es en todo caso recomendable implantar en forma periódica una o dos veces al mes durante los primeros seis meses, espaciando luego la frecuencia. Reuniones adicionales deben programarse cuando las eventualidades de la evolución así lo exijan, lo cual suele ofrecerse en situaciones de recurrencia, frente a toma de decisiones especiales o cuando la evolución vira hacia el enfoque paliativo.

Algunas familias suelen ser muy activas y otras son más bien pasivas y requieren ser impulsadas a reunirse y trabajar como grupo. El terapeuta se allanará el camino si logra identificar a la o las personas clave en la familia, para lo cual debe ser abierto y perspicaz, pues no necesariamente será el más activo o expresivo, frecuentemente es algún individuo que se desempeña con un perfil bajo, pero que parece comprender la dinámica y puede entonces impulsar o interferir con la resolución de conflictos y toma de decisiones. El trabajo del terapeuta familiar es laborioso y frecuentemente extenuante, sin embargo, es una modalidad muy poderosa que debe ser utilizada para beneficio del paciente y de su entorno emocional. (Juárez y Almanza, 2011).

En contraste Baider (2003) refiere que, durante la larga trayectoria de la enfermedad, muchas familias pasan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. La confrontación de esta experiencia (diagnóstico de cáncer y/o su reaparición) crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora.

Por otro lado, Baider (1995) Refiere que la enfermedad puede percibirse entonces como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro familiar.

De acuerdo a lo antes mencionado, cabe destacar que la familia sufre un desajuste importante en diversos niveles, social, económico y sobre todo emocional, sin embargo, dentro de las mismas investigaciones se ha comprobado que el contexto social que rodea a la paciente es una parte medular dentro de su recuperación, es por ello que además del control psicológico y emocional de quien padece la enfermedad, se han llevado intervenciones que integran a todo el contexto familiar para mejorar las redes de apoyo de las pacientes.



Se ha evidenciado una importante asociación entre la salud física y la calidad de vida que tienen las pacientes con relaciones sociales y apoyo por parte de los miembros de su familia. Mientras la evidencia liga al aislamiento y la carencia de conexiones sociales al aumento de riesgo en la morbilidad y mortalidad, estos estudios presentan importantes dilemas referentes a qué tipo de mecanismos conectan las relaciones sociales y su influencia en los estados de salud (Hann, Baker, Denniston, Gesme, Reding, Flynn, Kennedy y Kieltyka, 2002).

Es así que, se acepta que el sistema social y familiar puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental. Inversamente, cuando tal apoyo no es disponible o retenido, la situación del paciente es visiblemente deteriorada. Pacientes con sentido vívido de la importancia de sus relaciones familiares y sociales experimentan menos trastornos mentales, mayor autoestima y un mayor sentido de la eficacia en su propia habilidad de funcionamiento (Bloom y Kessler, 1994).

Respecto a los principales modelos abordados dentro de la terapia familiar, por extraño que parezca, existen pocos estudios relacionados a la aplicación de intervenciones particulares de dicho modelo en pacientes con cáncer, dentro de la psicooncología, la terapia grupal y familiar se utiliza de manera indistinta e incluso dentro de otros modelos de los cuales se ha hablado en el presente capítulo, se hacen terapias grupales que integren a los miembros de la familia que lo requieran, por lo que resultará importante generar nuevos protocolos de intervención dentro de la terapia sistémica familiar que puedan coadyuvar en un fenómeno tan complejo como lo es el cáncer.

Existen dos fuentes dentro del ámbito familiar que se han interesado por el estudio de la relevancia social y los vínculos familiares dentro del tratamiento de enfermedades crónicas, específicamente en los modelos de la salud, las cuales se describen a continuación:

En primer lugar, el modelo del efecto-principal (main-effect), donde los altos niveles de la ayuda promueven bienestar independientemente del acontecimiento estresante. (Cohen y Wills, 1985 citado en Baider, 2003)

En segundo lugar, se encuentra el modelo del stress-buffering (amortiguador del estrés), en donde los efectos negativos de la tensión son disminuidos por la disposición de la ayuda social. (Landerman, George, Campbell y Blazer, 1989, citado en Baider, 2003).

Por otro lado, Burman y Margolis describieron la correlación entre el matrimonio y la ayuda social coincidiendo con los dos modelos: el matrimonio que proporciona la ayuda específica contra los efectos de la enfermedad y/o actúa como almacenador específico intermediario que neutraliza la tensión producida por la enfermedad. (Burman y Margolis, 1992 citado en Baider, 2003).

Finalmente es importante resaltar que los estudios reflejan la relevancia que la familia y las redes de apoyo sociales que existen son elementos medulares en la regulación, manejo y disipación de las principales emociones y estados mentales que aquejan a las pacientes, sin embargo, en muchos de los casos dicho apoyo se ve deteriorado a lo largo del tratamiento, incluso, las familias se ven afectadas al grado en que se rompe la dinámica previa al conocimiento del diagnóstico, por lo que no sólo resulta importante generar intervenciones que actúen cuando la familia tiene un desajuste evidente, sino apostar por un nivel de intervención que actúe de manera preventiva al inicio del proceso y proporcione herramientas tanto a quien padece la enfermedad como a la familia para afrontar su nuevo estilo de vida y evitar que las pacientes sufran tanto la pérdida de la salud, como pérdida de su familia o en otro caso, la pérdida de su matrimonio a raíz del diagnóstico.

#### **3.4.4 Modelo cognitivo conductual**

Dentro de la psicooncología, el modelo cognitivo conductual ha sido utilizado, ya sea de manera individual o grupal. En el ámbito de la salud, su principal función es trabajar a partir de estrategias basadas en la psicoeducación, técnicas de relajación, y principalmente reestructuración cognitiva, es decir, el trabajo en relación a las creencias y pensamientos negativos, catastróficos o irracionales que perturban a la paciente y le llevan a estados como los son: distrés y depresión.

Juárez y Almanza (2011) refieren que la utilidad de la terapia cognitivo conductual en cáncer es particularmente benéfica para el manejo de la náusea anticipatoria que se presente durante los tratamientos con quimioterapia y radioterapia: Es igualmente útil para el control de la ansiedad, el control del dolor, y la depresión. El terapeuta diseña las intervenciones específicas conforme a la evaluación de cada caso en particular y determina el momento propicio de la aplicación, dejando tareas a desarrollar por el paciente, conforme lo permita su estado clínico.

En relación a la funcionalidad de este modelo en el ámbito hospitalario, Juárez y Almanza (2011) refieren que se han usado intervenciones cognitivo conductuales en el tratamiento de enfermedades crónicas, en el caso de las pacientes con cáncer de mama las principales intervenciones están enfocadas en los siguientes aspectos:

- Promover un ambiente de apoyo.
- Facilitar el manejo del duelo por las múltiples pérdidas.
- Incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades de solución de problemas.
- Promover la percepción de dominio y autocontrol.
- Anticipar las prioridades del futuro
- Autoestima
- Imagen corporal

- Trastornos de adaptación
- pensamientos y creencias respecto a la salud y la enfermedad. (Seitz, Besier & Goldbeck, 2009 citado en Garduño, Riveros y Sánchez, 2010).

Otra de las funciones de la terapia cognitivo conductual es proporcionar información sobre la enfermedad, su tratamiento y el papel de las variables psicológicas en el afrontamiento, reducción de la ansiedad, la satisfacción del paciente con la atención recibida y adhesión a las indicaciones médicas (Zimmermann, Heinrichs & Baucom, 2007 citado en Garduño, Riveros y Sánchez, 2010).

En contraste con lo anterior, Llantá, Grau y Massip (2012) mencionan que el desarrollo alcanzado en técnicas y procedimientos psicológicos, especialmente en los derivados del enfoque cognitivo-conductual, permite disminuir síntomas y molestias en las pacientes, esto se logra a través de las siguientes intervenciones:

- Modificación de hábitos y conductas de riesgo, estimulando estilos de vida más saludables.
- Disminuir la vulnerabilidad personal a la enfermedad, especialmente a través del control del estrés, y aumentando los recursos personales de resistencia (afrontamientos y actitudes en la búsqueda de ayuda médica ante los signos de alerta, ante la necesidad de tratamientos difíciles, etc.).
- Eliminar distorsiones cognitivas y creencias irracionales que ayuden a “desestigmatizar” el cáncer como enfermedad incurable es un factor imprescindible ya que las creencias irracionales conducen inevitable e irremisiblemente al dolor, el sufrimiento y la muerte y a modificar la connotación psicosocial de esta enfermedad, la cual contribuye en considerable medida al incremento del tiempo de decisión de búsqueda de atención médica cuando surgen los primeros indicios de la enfermedad.

- Proporcionar una adecuada adherencia terapéutica, el cumplimiento exitoso de las prescripciones en cualquier tipo de tratamiento y recomendaciones.
- Informar adecuadamente a la paciente y la familia sobre la enfermedad, su curso y consecuencias.
- Aumentar la responsabilidad y autonomía del propio enfermo, con incremento en la percepción de controlabilidad sobre su situación, lo cual disminuye el estrés, le permite afrontamientos más eficaces, incrementa la adherencia y mejora su calidad de vida. (control de miedos y ansiedad ante la cirugía y la radioterapia, adecuación de la imagen corporal, control de náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia, recomendaciones dietéticas, consejería para actividades sexuales, etc.)
- Controlar síntomas y disconfort emocional, preservando el máximo bienestar subjetivo posible, tanto en la paciente, como en sus familiares más allegados
- Preparar a la paciente y la familia cuando la muerte sea inevitable y la paciente se encuentre al final de su vida.

Otra de las razones por las que el modelo cognitivo conductual es uno de los más utilizados en oncología son las siguientes, enunciadas por Rosenfeld (2005).

- Efectiva en la reducción del agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos.
- Puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología.
- Fácilmente adaptable para tratar con problemas relacionados con el control de síntomas y con los modos de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida.

- Prontamente aceptada por enfatizar el sentido del control personal y de la autoeficacia.
- Mejora la adherencia a los tratamientos médicos.
- Ayuda a aumentar la efectividad de los mismos.
- Disminuye sus efectos colaterales.
- Acota el tiempo de recuperación del paciente luego de las intervenciones médicas.
- Ayuda a una mejor regulación anímica.
- Disminuye las consultas innecesarias al equipo médico tratante, preservando la relación médico-paciente.

Por otro lado, se menciona que a través de la terapia cognitivo conductual las pacientes logran desarrollar estrategias de solución de problemas en lo relacionado con el cáncer y mejorar los niveles de autoeficacia, así también, es una forma de mejorar la comunicación de la paciente con su pareja y/o familiares y finalmente coadyuva en el enfrentamiento del dolor a través del autocontrol. (Cruzado y Labrador, 1990 y Bayes, 2000 citado en Arrivillaga, Correa Y Salazar, 2007).

En relación a lo anterior, cabe destacar que los diferentes objetivos y beneficios obtenidos a través de este modelo psicoterapéutico propuestas por los autores ya mencionados, convergen en puntos clave como los son:

Una mejora en la adherencia terapéutica, control del distrés y pensamientos irracionales respecto a la enfermedad a través de reestructuración cognitiva y depresión permitiendo mayor control de la paciente en relación a su enfermedad a través de la psicoeducación y la adquisición de nuevas herramientas de afrontamiento, esto en conjunto, permitirá que la paciente tenga una mejor calidad de vida y funge como un elemento coadyuvante en la disminución de la sintomatología física y emocional de la paciente.

### **3.4.4.1 Técnicas cognitivo- conductuales empleadas en pacientes con cáncer de mama**

Prieto (2004) expone algunas de las principales técnicas las cuales se dividen en tres categorías, dicha clasificación corresponde a modelo A-B-C las cuales se describen a continuación:

#### **3.4.4.1.1 Técnicas puramente cognitivas**

Entrenamiento en detección de creencias irracionales: la paciente debe decir sus creencias negativas en relación a la enfermedad indicando la intensidad, en una escala de uno a diez.

- Técnicas de persuasión verbal: debate entre paciente y terapeuta, donde se establece qué tan lógicas o válidas son las creencias que la paciente tiene frente al cáncer.
- Distracción cognitiva: se desarrollan tareas para la paciente con fin de que ésta, enfrente la fijación de sus creencias e implante otras más racionales.

Por otro lado, Juárez y Almanza (2011) propone otras técnicas incluidas dentro del ámbito cognitivo y las describen como ejercicios sencillos que se enseñan y efectúan en el consultorio para luego repetirse en casa como tareas asignadas, resultan de utilidad para reducir la severidad de algunos síntomas propios del cáncer dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

- “Como si”: Ejercicio inicial dentro del consultorio a efectuar posteriormente en el hogar, pero de manera específica, consisten en instruir al paciente a actuar “como si” no pasara nada, como si todo estuviera bien. El pensamiento positivo conduce a una sensación general de bienestar que es de gran valor como estrategia de apoyo para momentos difíciles. (Juárez y Almanza, 2011).

- Redefinir objetivos: Tras el análisis de diversas situaciones, proyectos o asuntos pendientes, se ayuda al paciente a redefinir dichas tareas rescatando en lo posible dichos proyectos modificando su alcance o su duración y adaptándola su nueva situación, de modo que se combata el pesimismo. (Juárez y Almanza, 2011).
- Combatir el catastrofismo: Tras identificar la presencia de ideas sobrevaloradas o francamente catastróficas, se instruye a los pacientes para que modifican el impacto y el peso catastrófico de las mismas, apoyando ello con información confiable y real que el terapeuta proporcionará, con un apego mayor a la realidad y una reacción de menor perturbación. (Juárez y Almanza, 2011).
- Centrarse en la calidad de vida: El abordaje psicooncológico privilegia la calidad de vida y enfatiza el enriquecimiento de la misma a partir del profundo proceso de reflexión que la presencia del cáncer suele traer a la vida de casi todas las personas. A partir de ello la reformulación de metas y la valoración de cada minuto cobran un mayor significado. (Juárez y Almanza, 2011).
- Respiración dirigida: El control de la respiración es una técnica fundamental para el manejo de la ansiedad y del estrés. La intervención implica que los pacientes sean enseñados a controlar el ritmo de su respiración para tener conciencia de la velocidad y profundidad de la respiración y como ello modifica el estado de ansiedad, contribuyendo a la disminución de la misma, así como al mejor control de otros síntomas frecuentes en cáncer, tales como la náusea y el dolor. (Juárez y Almanza, 2011).
- Relajación progresiva: Constituye en llevar a cabo un proceso que combina el control de la respiración y la relajación muscular. Es útil para controlar la ansiedad, el dolor y la náusea. De manera típica, se realiza en decúbito dorsal, respirando de forma tranquila, profunda y relajada, a medida que se tensan y



relajas los distintos grupos musculares comenzando de los pies hacia la cabeza o viceversa. Cada grupo muscular se extensa y relaja alternativamente mientras la respiración continua en forma acompasada. No debe olvidarse ningún grupo muscular, cabeza, cuello, hombros, cara, brazos, antebrazos, manos, tórax, abdomen, espalda alta, baja, abdomen bajo, nalgas, muslos, piernas, y pies. Es útil buscar algunas o algunas palabras clave que se identifiquen y se relacionen con paz y calma, de modo que, en ejercicios ulteriores, la repetición de dicha palabra o palabras coadyuven al proceso de relajación. (Juárez y Almanza, 2011).

- Expresión de la ira: La expresión de las emociones, particularmente de aquéllas con una connotación negativa como el enojo, la rabia y la ira, puede dirigirse mediante el golpeteo (lanzar golpes a objetos suaves y mullidos, como colchones o cojines); mediante la expresión verbal del enojo con frases como “basta”, “déjame en paz”, etc., dichas con énfasis, pasión y rabia; mediante el pateo igualmente de objetos suaves que no causen daño al paciente ni signifiquen destrucción, todo ello seguido de un proceso de catarsis y reflexión, disminuye la ansiedad, ayuda a la relajación muscular y libera tensión largamente acumulada. Las emociones pueden ser dirigidas hacia personas, eventos o abstracciones, tales como la enfermedad (Juárez y Almanza, 2011).

#### **3.4.4.1.2 Técnicas conductuales**

- Entrenamiento de habilidades sociales y asertividad: se entrena a la paciente en el proceso y adquisición de conductas o habilidades benéficas para la superación del miedo, el sentimiento de aislamiento, dificultades de comunicación, entre otros. (Juárez y Almanza, 2011).
- Programación de actividades: se pretende aumentar la motivación de la paciente y las habilidades en la resolución de problemas que puedan aparecer

por causa de la enfermedad, ya sean matrimoniales, profesionales, sexuales, etc. (Juárez y Almanza, 2011).

- Exposición de las situaciones temidas: invitar a la paciente a que se enfrente a las situaciones que más tema con el fin de debatir frente a ellas. (Juárez y Almanza, 2011).

#### **3.4.4.1.3 Técnicas emotivas**

- Imaginación racional emotiva: se emplea la visualización como un elemento para que la paciente se enfrente con las situaciones a las que más le tendría miedo, y así, invierta o cambie la emoción que dicha situación le hace sentir. (Juárez y Almanza, 2011).
- Técnicas humorísticas: reducir las exageraciones y el dramatismo que la paciente atribuye a la enfermedad, a través del sentido del humor. (Juárez y Almanza, 2011).
- Biblioterapia: ofrecer a la paciente diferentes libros que le permitan contar con conceptos nuevos y cambiar sus creencias irracionales. (Juárez y Almanza, 2011).

#### **3.4.4.1.4 Técnicas de psicoeducación**

De acuerdo con Juárez y Almanza (2011) se recomienda en términos generales para todos los pacientes en la fase inicial de la enfermedad, pues disminuyen el estrés y la ansiedad ante la sospecha y/o la confirmación del diagnóstico de cáncer. Su carácter es informativo y educacional. La duración estándar es de 30 a 90 minutos y proporciona a la paciente un espacio para efectuar preguntas relacionadas con la sospecha de cáncer, las expectativas o fantasías existentes respecto al diagnóstico,

la exploración de mitos o ideas distorsionadas respecto al cáncer y a recibir información básica y general sobre los tratamientos y los recursos existentes para apoyar la lucha contra el cáncer. La información no debe ser exhaustiva, sino general.

Es importante mencionar que la terapia cognitivo-conductual es una de las más empleadas dentro del ámbito de la psicooncología, ya que sus intervenciones abarcan gran parte de las quejas presentadas por las pacientes, además de su alta funcionalidad y su flexibilidad en cuanto al tiempo de intervención. Otra de las principales razones que justifican su éxito terapéutico es el manejo con ideas, creencias y tabúes respecto al cáncer y la autoimagen que las pacientes general, principalmente después de algún tratamiento médico, ya que muchas de las principales alteraciones psicológicas se generan por las connotaciones personales y sociales que se le atribuyen al término “cáncer” los cuales en ocasiones son catastrofistas y llevan tanto a la paciente como a su familia a un círculo de negatividad del cual será necesario salir, la reestructuración cognitiva en conjunto con la psicoeducación es uno de los primeros y principales pasos en el inicio de la psicoterapia cognitivo conductual, orientar al paciente, y brindar información verídica y certera le permitirá tener mayor seguridad en la toma de decisiones sobre su tratamiento y de esta manera en conjunto con el terapeuta podrá trazar un camino a seguir para el manejo de su enfermedad y mejora de su calidad de vida.

Finalmente, las técnicas que se utilicen, así como el modelo psicoterapéutico que se emplee en el trabajo con pacientes que padecen cáncer de mama, dependerá en gran medida del tipo de paciente y la experiencia profesional del psicooncólogo, sin dejar de lado, que independientemente de las estrategias de las que se haga uso, se deberá buscar que éstas se adapten a sus necesidades y a través de estas generen fortalezas que les permitan enfrentar su proceso terapéutico ante la recuperación de su salud. La terapia cognitivo conductual ha sido un modelo predominante dentro de la psicoterapia en enfermedades crónicas y en este sentido, dentro de la psicooncología, ha abierto el camino del psicólogo como una pieza clave en la mejora de la calidad de vida de las pacientes y sobre todo en la predisposición de éstas para recuperar su salud

## **Capítulo 4. Teoría social cognitiva**

## 4.1 Definición

La teoría social cognitiva plantea que las personas aprenden de sus entornos sociales. Schunk (2012) menciona que, en la teoría de Bandura, el funcionamiento humano es considerado como una serie de interacciones recíprocas entre factores personales, conductas y acontecimientos ambientales. El aprendizaje es una actividad de procesamiento de información en la que el conocimiento se organiza a nivel cognoscitivo como representaciones simbólicas que sirven como guías para la acción.

El mismo autor resalta las ideas de Bandura respecto al aprendizaje y comenta que este ocurre en acto mediante la ejecución real y de forma vicaria al observar modelos, escuchar instrucciones y utilizar materiales impresos o electrónicos. Las consecuencias de la conducta son especialmente importantes. Las conductas que producen consecuencias exitosas se conservan y las que conducen al fracaso se descartan.

Es así que, Bandura ha establecido que tanto la conducta como el aprendizaje de las personas se rige en gran medida por el ambiente que les rodea, y a través de las respuestas que obtienen de su medio es como redireccionan sus acciones para lograr el cumplimiento de sus objetivos, es importante mencionar que la teoría cognoscitiva a diferencia del condicionamiento operante brinda una importancia superior a los procesos motivacionales y cognoscitivos que van más allá de conductas mecánicas, esta teoría se ha centrado principalmente en los procesos intelectuales que surgen a través de la experiencia social, y cómo dichos procesos refuerzan las conductas futuras del individuo.

A través de lo anterior esta teoría habla de cómo un individuo es capaz de adquirir nuevas pautas de comportamiento o conductas resultantes de su interacción con otros sujetos que le rodean, a través de procesos como imitación, modelado, motivación, autorregulación y su autoeficacia que conducen al sujeto a responder de una manera particular, es así que la teoría del aprendizaje social, establece que gran parte de la personalidad del sujeto se ve moldeada por el entorno en el que se desarrolla.

Bandura (1977) menciona que esta parte de la base de que las personas no están equipadas con un repertorio de conductas innatas y por ende, hay que aprenderlas, en donde Bandura destaca la relación de las influencias de la experiencia con los factores fisiológicos como supuesto.

Siguiendo con el mismo autor el aprendizaje se da en gran parte por las respuestas del individuo y las consecuencias a dichas respuestas ya sean positivas o negativas. De estas respuestas resultan tres funciones que explican y detallan cómo se aprende a través de las consecuencias: normativa (básicamente proporcionan información), motivacional (por las consecuencias que prevén de sus respuestas), reforzante (para regular las conductas aprendidas, no crearlas). Desde la teoría del aprendizaje social, el refuerzo se considera como un factor que facilita el proceso y no como una condición necesaria, ya que hay otros muchos factores de influencia para la persona.

Para Bandura, existen tres procesos los cuales considera indispensables dentro del proceso de aprendizaje, los cuales son

## **4.2 Modelado**

Cormier y Cormier (1994) refieren al modelado como el proceso de aprendizaje observacional donde la conducta de un individuo o grupo, el modelo actúa como estímulo para los pensamientos, actitudes o conductas de otro individuo o grupo que observa la ejecución del modelo.

Olivares y Méndez (1998) refieren que este concepto introducido por Bandura en la teoría cognitiva social, parte del supuesto básico de que la mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado. Es decir, desde pequeños los sujetos aprenden por observación de las conductas que los padres manifiestan y estos son el primer núcleo social a través del cual adquiere pautas comportamentales y establece marcos de referencia para conductas futuras, posteriormente el sujeto entra a diferentes y nuevos grupos sociales, los cuales, al

igual que con sus padres, actúa con base en los modelos que le representan las personas que le rodean.

cualquier comportamiento que se pueda adquirir o modificar por medio de una experiencia directa es, en principio, susceptible de aprenderse o modificarse por la observación de la conducta de los demás y de las consecuencias que se derivan. (Olivares y Méndez, 1998).

Los mismos autores hacen mención de los procesos de mediación simbólica a través de los cuales el sujeto adquiere representaciones simbólicas de la conducta modelada y no meras asociaciones específicas E-R, seguido de esto, el sujeto observa la conducta del modelo y la imita con el objetivo de adquirir nuevos patrones de respuesta, fortalecer o debilitar respuestas y facilitar la ejecución de respuestas ya existentes en su repertorio.

Por otro lado, Schunk (1997) refiere que el aprendizaje por observación o modelado se adquiere a través del desarrollo de cuatro fases las cuales se describen a continuación:

#### **4.2.1 Atención**

La atención se dirige acentuando físicamente las características sobresalientes, subdividiendo las actividades complejas en partes, utilizando modelos componentes y demostrando la utilidad de los comportamientos modelados. (Schunk, 1997)

#### **4.2.2 Retención**

La retención aumenta al repasar la información, codificándola en forma visual o simbólica y relacionando el nuevo material con el almacenamiento en la memoria. Dentro de este proceso se requiere codificar y transformar la información modelada para almacenarla en la memoria, así como organizarla y repasarla cognoscitivamente.

El aprendizaje por observación descansa en dos medios de almacenamiento cognoscitivo de la información: imaginario y verbal. (Schunk, 1997).

### **4.2.3 Producción**

Las conductas se comparan con la representación conceptual (mental) personal. La retroalimentación ayuda a corregir las discrepancias. De acuerdo con Bandura (1977) consiste en traducir las concepciones visuales y simbólicas de los sucesos modelados en conductas abiertas. Es posible aprender muchos actos simples con solo observarlos, y la producción de los observadores revela que han aprendido bien los comportamientos; pero son raras las conductas complejas que se aprenden por mera observación: estas se adquieren por una combinación de modelamiento, práctica conducida y retroalimentación correctiva. (Schunk, 1997).

### **4.2.4 Motivación**

Por otro lado, Schunk (1997) refiere que la motivación, el cuarto proceso, influye en el aprendizaje por observación puesto que la gente es más proclive a atender, retener y producir las acciones modeladas que creen que son importantes. El mismo autor menciona que quienes piensan que los modelos poseen una destreza que es útil saber, se inclinan a observarlos y se esfuerzan por retener lo que aprenden. Los individuos no exhiben todos los conocimientos, procedimientos y habilidades que adquieren por observación; ejecutan las acciones que creen que tendrán resultados reforzantes y evitan las que suponen que traerán consecuencias negativas.

A través del desarrollo de las fases anteriores se puede interpretar la manera en que los individuos adquieren nuevos aprendizajes, el modelado, es un elemento fundamental e integra un proceso cognitivo estructurado que permite observar, integrar y retener el conocimiento a través de procesos que van más allá de un reforzamiento primario, es por ello, que resulta importante retomar las fases anteriores haciendo énfasis en que el aprendizaje social a pesar de que adopta algunos elementos del



conductismo, le otorga gran importancia a los procesos cognitivos que en este caso, funcionan como reforzadores motivacionales, los cuales posteriormente y de acuerdo a las respuestas del medio generaran autocontrol y la regulación de acciones futuras.

### **4.3 Autorregulación**

Schunk (2012) refiere que este sentimiento de agencia se manifiesta en actos intencionales, procesos cognoscitivos y procesos afectivos, es decir, el sujeto buscará regular su conducta para lograr las metas que se ha establecido y dicha regulación se logrará a través de procesos de motivación, juicios respecto a su propio comportamiento y expectativas de reconocimiento ante el logro de sus objetivos.

Es así que la autorregulación es un proceso a través del cual el individuo hace una evaluación de sus propias acciones con el fin de conseguir ciertos objetivos, así como el modelado la autorregulación también es un proceso el cual Bandura describe como el control que tiene la persona sobre su propio comportamiento, lo que permite evaluar constantemente sus acciones y con ello, alcanzar sus metas. (Bandura, 1969).

Un aspecto central en este concepto de la agencia personal es la autorregulación (aprendizaje autorregulado) o el proceso mediante el cual los individuos activan y mantienen las conductas, las cogniciones y los afectos, los cuales están sistemáticamente orientados hacia el logro de metas (Zimmerman y Schunk, 2001 Citado en Schunk 2012).

De acuerdo con Schunk (2012) una de las primeras perspectivas cognoscitivas sociales consideraba que la autorregulación incluye tres procesos:

#### **4.3.1 Autoobservación**

La autoobservación implica comparar los aspectos observados de la conducta propia con estándares y reaccionar de manera positiva o negativa. Las evaluaciones y

reacciones de las personas establecen las condiciones para otras observaciones de esos u otros aspectos de la conducta. Tampoco esos procesos operan de manera independiente del entorno (Schunk, 2012).

#### **4.3.2 Autoenjuiciamiento**

Se refiere a la comparación que hace el aprendiz de su nivel actual de desempeño en relación con el que se propuso como meta. Estos juicios dependen del tipo de estándares de autoevaluación empleados, de las propiedades de la meta, de la importancia de alcanzarla y de las atribuciones. (Zimmerman y Schunk, 2004).

#### **4.3.3 Autorreacción**

Las reacciones ante el progreso personal hacia la meta motivan la conducta. La creencia de que el progreso que se hace es aceptable, aunada a la satisfacción anticipada de alcanzar la meta, mejora la autoeficacia y mantiene la motivación (Zimmerman y Schunk, 2004).

Otra característica distintiva de la teoría cognoscitiva social es el papel central que asigna a las funciones de autorregulación. Las personas no actúan sólo para ajustarse a las preferencias de los demás; gran parte de su conducta es motivada y regulada por estándares internos y respuestas de autoevaluación de sus propias acciones. Una vez que se adoptan estándares personales, las discrepancias que existen entre una acción y los estándares con que se mide activan reacciones de autoevaluación que influyen en el comportamiento subsecuente. Por lo tanto, entre las cuestiones que determinan una acción se encuentran las influencias autoproducidas (Bandura, 1986, p. 20).

Bandura (2005) enfatizó la importancia de la autorregulación para la salud y el bienestar.

Por otro lado, el desarrollo y mantenimiento de estilos de vida saludables a menudo se han descrito en términos de prescripciones de manejo médico, pero los investigadores y los profesionales están destacando cada vez más el automanejo en colaboración; el cual incluye muchos de los procesos cognoscitivos sociales descritos en este capítulo: la autovigilancia de las conductas relacionadas con la salud, las metas y la autoeficacia para alcanzarlas, la autoevaluación del progreso, y los incentivos personales y los apoyos sociales para mantener estilos de vida saludables.

Esta perspectiva de la salud y el bienestar refleja el concepto de agencia de Bandura (2005) sobre el funcionamiento humano, es así que un cambio exitoso del estilo de vida que se mantiene con el tiempo exige que las personas se consideren autoeficaces para manejar sus propias actividades y controlar los eventos que afectan sus vidas.

#### **4.4 Autoeficacia**

La autoeficacia es un término introducido por Bandura el cual ha extendido su aplicación en diferentes ámbitos, siendo un elemento estudiado en el contexto de la salud por su influencia en el tratamiento del dolor, enfermedades crónicas y la extensa vinculación que se ha hecho de este término con la inoculación del estrés y ansiedad dentro del tratamiento multidisciplinario que reciben los pacientes, la autoeficacia ha sido un elemento clave de estudio en los últimos años ya que muestra que bajo niveles de motivación importantes en contraste con las creencias que los pacientes tienen sobre sus capacidades para obtener ciertos resultados ha favorecido el proceso de recuperación de la salud ya que este tipo de percepciones de autoeficacia, influyen entre otras cosas, a la adherencia terapéutica de los pacientes, antes de exponer las implicaciones de la autoeficacia en la salud.

Bandura (1986) define la autoeficacia de la siguiente manera: “Son los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (p. 373)

Es así que, de acuerdo con las postulaciones de Bandura, la autoeficacia es un proceso psicológico fundamental en los seres humanos, el cual está presente en todos los entornos del individuo tales como el educativo, social, familiar, entre otros y es a través de la autoeficacia que el individuo logra evaluar sus capacidades, aptitudes y elabora juicios respecto a sus habilidades para alcanzar determinadas metas.

Como se ha mencionado anteriormente, la autoeficacia afecta el comportamiento a través de procesos cognoscitivos, de motivación, afectivos y de toma de decisiones. Por consiguiente, la autoeficacia influye en los pensamientos de las personas, que pueden ser positivos o negativos, en la manera en que se motivan a sí mismas y perseveran durante las dificultades, en la forma en que manejan sus emociones, especialmente durante periodos de estrés, en qué tan resilientes son ante los obstáculos y en las decisiones que toman en momentos críticos (Benight y Bandura, 2004).

La autoeficacia es uno de los principales postulados en la teoría cognitiva social, dentro de esta se retoman diversos mecanismos involucrados en los cambios conductuales de los sujetos, sin embargo, a pesar de que retoma elementos del conductismo, intenta dotarlos de procesos cognitivos para que, de esta manera, las respuestas del individuo sean producidas a través de procesos superiores y no sólo basados en procesos mecánicos de estímulos y respuestas, es así , que Bandura refiere que la regulación conductual, es producto no sólo de las consecuencias de las acciones, sino de los juicios previos que se hacen antes de ejecutarlas, a través de mecanismos de control internos que permiten identificar las habilidades y recursos de los que dispone la persona para llevar a cabo dicha acción y que esta consume de manera exitosa.

Es así que de acuerdo con Caro la autoeficacia intenta integrar las variables cognitivas, interpretativas de las personas, pero afirmando que su consecución sólo es posible a través de procedimientos conductuales. Las creencias de autoeficacia sirven como mecanismos cognitivos para el cambio conductual. (Bandura, 1977 citado en Caro, 1987).

Así también, refiere que el supuesto básico de la teoría de la Autoeficacia, es que ésta mejora la predicción. Es decir, los resultados de las medidas de autoeficacia ofrecen predicciones finas tanto de las acciones humanas como de las reacciones afectivas. Superan, en este sentido, como predictores, a la conducta manifiesta. (Bandura, 1977).

El mismo autor menciona que, aunque la autoeficacia influye en la conducta de los sujetos, no se le puede considerar como determinante en la ejecución de una acción ya que es acompañada por otros procesos como la motivación, influencia del contexto que le rodea, así como diversos procesos de modelado y patrones adquiridos socialmente.

Por otro lado, la autoeficacia se puede ver disminuida por una serie de factores que afectan su ejecución entre estos se destacan los siguientes:

- Factores situacionales que acompañan una ejecución pobre, pueden hacer que pensemos que somos incompetentes. (Bandura, 1982).
- En relación a factores que disminuyen directamente la autoeficacia, se encuentran experiencias repetidas de fracaso atribuidas a déficits en las habilidades personales. (Bandura, 1982).

Uno de los puntos medulares dentro de la teoría de autoeficacia, son las diferentes expectativas que genera una persona previa a la ejecución de una acción, Bandura las clasifica en dos, las cuales son expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado.

#### **4.4.1 Expectativas de autoeficacia**

Se refiere a la convicción de que uno mismo puede ejecutar con éxito la conducta necesaria para producir un resultado. (Caro, 1987)

#### **4.4.2 Expectativas de resultado**

Son las estimaciones personales de que realizar una conducta con éxito conducirá a ciertos resultados. (Caro, 1987).

En cuanto a lo anterior, existe una gran controversia entre las líneas que separan una expectativa de la otra, sin embargo, Font (1991) realiza la siguiente crítica en cuanto al nivel predictivo de las expectativas, mencionando que las creencias respecto al resultado, podrían poseer, por sí solas, una capacidad limitada para predecir el comportamiento humano, exponiendo el siguiente ejemplo: “ las personas suelen ser conscientes de que no siempre actúan de la mejor manera para sus propios intereses, especialmente en el campo de la salud. La gente continúa fumando aunque los peligros del tabaco sean conocidos. Con frecuencia, las personas con exceso de peso no modifican su dieta pese a las advertencias del médico sobre los peligros de la obesidad. Lo mismo ocurre con el estrés: se sabe que puede ser perjudicial, pero la gente continúa viviendo estresada y no rechaza actividades que le producen estrés”. (Font, 1991, p. 55).

Continuando con el mismo autor, resalta que, en el campo de la salud, unas expectativas elevadas de eficacia (sentirse capaz de realizar un comportamiento determinado), parece ser una condición necesaria para que la persona emprenda acciones para proteger su salud. No obstante, uno puede sentirse capaz de hacer una determinada conducta preventiva, y, de hecho, no llevarla, a cabo en la práctica, o realizarla muy pocas veces. Así pues, esta expectativa de eficacia, tampoco resulta suficiente para explicar el comportamiento que realizará el sujeto.

Font (1991) menciona que incluso disponiendo de la expectativa de resultado teórico y de la expectativa de autoeficacia, tampoco tenga lugar el comportamiento deseado. Por ejemplo, un fumador puede tener la expectativa de resultado de que fumar produce cáncer y además sentirse capaz de dejar de fumar o por lo menos de intentarlo y, sin embargo, no dejar de fumar. Por contradictorio que parezca, esta aparente limitación de la teoría de la autoeficacia podría resolverse en el marco de esta misma teoría, distinguiendo un tercer tipo de expectativas:

#### **4.4.3 Expectativas de resultado autorreferencial**

“Se trataría de una expectativa puente entre las dos anteriores. Una persona puede creer que fumar produce cáncer pero que en su caso ello no va a ocurrir. En este sentido, la expectativa de resultado teórico de que fumar produce cáncer no es incompatible con la expectativa de resultado autorreferencial de "a mí no me va a tocar". La expectativa autorreferencial indicaría en qué medida la persona tiene confianza en o cree que la expectativa de resultado teórico se aplica a su caso particular”. (Font, 1991, p. 55)

El mismo autor menciona que las personas enfermas poseen expectativas diferentes respecto a sus posibilidades de curación. Teóricamente, cuanto más sencilla es la enfermedad, mayores y más parecidas son las expectativas de resultado positivo o curación entre diferentes pacientes.

Por ejemplo, la expectativa de poderse curar de una gripe no difiere mucho entre las personas. En el caso de enfermedades graves y complicadas es de esperar que las diferencias respecto a las expectativas de resultado entre los pacientes sean mayores.

Por otra parte, es lógico suponer que la manera de vivir cada paciente su enfermedad (en otras. palabras, su calidad de vida) estará influenciada por:

- a) sus expectativas respecto a la medida en que cree que la enfermedad que padece es curable, o al menos controlable
  
- b) sus expectativas de autoeficacia o en qué medida se siente capaz de realizar lo necesario para curarse o mantener su estado de salud (seguir el tratamiento, modificar hábitos, etc.).
  
- c) sus expectativas de resultado autorreferencial o confianza en que la posibilidad de curarse se aplicará a su caso particular. (Font, 1991, p. 55,56).

Es así, que de acuerdo con Font, deberá existir una correlación entre las diversas expectativas para que la autoeficacia pueda consolidarse, es decir, siguiendo con el ejemplo de una mujer diagnosticada con cáncer, no solo influirán sus expectativas respecto a las consecuencias de la enfermedad que la aqueja ni tampoco el sólo creerse capaz de vencer la enfermedad, sino el conocer cómo aplicar dicha autoeficacia a su situación actual, tomando en cuenta que posee recursos y capacidades diferentes al resto de las personas que tienen un diagnóstico similar y contemplando que afrontamiento tanto físico como emocional coadyuva de diversas formas en cada paciente.

Al prestar atención en los tres tipos de expectativas que componen la autoeficacia, esta será analizada con mayor amplitud, permitiendo identificar la presencia de estos factores dentro del proceso que implica el tratamiento multidisciplinario aplicado en pacientes con cáncer y así, establecer pautas descriptivas de la coadyuvancia que tienen dentro de la recuperación de la salud.

#### **4.4.4 Elementos de la autoeficacia**

Bandura (1977) refiere que existen tres elementos principales que componen la autoeficacia los cuales son tres: la magnitud, la generalidad, y la fuerza, de acuerdo



con Bandura, dichas propiedades son imprescindibles para la realización exitosa de una tarea.

#### **4.4.4.1 Magnitud**

Esta cualidad hace referencia a la facultad del individuo para categorizar las metas por grado de dificultad, llevando acabo aquellas que considere más fáciles o al alcance de sus habilidades y posteriormente ejecuta aquellas que implican un grado mayor de dificultad, hasta que ejecuta la actividad exitosamente, es importante mencionar que el grado de autoeficacia depende de la percepción de dificultad que una acción tiene (Bandura, 1977).

#### **4.4.4.2 Generalidad**

Este elemento hace referencia a la capacidad del individuo de no sólo creer que puede realizar alguna actividad particular, sino confiar en las propias capacidades para ejecutar cualquier otra actividad. (Bandura, 1977).

#### **4.4.4.3 Fuerza**

Este es factor, hace referencia al grado en el que la persona creé en sí misma para llevar a cabo una acción, es decir, entre menor sea la fuerza de autoeficacia, mayor será la probabilidad de que pensamientos derrotistas y catastróficos saboteen la actividad de la persona, llevándola a desertar, por otro lado, y de forma contraría, entre mayor sea la fuerza de autoeficacia, mayor será la probabilidad de que la persona venza ese tipo de pensamientos ejecutando la acción exitosamente. (Bandura, 1977).

#### **4.4.5 Impacto de la autoeficacia en la conducta**

La relación entre la autoeficacia y la conducta no es directa, sino que se encuentra mediada por procesos psicológicos básicos dentro de los cuales se encuentran los cognitivos y motivacionales. (Bandura 1886 como se citó en Prieto 2007).

##### **4.4.5.1 Procesos cognitivos**

“Las creencias de autoeficacia afectan los patrones de pensamiento, pudiendo favorecer o, por el contrario, inhibir la ejecución de determinadas conductas. La mayoría de las acciones se originan en un principio en el pensamiento y estas construcciones cognitivas, sirven como guía para la acción a través del desarrollo de las competencias personales” (Prieto, 2007, p. 80).

Prieto (2007) menciona que los efectos de la autoeficacia sobre los procesos cognitivos son determinantes ya que el establecimiento de metas, está influido por las evaluaciones que realiza sobre sus propias capacidades para lograr dicha meta con éxito. De esta manera se puede decir que la Autoeficacia es el resultado de todo el proceso cognitivo de valoración en el que interactúan la percepción y el pensamiento sobre la conducta a ejecutar y de este proceso depende la disposición del sujeto para realizarla.

“Otra función importante del pensamiento es que capacita a las personas para predecir situaciones y para controlar el impacto que éstas pueden tener en sus vidas. Esta destreza requiere un procesamiento cognitivo de la información que sea eficaz” (Prieto, 2007, p. 80).

##### **4.4.5.2 Procesos Motivacionales**

“Las creencias de autoeficacia desempeñan un papel importante en la autorregulación de la motivación. La mayoría de las motivaciones personales se generan a nivel

cognitivo, lo que permite que las personas se motiven a sí mismas y guíen sus conductas gracias a su capacidad de anticipación”. (Prieto, 2007, p. 80).

Tomando como referencia lo anterior, cabe mencionar que la motivación es un factor indispensable dentro de la autoeficacia, ya que influye directamente en la fuerza que adquieren las creencias para llevar a cabo determinada acción, es decir, de acuerdo a la motivación que las expectativas de resultado generen en el sujeto, las expectativas de autoeficacia se verán fortalecidas para la consecución de las metas.

Prieto (2007) menciona que Bandura dentro de su teoría social cognitiva hace la distinción entre adquisición y ejecución, dicha diferencia radica en que, a lo largo de la vida, los seres humanos adquieren información todo el tiempo y se mantienen en constante aprendizaje, sin embargo, el tomar dicha información para ejecutar una acción o transformarla en una conducta, dependerá de las motivaciones personales.

#### **4.4.6 Fuentes de autoeficacia**

Moya (2016) menciona que existen cuatro fuentes principales de información de la autoeficacia: los logros de ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y los estados fisiológicos y emocionales.

“Estas fuentes de información proporcionan conocimiento acerca de la propia eficacia, es decir, a través de ellas las personas juzgan sus propias capacidades ante los retos. Cabe señalar que las creencias de autoeficacia se construyen a partir de la interpretación de estas cuatro fuentes de información” (Moya, 2016, p 61).

##### **4.4.6.1 Logros de ejecución**

Esta fuente de información tiene relación con la información que el individuo obtiene a través de la ejecución de ciertas acciones, es decir, esta fuente de autoeficacia se basa en experiencias previas en las cuales el sujeto probó sus capacidades obteniendo los resultados esperados, sin embargo, no sólo se enfoca a los resultados exitosos, sino

a las creencias de autoeficacia generadas ya sea por resultados positivos de las acciones o el fracaso de las mismas. (Moya, 2016).

#### **4.4.6.2 Experiencia Vicaria**

Esta fuente de información se obtiene a través de la observación de modelos de ejecución de una tarea particular, es decir, los sujetos no solo aprenden de su experiencia sino de la observación de los comportamientos de los demás (Pajares, 2002, como se citó en Moya, 2016).

#### **4.4.6.3 Persuasión Verbal**

“Es una fuente de información de la autoeficacia que tiene como propósito reforzar los juicios de capacidad mediante lo que otras personas opinan de las acciones ejecutadas por el individuo” (Moya, 2016, p 63).

Es una técnica de motivación persuasiva para influir en la conducta y se utiliza para inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para conseguir lo que desea ya que la opinión de otros permite aumentar el esfuerzo y favorece las creencias sobre las habilidades personales, disipando los temores que se tienen ante el fracaso (Moya, 2016).

#### **4.4.6.4 Estados fisiológicos y emocionales**

La información proveniente de los estados fisiológicos y emocionales es interpretada por los individuos por las consecuencias somáticas que se derivan de un alto o bajo nivel de activación<sup>8</sup> en la realización de una tarea. En ocasiones, esta información se traduce en el aumento del ritmo cardiaco, temblor muscular, un nudo en el estómago, respiración agitada, sensación de calor, sudoración excesiva, espasmos gástricos, respiración entrecortada o movimientos nerviosos, entre otros muchos. Estas

situaciones, dependiendo de las circunstancias, podrían tener un valor informativo sobre la competencia personal. (Moya, 2016, p. 64).

Esta fuente de información hace referencia a las respuestas físicas y emocionales que se tienen ante determinados eventos, las cuales pueden limitar o potencializar las respuestas del individuo, es decir, antes de ejecutar alguna acción, el sujeto evalúa sus fortalezas y limitaciones físicas, a partir de esto, logra predecir el éxito que tendrán sus acciones para lograr determinado resultado.

#### **4.4.7 La autoeficacia y salud**

Como se ha mencionado anteriormente la autoeficacia es un proceso psicológico de suma importancia en diferentes ámbitos de la vida del individuo, ya que es un proceso de autoevaluación de las propias facultades para llevar a cabo ciertas acciones y hacerlo de manera eficaz, dicho concepto adoptado por Bandura, ha sido retomado ampliamente en el ámbito de la educación y se ha buscado inculcar a los alumnos con la finalidad de mejorar sus niveles de rendimiento, sin embargo, en los últimos años ha ganado terreno en el ámbito de la salud, y se ha resaltado su importancia como factor coadyuvante en diferentes tratamientos empleados en enfermedades crónicas, entre ellas, cáncer.

La autoeficacia tiene mayor amplitud de estudio dentro de las enfermedades que implican niveles elevados de riesgo, ya que es difícil determinar o predecir las consecuencias que dichas enfermedades tendrán en la persona, es por ello que, en este tipo de casos, se hacen presentes todos los recursos tanto físicos como psicológicos del paciente para hacer frente a la enfermedad, recursos que no se presentan con la misma frecuencia en enfermedades transitorias.

La autoeficacia se ha vinculado con la adherencia terapéutica que muestran los pacientes, además de que un estado de fortaleza ante la enfermedad tiene implicaciones emocionales positivas que mejoran el sistema inmunológico, como se

ha mencionado en el capítulo, existen otros factores, que son consecuencia de las expectativas de eficacia como lo es el adherirse al tratamiento que se le ha establecido

Bandura (1997) ha evaluado la adherencia en pacientes adultos con diabetes, cáncer, hipertensión y vih, tomando como indicadores las expectativas de autoeficacia respecto a la enfermedad, las expectativas de eficacia respecto al tratamiento y los cambios en el estilo de vida, encontrando que las expectativas de autoeficacia determinan los cambios conductuales y el esfuerzo que ponen los pacientes para realizar esos cambios.

Lo anterior permite analizar que, en efecto, la autoeficacia es un factor psicológico que determina el compromiso del paciente en apegarse a las especificaciones del médico.

Respecto a la importancia de la adherencia terapéutica Ginarte (2001) comenta lo siguiente:

En el momento actual el tema de la adherencia terapéutica es de gran trascendencia debido a su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento o desapego de las indicaciones del tratamiento no solo es grave porque produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

Por otro lado, el mismo autor refiere que existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica entre estos expone los siguientes:

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

La autoeficacia se incluye dentro de los factores psicosociales del paciente ya que es dentro de estos donde se pueden expresar las creencias, actitudes, atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social expresado por el/la paciente. (Ginarte, 2001).

En cuanto a la relación de la autoeficacia con las conductas de salud Villamarín (1994) refiere que “las expectativas de eficacia pueden influir en la salud a través de sus efectos motivacionales y a través de sus efectos emocionales, entendidos éstos, básicamente, como la capacidad de modulación de la reactividad biológica ante estímulos estresantes” (p. 10).

En cuanto variables motivacionales de carácter cognitivo que determinan la elección de comportamientos y el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos, las expectativas de eficacia:

- Pueden regular los intentos de abandonar los hábitos perjudiciales para la salud: conductas adictivas y ciertas pautas alimentarias.
- Pueden determinar el esfuerzo y la persistencia en el cumplimiento de comportamientos favorecedores de la salud, autoimpuestos o prescritos por profesionales médicos.
- La auto-eficacia respecto de las capacidades físicas puede influir en la rapidez y magnitud de la recuperación después de traumas físicos y enfermedades incapacitantes. (Villamarín, 1994).

El mismo autor refiere que las expectativas de eficacia pueden influir también en la salud a través de sus efectos de carácter emocional, pues parece ser que la capacidad percibida para hacer frente a situaciones estresantes es una variable psicológica crítica en la modulación de la reactividad biológica. En este sentido, una serie de investigaciones recientes realizadas por el propio Bandura y sus colaboradores han puesto de manifiesto que la auto-eficacia modula los parámetros en que se cuantifica

la actividad autonómica del organismo: frecuencia cardíaca, presión sanguínea, y liberación de catecolaminas periféricas adrenalina y noradrenalina (Bandura, Reese y Adams, 1982; Bandura, Taylor, Williams et al., 1985 citado en Villamarín, 1994).

Por otro lado, los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay, & Hecht, citado en Olivari & Urra, 2007).

Los mismos autores han estudiado la importancia de la autoeficacia dentro de la salud, resaltado los principales ámbitos en los que la autoeficacia ha demostrado tener influencia positiva y ha marcado la diferencia en la ejecución de conductas saludables, entre los principales ámbitos, se presentan los siguientes:

#### **4.4.7.1 Autoeficacia y ejercicio**

Se ha encontrado que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia (Rimal, 2001, citado en Olivari y urra, 2007).

Los mismos autores refieren que, además, los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia. (Marcus, Eaton, Rossi y Harlow, 1994, Citado en Olivari y Urra 2007).

Estos hallazgos tienen una importancia e implicaciones para campañas de salud pública, donde los esfuerzos se centran primariamente en aumentar los conocimientos



de salud de la persona y esto sugiere que el aumentar la autoeficacia puede ser una estrategia más promisorio (Olivari y Urra, 2007).

#### **4.4.7.2 Autoeficacia y estrés**

Como se ha mencionado anteriormente, el estrés es uno de los factores que tiene gran influencia dentro de los cambios en el sistema inmunológico, así como en el estado general de salud de las personas.

Las reacciones de estrés estarían gobernadas ampliamente por la percepción de afrontamiento autoeficaz más que por las propiedades objetivas de las amenazas y demandas ambientales que experimente un individuo (Wiendenfeld, O'Leary, Bandura, Brown, Levine y Raska, 1990 citado en Olivari y urra, 2007). Es decir, el sujeto hará frente a las situaciones que le generen estrés porque considera que posee los recursos suficientes para realizar las tareas exitosamente y cuenta con las habilidades para mostrarse a sí mismo que es capaz de afrontarlo más que por disipar el estrés por los posibles riesgos que presente el encontrarse en una situación de esa magnitud.

Para Bandura (1997) la autoeficacia percibida para afrontar eventos amenazantes juega un rol central en las reacciones de estrés.

Por otro lado, se ha demostrado consistentemente que las distintas reacciones de estrés son bajas cuando la gente sabe manejar los estresores, con un adecuado nivel de autoeficacia (Wiendenfeld, Leary, Bandura, Brown, Levine, & Raska 1990 citado en Olivari y Urra, 2007).

Es así que la evidencia sugiere, además, que el mejoramiento de las capacidades de la gente para aminorar las reacciones de estrés puede ser inmunoaumentadas, sugiriendo que la dirección y magnitud de cambios inmunológicos se relacionan con el aumento de la percepción de autoeficacia. (Wiendenfeld *et al.*, 1990, citado en Olivari y Urra, 2007).

El estudio de Wiendenfeld, apoya la hipótesis que la autoeficacia percibida para ejercer control sobre estresores es un modulador del sistema inmunológico. Aquí, la adquisición de un mayor nivel de autoeficacia, para controlar estresores produce más que simples cambios transitorios en la inmunidad. (Wiendenfeld *et al.* 1990, citado en Olivari y Urra, 2007).

#### **4.4.7.3 Autoeficacia y control del dolor**

Dentro del tratamiento psicológico que se brinda a los pacientes que padecen enfermedades crónicas, se emplean estrategias que permiten a los pacientes tener un manejo de su dolor, ya que, en algunos casos, este no se logra disipar con los medicamentos que son administrados, en así que, el empleo de estrategias tanto cognitivas como de relajación, permiten a los pacientes aprender a tener el control de sus síntomas.

El control cognitivo del dolor ha comenzado a recibir una mayor atención en los últimos años. La utilización de estrategias cognitivas es efectiva en la reducción del dolor, superior a algunas otras intervenciones tal como entrenamiento en relajación, y aún superior a medicación analgésica en algunos casos (Litt, 1998, citado en Olivari y Urra, 2007).

La aplicación en salud se ha interesado en temas como autoeficacia y control del dolor crónico. Un ejemplo de esto último, es la investigación de Reid, Williams y Gill (2003), quienes realizaron un estudio prospectivo con 226 adultos mayores, los cuales tenían un historial de dolor musculoesquelético, y que eran autónomos para bañarse, caminar, vestirse y transportarse. Estos fueron evaluados en su nivel de autoeficacia funcional (autoeficacia percibida para realizar acciones que permitan desenvolverse de manera autónoma). Los resultados mostraron que un bajo nivel de autoeficacia funcional estaba relacionado con la aparición de dolor musculoesquelético inhabilitante en estas personas. (Reid, Williams y Gill, 2003, citado Olivari y Urra, 2007).

La correlación presentada anteriormente entre la autoeficacia y las conductas de realización de ejercicio, control del estrés y manejo del dolor, son de las principales bases en las que actualmente, la atención médica se centra para abrir el camino del psicólogo dentro del contexto hospitalario y sobre todo, en el aumento de los estudios asociados a la autoeficacia dentro del contexto de la salud, no sólo a nivel correctivo, sino también, en la promoción de conductas saludables que permitan disminuir la morbilidad de enfermedades que siguen poniendo en jaque al sistema de salud mexicano.

“La teoría de autoeficacia de Bandura ha sido considerada en distintas áreas y ocupa un lugar importante para la adopción de conductas de salud y prevención de riesgos. Así lo explica Bandura, que afirma que las creencias de eficacia afectan a la salud física al menos de dos maneras:

- Una fuerte creencia sobre la habilidad para enfrentarse a determinados estresantes reduce las creencias biológicas que pueden dañar la función del sistema inmune y por el contrario favorece una adecuada respuesta del mismo.
- La autoeficacia determinará en gran medida si las personas consideran cambiar sus hábitos de salud y la adopción de conductas saludables nuevas, así como el nacimiento del cambio”. (Ortego, López, Álvarez y Aparicio, SF, p.13).

#### **4.4.7.4 Autoeficacia y cáncer de mama**

“las expectativas de autoeficacia constituyen un factor que de modo individual o integrado con otros proporcionan herramientas para el cambio hacia la adopción de hábitos de salud” ( Salanova, Grau, Martínez, Cifre, Llorens y García-Renedo, 2004, P 142).

En el contexto de las enfermedades oncológicas, las creencias de autoeficacia muestran su capacidad como variable cognitiva y motivacional que predice la realización de conductas preventivas dirigidas a la detección precoz (acudir a realizarse una mamografía, una revisión ginecológica, o realizar la autoexploración mamaria) (Friedman, Nelson, Webb, Hoffman, y Baer, 1994; Kurtz, Given, Given, y Kurtz, 1993 citado en Salanova, et al. 2004).

En fases de enfermedad, las creencias específicas de autoeficacia se han relacionado con el control de vómitos anticipatorios durante períodos de tratamiento con quimioterapia y otras conductas (Blasco y Villamarín, 1993, citado en Salanova, et al. 2004).

“En otras etapas de enfermedad como fases posteriores al tratamiento, una de las principales tareas de adaptación de los enfermos con cáncer consiste en mantener la sensación de control ante la posibilidad de una recidiva”. (Salanova, et al. 2004, p. 143).

Schwarzer (1992 citado en Salanova et al. 2004) propuso un concepto de autoeficacia general, refiriéndolo como un sentimiento estable de competencia personal para manejar eficazmente cualquier tipo de situación estresante. Se asume aquí que esta creencia es apropiada para la predicción de conductas generales relacionadas con el estilo de vida de los individuos.

Es razonable pensar, que personas con fuertes creencias en su capacidad general para producir cambios exitosos en su entorno, irán acompañados por múltiples cambios en como los sujetos interactúan con su ambiente físico y social, es decir, en conductas específicas (McCarthy y Newcomb, 1992 citado en Salanova, et al 2004).

“En la fase de seguimiento, las mujeres con cáncer de mama han superado etapas anteriores estresantes, por lo que habrán generado, sobre la base de su experiencia, creencias de control, referidas a su capacidad manejar situaciones difíciles y

amenazantes. Y es posible que este sentido de autoeficacia general pueda influir en el estado general de salud". ( Salanova, 2004, p. 143).

Con base en lo anterior se puede concretar que la autoeficacia es un factor psicológico de suma importancia en el proceso de enfermedad, ya que no solo ha demostrado tener efectos dentro del control de la sintomatología, sino que, además, permite disipar estados de estrés, manteniendo el sistema inmunológico en condiciones adecuadas para hacer frente a la enfermedad. La autoeficacia es fluctuante, sobre todo en procesos de enfermedades crónicas que implican amplias situaciones de riesgo, es por ello que esta dependerá de los éxitos o fracasos que se tengan durante el tratamiento, por lo que resulta imprescindible que la autoeficacia se vea fortalecida durante todo el proceso, para mantener las creencias sobre las herramientas y recursos que posee la paciente aun cuando las metas no sean exitosas y así mantener estados de control sobre la enfermedad y promover su adherencia al tratamiento.

## **Método**

## **Diseño de investigación:**

La presente investigación es de tipo documental ya que busca realizar un análisis a nivel teórico respecto a las investigaciones que se han hecho hasta el momento en cuanto a cáncer de mama y expectativas de autoeficacia, con el fin de conocer el papel que se le ha otorgado a la autoeficacia como factor coadyuvante dentro del ámbito de la salud.

## **Método de investigación**

Método analítico sintético a través del cual se estudiarán los elementos que componen el estudio para después generar un análisis sobre la relación que existe entre estos desde un enfoque holístico o integrativo a través del uso de esquemas para la estructuración, análisis y reflexión de la información mediante la generación de redes semánticas que permitan transmitir el conocimiento o estudio del fenómeno autoeficacia como factor coadyuvante al cáncer de mama.

## **Categorías de análisis conceptual**

**Cáncer de mama:** “es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo”. (Práctica Médica Efectiva [PME], 2007, p.1).

**Respuesta psicológica:** “una respuesta de disrupción en la homeostasis psicológica del individuo, en la que fallan los mecanismos de afrontamiento habituales tendentes a reinstaurar dicha homeostasis, lo cual va acompañado de todo un conjunto de consecuencias conductuales, emocionales, cognitivas y biológicas en la persona” (Lorente, 2008, p. 185).

**Tratamiento psicológico:** “intervención profesional, basada en técnicas psicológicas en un contexto clínico (Centro de salud mental, hospital, consulta privada, asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana” (Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud [SEPCYS], 2002, p. 3).

**Autoeficacia:** “juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986, citado en Olaz, 2001).

## **Instrumentos**

Esquemas DEJEC, DICEOX y PROCED empleados para sintetizar la información y presentar la relación semántica de los supuestos teóricos de manera ordenada y dar paso al análisis y reflexión de la misma a través de preguntas como: ¿Cuáles son los principios, axiomas o leyes que postula? ¿Qué conceptos? ¿Qué fenómenos explica? ¿Cuáles son los principales elementos teóricos que apoyan el objetivo de la investigación? ¿Mediante qué procedimientos? entre otras.

## **Fuentes de investigación**

Para la realización de este trabajo se hizo la revisión tanto de fuentes físicas como electrónicas obtenidas a través de plataformas como Redalyc, ScIELO, Elsevier y visita a las diferentes bibliotecas como la biblioteca central y bibliotecas de los diferentes campus de la UNAM, incluyendo la facultad de Psicología.



## **Procedimiento**

### **1.- Elección del tema de investigación**

Se hizo la elección de un tema enfocado en una de las principales problemáticas en el ámbito de salud pública.

### **2.- Búsqueda de fuentes primarias y secundarias**

Se llevó a cabo la búsqueda de fuentes que estuvieran directa e indirectamente vinculadas con el tema de estudio, investigaciones relacionadas y supuesto teóricos que pudieran dar fundamento a la coadyuvancia que la autoeficacia brinda dentro del proceso de salud- enfermedad, específicamente en cáncer de mama.

### **3.- Elaboración de fichas de trabajo**

Se hizo la abstracción de información a través de fichas de trabajo y elaboración de resúmenes, con el fin de rescatar datos puntuales y certeros, sintetizándolos para evitar la integración de información que sobrepasara los objetivos propuestos en la presente investigación.

### **4.- Análisis de la información a través del uso de esquemas DEJEC, DICEOX, PROCED**

Se hizo el análisis de la información a través del uso de esquemas para poder estructurar la información obtenida mediante las fichas de trabajo, con el fin de exponer la información, procedimientos y conceptos de forma gráfica y así facilitar la comprensión y asociación de las diferentes teorías expuestas en el presente trabajo.

**5.- Inicio del análisis sintético de la información para la asociación teórica entre las categorías de análisis conceptual.**

Generación de relaciones a nivel teórico de las categorías de análisis conceptual con el fin de generar un panorama documental de la vinculación que se ha generado en estudios previos enfocados a la autoeficacia en el ámbito de la salud y su influencia en la recuperación de la salud.

**6.- Elaboración de una propuesta de intervención basada en la información obtenida a través de la investigación documental.**

A través de la búsqueda de material que pudiera mostrar la relación entre las categorías de análisis conceptual autoeficacia y cáncer de mama, se generó una propuesta de intervención basada en el modelo cognitivo conductual.

## Discusión y conclusiones

A través del material teórico presentado en el presente trabajo se ha logrado evidenciar que la autoeficacia es un factor determinante dentro del proceso de tratamiento contra el cáncer de mama, siendo un elemento coadyuvante para el logro metas enfocadas tanto al tratamiento médico como psicológico. Estudios previos han demostrado la influencia que la autoeficacia tienen en la recuperación de la salud y mejora de la calidad de vida al generar expectativas de eficacia y motivación a nivel cognitivo que aumenten la adherencia que se tiene al tratamiento, así como la disminución de los niveles de estrés al considerarse capaces de lograr determinados objetivos de forma exitosa mediante la validación de las creencias en sus aptitudes y capacidades.

El tratamiento psicológico es entonces, un factor indispensable desde el diagnóstico ya que además del impacto físico, este genera graves secuelas en el estado emocional y social de las pacientes, desequilibrando su estilo de vida y vulnerando sus redes de apoyo, es por ello que de acuerdo con los estudios presentados por la psiconeuroinmunología, las alteraciones mentales pueden desencadenar reacciones fisiológicas que alteran al sistema inmunológico, en relación a esto, si bien es un hecho que aún no existen estudios que puedan mostrar de forma objetiva las secuelas corporales producidas por factores psicológicos, se han aumentado las investigaciones que enfocan su atención en la medición del tiempo de vida en grupos comparativos de demuestran el impacto a nivel físico que puede generar la intervención psicológica, mejorando incluso el pronóstico de las pacientes.

La mejora presente en las pacientes asociada a la autoeficacia se ha vinculado a 3 factores principalmente los cuales son: adherencia al tratamiento, disminución de los niveles de estrés y mejora en la comunicación asertiva con los profesionales que atienden el caso, es así que, al enfocar la atención terapéutica en la mejora de las expectativas de autoeficacia, resultado y autorreferenciales, las mujeres generarán una serie de creencias de autoevaluación de sus habilidades que impactan directamente en dichos factores, esta asociación permite abrir una pauta para generar

programas que tengan el objetivo de fortalecer la autoeficacia con el fin de mejorar la respuesta general ante el tratamiento y por consiguiente brindar una mejor calidad de vida a la paciente y las personas que le rodean.

Lo anterior se resume en lo siguiente: una mujer autoeficaz será capaz de seguir las indicaciones de su tratamiento por si sola sin la necesidad de que su familia deba acompañarla continuamente para conseguir su adherencia, por lo tanto, al tener un adecuado seguimiento, las posibilidades de que este sea exitoso aumentarán.

Por otro lado, poseer creencias sobre las cualidades que se poseen para hacer frente al tratamiento permitirá la disminución del estrés generado por la incertidumbre de los tratamientos y las secuelas posteriores a este.

Es importante mencionar que promover la motivación que se encuentra intrínseca a la autoeficacia proporcionará a la paciente estrategias que le permitan disipar sus dudas, permitiendo que su comunicación con el médico de cabecera y los demás miembros del equipo sea asertiva, generando confianza en su proceso y disminuyendo pensamientos catastróficos de puedan desencadenar altos niveles de estrés que afecten su organismo.

Es así que, la investigación permite resolver las preguntas de investigación planteadas al inicio de esta, sin embargo, también abre el camino a futuras investigaciones en las que se puede adentrar el estudio de la autoeficacia en relación a respuestas psicológicas específicas como la prevención de depresión en este tipo de pacientes, autoestima y autoimagen, relaciones familiares, así como la asociación de esta con factores psicosociales que incluyen nivel socioeconómico y fuentes externas de autoeficacia.

Por otro lado, el programa presentado como anexo en esta investigación es un elemento que puede emplearse como punto de partida para enfocar un estudio en el que se pueda evidenciar la efectividad del programa aplicado en mujeres con este diagnóstico.

La propuesta de intervención antes mencionada surge a raíz de la ambigüedad presente en los modelos de intervención estudiados que actualmente se utilizan en la intervención psicológica enfocada a pacientes con cáncer de mama, adoptadas por la psicooncología para mejorar el equilibrio mental y familiar de las pacientes, ya que a pesar de que la Psicología se ha abierto camino dentro del ámbito hospitalario, no existen estrategias o modelos de intervención que generen programas enfocados a las necesidades específicas tanto de las pacientes como de sus familiares, pareciera que las intervenciones son amplias y cubren las demandas, no obstante, aún queda un largo camino por recorrer en cuanto a intervención psicooncológica. Se ha ganado terreno en el sector salud, las áreas de la psicología enfocadas en el estudio de los problemas de salud física siguen extendiéndose, sin embargo, aún falta ampliar los esfuerzos por generar nuevas y mejores estrategias basadas en los diferentes modelos de la psicología que sean diseñados a través de la detección de las necesidades de las pacientes y no sólo mediante la generalización de estas.

Como se ha presentado anteriormente el enfoque cognitivo conductual es uno de los más utilizados dentro de este sector por la eficacia demostrada, sin embargo, existen deficiencias en otros ámbitos como las redes de apoyo familiar, en las cuales no existe amplia información de estrategias de intervención enfocada a este factor que cobra relevancia en el proceso de recuperación de la salud de la paciente, aún se sigue utilizando erróneamente el término “terapia grupal” como sinónimo de “terapia familiar”, por lo que es importante empezar a generar estrategias propias de los modelos en terapia sistémica que atiendan estas faltas.

La autoeficacia es un elemento clave en la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, el implementar estrategias de intervención a

nivel psicológico coadyuva en el tratamiento multidisciplinario que recibe, sin embargo, es importante mencionar que un elemento que no debe dejarse de lado es el fortalecimiento de esta cualidad no sólo al momento de diagnóstico y proceso posterior a este, sino también dentro de la implementación de medidas enfocadas a la prevención a través de la relación de la autoeficacia con las creencias que la población tiene respecto a la salud y las expectativas autorreferenciales, de eficacia y resultado que generan la adquisición de nuevos y mejores hábitos de salud.

Por otro lado, es importante mencionar que la Psicología tiene una relevancia dentro de la salud física que no se puede subestimar, tomando en cuenta el impacto que el cáncer tiene en la salud de la población, es trascendental que se sigan aumentando los esfuerzos por parte de los profesionales vinculados a las ciencias de la salud para lograr que este tipo de padecimientos afecten en menor grado la estabilidad de biopsicosocial de quien la padece, brindando de manera colaborativa nuevos estándares en cuanto a la calidad de vida de las pacientes que puedan favorecer las expectativas de su pronóstico.

Además del análisis documental, se ha considerado importante brindar una propuesta de tratamiento enfocada a la intervención específica de la autoeficacia desde una perspectiva cognitivo conductual que sea aplicada a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, esto con el fin de abrir una pauta para futuras investigaciones en las que se compruebe su efectividad y pueda generar un estándar de aplicación a mujeres que se encuentran en proceso de tratamiento, buscando así que esta investigación sirva como referente para un exhaustivo trabajo enfocado en resaltar las cualidades psicológicas dentro del proceso salud- enfermedad.

## **Limitaciones y sugerencias**

Adentrarse al ámbito hospitalario, específicamente con pacientes oncológicos fue uno de los principales retos dentro de esta investigación aunado a la limitación en cuanto a tiempo para la realización de la misma. Los protocolos establecidos por las instituciones para brindar el contacto con las pacientes son estrictos por la vulnerabilidad de las mujeres con este padecimiento y la estigmatización del cáncer como un asunto delicado, es por ello que la investigación no se pudo extender a ningún tipo de intervención, por lo cual se recomienda se consideren los tiempos, el acceso y variabilidad de la muestra, para ampliar las expectativas y objetivos de una futura investigación que pueda enriquecer los conocimientos presentados en este trabajo a través de la puesta en marcha de elementos propuestos en este marco referencial.

## REFERENCIAS

- Abugattas, J., Manrique, J., & Vidaurre, T. (2015). Mamografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 69 (3). 311-319.
- Almanza, J. Straker, N. & Holland, J. (1999). Psicoterapia psicodinámica en pacientes con cáncer. *Cuadernos de Psicoanálisis*. 32 (3,4). 206- 221.
- Alonso, C. & Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en pacientes con cáncer, recuperado 23/04/2018, de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- Amaro, M. (2014). Cáncer de mama: Mastectomía y Sexualidad. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad de la Republica Uruguay. Uruguay.
- Asociación Americana de Psicología [APA] (2007). *Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo*. Revisado el 20 de febrero de 2018, de <http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/pdf.php?id=47>
- Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I. C. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: Manual Moderno
- Ariza, Y. V., Briceño, I. & Ancízar, F. (2016). Tratamiento de cáncer de seno y farmacogenética. *Rev. Colomb. Biotecnol.* 18 (1), 121-134.
- Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. & Federación Mexicana de colegios de Especialistas en Cirugía General, A.C. (2017). *Tratado de cirugía general*. México: Manual Moderno
- Bäbler, J. & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general [Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Baider, L. (1995). Psychological intervention: Time-limited thematic group dynamic with post- mastectomy couples. *Supportive Care in Cancer*, 4, 239-243.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (1), 505- 520.



- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston
- Bandura, A. (1977). *Teoría del Aprendizaje Social*. Estados Unidos: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2005). Primacy of self-regulation in health promotion transformative mainstream. *Applied Psychology: An International Review*, 54, p.245-254
- Beltrán, A. (2010). Cáncer de mama- México. Recuperado 10/05/2017, de [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10\\_oct\\_2k10.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10_oct_2k10.pdf)
- Benight, C. & Bandura, A. (2004) Teoría cognitiva social de la recuperación postraumática: el papel de la autoeficacia percibida. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Bucay, J. (2008). *El elefante encadenado*. España: RBA SERRES
- Bloom, J.R. y Kessler, L. (1994). Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypothesis. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 118-133.
- Cabrera, A., Ferraz, R. (2011) Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista Biomedicina, Medicina Familiar y Comunitaria*, 6(1), 42-48
- Cárdenas, J. Bargalló, E. Erazo, A. Maafs, E. & Poitevin, A. (2013). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario*. México: ELSEVIER
- Carretero, M. (2001). Biopsias innovadoras contra el cáncer. Recuperado 23/11/2017, de [www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13021237-S300](http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13021237-S300)
- Caro, I. (1987). Revisión crítica de la Teoría de la Autoeficacia de A. Bandura. *Boletín de Psicología*, 16. p 61-89
- Castorena, G. (2010). *20 respuestas para cáncer de mama*. México: Ediciones B

- Centro para el control y prevención de enfermedades (2016). ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de mama?. Recuperado 13/03/2018, de [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/symptoms.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm)
- Cormier, W. & Cormier, H. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. España: Desclée De Brouwer.
- Comisión nacional de cultura física y deporte [CONADE]. (SF). Rutina de activación física, recuperado 13/07/2018, de <http://activate.gob.mx/Documentos/Cartelde%20rutinas%20AFE.pdf>
- Delgado, S. & Tejerina, A. (2001). *Medicina legal en patología mamaria*. España: Ediciones Días de Santos.
- De Mézerville, G. (2004). Ejes de salud mental. *Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Diario oficial de la federación (2011) NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Recuperado 13/04/2017, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011)
- El universal (2015). Mueren en promedio 15 mexicanas por cáncer de mama cada día: Incan. Recuperado 13/04/2017, de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2015/10/6/mueren-15-mexicanas-por-cancer-de-mama-cada-dia-incan>
- Fernández, M. Llanos, A. & Baños, E. (2013). *Inmunoterapia activa para el cáncer de mama*. España: AETSA
- Font, A. (1991). Relaciones entre expectativas de resultado teórico, expectativas de resultado autorreferencial, y expectativas de autoeficacia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 23 (1), 53-59
- Font, A. & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4 (2-3), 423-446.
- Fundación Breastcancer. (2017). ¿Qué es la hormonoterapia?. Recuperado 13/02/2018, de [https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/hormonoterapia/que\\_es](https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/hormonoterapia/que_es)

- Fundación contra el cáncer. (2013). *Cáncer de mama: una guía para pacientes*. México:ESMO.
- Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Boletín de psicología* (36). 71- 83.
- García, C. R. V. & González, M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*. (25). 72-80´
- Garduño, C. Riveros, A. & Sánchez, J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo- conductual. *Revista latinoamericana de medicina cognitivo- conductual*. 1, (1). 69-80.
- Gil, F. L. (2015). *Counselling y psicoterapia en cáncer*. España: ELSEVIER
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 17 (5).
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J. y Kielyka, L.R. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients' age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 279-283.
- Hernández, J. Paredes, J. y Marín, R. (2014). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Elsevier*. 46 (1). 40- 47, recuperado 10/07/2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671300200X>
- Huicochea S., González P., Tovar I., Olarte M., Vázquez J. (2009). Cáncer de mama. *Anales de Radiología*. (1). 117-126.
- Ibáñez-Tarína, C. & Manzanera-Escartí, R. (2011). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *Elsevier*. 38 (6). P. 34-41, recuperado 12/07/2018, de <http://www.elsevier.es/pt-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-atencion-S113835931200069X>
- Juárez, I. R. & Almanza, J.J. (2011). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 44 (4) 133-141.

- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México D.F.: Manual Moderno
- Lorente, F. (2008) *Asistencia Psicológica a Víctimas: Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias*. Madrid: Arán Ediciones
- Llacuna, J. & Pujol, L. (2004). NTP 667: La conducta asertiva como habilidad social. Recuperado 13/03/2017, de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp\\_667.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_667.pdf)
- Llantá, M. Grau, J. & Massip, C. (2012). La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer, recuperado 28/12/2017, de <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/03/Psicolog%C3%ADa-de-la-salud-y-cancer.pdf>
- Machado, M. (2011). Ética médica y racionalidad económica. Recuperado 22/05/2017, de <http://www.eco.uc3m.es/~mmachado/Teaching/Salud/2010-2011/1.4.%20Eficacia%20-%20Efectividad%20-%20Eficiencia.pdf>
- Martín, A., Bayarre, H., & Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*. 34 (1). Recuperado 12/06/2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012)
- Moreno, N. (2009). Las 11 creencias irracionales básicas de Albert Ellis. Recuperado 20/07/2018, de [http://www.nicolasmorenopsicologo.com/sd/3depre\\_albertellis.php](http://www.nicolasmorenopsicologo.com/sd/3depre_albertellis.php)
- Moya, J. (2016). *Autoeficacia en la gestión del tiempo de enseñanza*. (Tesis de doctorado) recuperado de <http://eprints.ucm.es/40385/1/T38076.pdf>
- Muñoz, A. (SF). Técnicas cognitivo-conductuales. Recuperado 13/07/2018, de <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/metodos-para-reducir-el-estres>
- Muñoz, A. (2017). 10 Dinámicas de Motivación para Estudiantes y Trabajadores, recuperado 03/06/2018, de <https://www.lifeder.com/dinamicas-motivacion/>

- Norma Oficial Mexicana (2003). Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Recuperado 13/06/2017, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>
- Olaz, F. (2001). La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional. Recuperado 22/03/2017, de <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf>
- Olivares, J. & Méndez. F. X. (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.
- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería* 8 (1) p. 9- 15.
- Ortega, M, C. (2011). La psiconeuroinmunología y la promoción de la salud. XII congreso internacional de teoría de la educación. Universidad de Barcelona
- Ortego, M., López, S., Álvarez, M., & Aparicio, M. (SF). Adherencia al tratamiento recuperado 22/06/2018, de [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema\\_10b.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema_10b.pdf)
- Ovelar, I. (2016). El impacto del cáncer en la familia, recuperado 27/02/2018, de <http://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>
- Pérez, R. (2016). Autoestima y distorsiones cognitivas en pacientes con cáncer de mama del Hospital General de México: programa de intervención basado en la terapia cognitiva. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Porta, J. Gómez- Batiste, X. & Tuca, A. (2008). *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. España: Arán Ediciones.
- Práctica médica efectiva (2007). Cáncer de mama. Recuperado 13/03/2017, de <http://www.inppares.org/sites/default/files/Cancer%20de%20mama.PDF>
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista profesional española de terapia cognitivo´- conductual*. (2). 107-120.
- Prieto, L. (2007). *Autoeficacia del profesor Universitario. Eficacia percibida y práctica docente*. España: NARCEA

- Rosenfeld, C. (2005). Aportes de la psicoterapia Cognitivo-Conductual en tratamiento de pacientes con cáncer. IV Congreso Mundial de Psicoterapias - "La psicoterapia como puente entre culturas". Buenos Aires.
- Salanova, M., Grau, R., Martínez, I., Cifre, E., Llorens, S y García- Renedo, M. (2004). *Horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. España: Universitat Jaume I.
- Sierra, A., Piñero, A, e Illana, J. (2006). *Cirugía de la mama*, Madrid: Ediciones ARAN
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2016). Tratamiento del cáncer de seno. Recuperado 24/05/2017, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/quimioterapia-para-el-cancer-de-seno.html>
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2013). Cáncer de seno. Obtenido el 14/11/2017, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno.html>
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2017). Detección temprana y diagnóstico del cáncer de seno. Recuperado 17/11/2017, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2017). Etapas del cáncer de seno. Recuperado 07/12/17, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html>
- Sociedad española de Psicología Clínica y de la Salud. (2002). La eficacia de los tratamientos Psicológicos. Recuperado 22/07/2018, de <http://www.sepcys.es/uploads/documentos/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf>
- Schunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje*. México: Pearson Educación.
- Schunk, D. (2012). *Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa*. México: PEARSON
- Vidal, J. (2006). *Psiconeuroinmunología*. España: Publicacions Edicions De La Universitat De Barcelona.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*. (61) 9-18.

Villamartín, C. (SF). Risoterapia y educación emocional. Recuperado 15/07/2018, de <http://colaboraeducacion30.juntadeandalucia.es/educacion/colabora/documentos/225762/832476/Manual+fisioterapia+y+educaci%C3%B3n+emocional/4bdcabd7-f07f-42fc-9c27-c72c903aef68?version=1.0>

Vlaugh, F. [Fercho Vlaugh]. (2013, junio 28). Golpes a la autoestima [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ubz2ByoZCII>

Zimmerman, B.J., & Schunk, D.H. (2004). Self regulating intellectual processes and outcomes: Social cognitive perspective. 2 (2) 173 -201

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Programa de intervención**

Taller basado en la terapia cognitivo conductual para mejorar la autoeficacia en mujeres con cáncer de mama

**Nombre del taller** “Autoeficacia como medio para recuperar mi salud mental y física”

**Objetivo:** Fortalecer las expectativas de autoeficacia en relación a la salud en mujeres que padecen cáncer de mama a través de estrategias basadas en la terapia cognitivo conductual que tienen como fin mejorar la autoeficacia general de las pacientes y que este proceso psicológico coadyuve en la recuperación de la salud a través de la adquisición de conductas que fortalezcan la adherencia terapéutica, inoculación del estrés y adquisición de nuevos hábitos saludables.

#### **Instrumento**

- Escala general de autoeficacia

#### ***Participantes***

El presente taller está diseñado para mujeres con diagnóstico de cáncer de mama los criterios de inclusión son los siguientes:

- Padecer cáncer de mama
- Encontrarse en fase de tratamiento

#### ***Recursos***

Humanos: Grupo de 7 mujeres

Materiales: cañón, hojas, lápices, computadora, diapositivas, tarjetas.



## Tiempos y duración de las sesiones

El taller se compone por 5 sesiones las cuales tienen una duración promedio de 2:00 a 2:30 Hrs. Llevándose a cabo 2 sesiones por semana los días martes y jueves. De 11 am a 1:30 pm.

### Sesión 1. Autoeficacia y bienestar físico

**Objetivo general:** Conocer el marco conceptual de autoeficacia y su influencia en la salud.

Nombre de la actividad	Tiempo	Objetivos particulares	Descripción	Materiales
Encuadre del taller, establecimiento de rapport y alianza terapéutica.	10 min	Generar un ambiente de confianza y cordialidad entre las participantes y el facilitador, además de presentar las características del taller y promover un compromiso consigo mismas para concluir las actividades propuestas en este.	El facilitador hace la presentación del taller y las reglas como: el respeto, puntualidad y participación, posteriormente explica la duración de las sesiones, horario, etc.. Al finalizar, proporciona una lista con el nombre de las participantes en la que deberán firmar su compromiso en la participación de este	Hoja con la lista de las participantes
Aplicación de pre- test	20 min	Conocer el nivel de autoeficacia de las participantes al inicio del taller a través de la aplicación de la escala	Se le proporcionará a cada participante un juego de cada escala, un lápiz y una goma. Se aplica la escala de autoeficacia general. Se leerán las instrucciones de la prueba y se dará la consigna de empezar a realizarla.	Paquete de pruebas 1.- escala general de autoeficacia (E.A. G).

		estandarizada.		
Presentación “Dibujando autorretrato”	20 min	Lograr que los miembros del grupo se conozcan entre ellos	<p>Con base en la técnica “revelación de uno mismo” se les pide a las participantes que en una hoja realicen un autorretrato en el que reflejen sus características físicas, en el propio dibujo, deberán incluir Su nombre, Diagnóstico y tres razones, como mínimo, de por qué se han inscrito al taller y lo que esperan aprender.</p> <p>Finalmente, se les propone que compartan con sus compañeras el autorretrato y las razones de por qué se han dibujado así.</p>	Hoja de papel, lápices y goma
Presentación del término autoeficacia y su impacto en la salud.	20 min	Presentar el marco conceptual de autoeficacia, con el fin de que las participantes se familiaricen con este proceso psicológico y la influencia que tiene sobre la salud.	<p>Mediante técnicas de psicoeducación, se hará uso de diapositivas para presentar a las participantes los siguientes temas:</p> <p>¿Qué es autoeficacia?  Elementos de la autoeficacia  Expectativas de autoeficacia  Fuentes de autoeficacia y  Autoeficacia y su impacto en la salud.</p>	Cañón, computadora, hojas y lápices.
Exponiendo mi propio concepto de autoeficacia	15 min	Conocer el concepto que las participantes adoptaron sobre autoeficacia	Se les pedirá a las participantes que formen un círculo y compartan con todas sus compañeras qué entienden por autoeficacia y cuál es el nivel de autoeficacia con el que se perciben en ese momento.	
Identificando mi autoeficacia	15 min	Identificar las situaciones en las que	Se les pedirá a las participantes que identifiquen 3 momentos a lo largo de su vida en los que	Hojas blancas y lápiz

		<p>fueron autoeficaces, con el fin de reforzar sus logros a través de la persuasión verbal del grupo</p>	<p>fueron autoeficaces y otros 3 momentos en los que pudieron identificar su autoeficacia dentro de su proceso de tratamiento, estos serán anotados en hojas blancas y posteriormente se expondrán ante el grupo y existirá una retroalimentación por parte de este a través de preguntas gestionadas por el facilitador</p>	
<p>“Soy una súper mujer”</p>	<p>15 min</p>	<p>Generar en las participantes consciencia de sus capacidades y cualidades para lograr una meta de forma exitosa</p>	<p>A través de la técnica cognitivo conductual “Revelación de uno mismo” el facilitador pide a las participantes que inventen su propio súper poder basado en alguna de sus principales cualidades e inventen el nombre del súper héroe que serán, posteriormente se le pedirá a cada participante que genere dos etiquetas, en la primera pondrá alguna de sus capacidades y en la otra plasmará como utilizará dicha capacidad para hacer frente a su tratamiento, una a una pasará al frente explicando a las demás por qué considera que ese es su súper poder y cómo hará uso de este en su proceso de tratamiento.</p>	<p>Etiquetas, lápices, cinta adhesiva</p>
<p>cierre de la sesión</p>	<p>5 min</p>	<p>Reconocer la participación y felicitar a las participantes por los logros adquiridos en la primer sesión</p>	<p>Comentar los objetivos logrados y pedir que den un aplauso por tomar la decisión de ingresar al taller de autoeficacia. Dar los pormenores a las participantes de la siguiente sesión.</p>	<p>-----</p>

## Sesión 2. Mejorando mis expectativas de autoeficacia

**Objetivo general:** Brindar herramientas a las participantes para fortalecer las expectativas de autoeficacia que ya poseen y generar nuevas creencias sobre sus capacidades.

Nombre de la actividad	Tiempo	Objetivos Particulares	Descripción	Materiales
Había una vez...	20 min	Generar expectativas de autoeficacia a través del éxito que algunas personas han tenido en situaciones similares a la suya	A través del “modelado”, cada una de las participantes compartirá su principal éxito en la vida y uno adicional dentro de su proceso de enfermedad, esto se realizará a través de un cuento, tendrán 15 minutos para generarlo y posteriormente lo compartirán con sus compañeras.	Hojas blancas Lápices Goma
Cambiando mis pensamientos a través del lenguaje	20 min	cambiar radicalmente las creencias irracionales de las participantes mediante la corrección de su lenguaje.	A partir de la técnica “precisión semántica” se pedirá a las participantes que elaboren una lista de las cosas que consideren incapaces de realizar, iniciando la oración con la frase “no puedo” posteriormente pedir que las lean nuevamente buscando estrategias para poder eliminar el “no” Para finalizar, las participantes deberán explicar qué sería necesario realizar para lograr aquello que creían imposible.	Lápices y hojas blancas
El elefante encadenado (Bucay, 2008)	20 min	Generar un ambiente de reflexión entre las participantes respecto a las capacidades que poseen a través del cuento “El	A través de la siguiente técnica reflexiva se pedirá las participantes que formen un círculo, posterior a esto, el facilitador se dispondrá a contar el cuento “El elefante encadenado” al final del cuento se les pedirá su opinión respecto a la reflexión que les deja el cuento, haciendo énfasis en las ideas que se tienen de no poder realizar alguna actividad	Cuento “El elefante encadenado”

		elefante encadenado”.	simplemente porque se ha fallado una o dos veces.	
Eliminando distorsiones cognitivas	20 min	Reestructurar los pensamientos irracionales que obstruyen la creencia en sus capacidades y el logro de sus metas.	<p>A través de la técnica de reestructuración cognitiva se dictarán a las participantes las siguientes ideas irracionales:</p> <p>"Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles". (Moreno, 2009).</p> <p>"Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".(Moreno, 2009).</p> <p>"Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra". (Moreno, 2009).</p> <p>"Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida" (Moreno, 2009).</p> <p>"La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente" (Moreno, 2009).</p> <p>Después de tener las creencias irracionales antes mencionadas, se les pedirá que compartan por qué son ideas irracionales y</p>	

			briden alternativas racionales para cada idea.	
Trazando mis metas	20 min	<p>Fomentar el planteamiento o de metas cortas y alcanzables</p> <p>Fortalecer las creencias de las participantes sobre sus habilidades en la planeación y ejecución de actividades que les permitan alcanzar sus objetivos de forma exitosa</p>	<p>Se le pedirá a cada una de las participantes que piense en alguna meta a largo plazo.</p> <p>Posteriormente se le pedirá que anote en la libreta las capacidades con las que considera cuenta para ejecutarla de manera exitosa.</p> <p>En seguida se le brindaran los siguientes pasos para planificar el logro de dicha meta:</p> <p>1) Piense en algo que desea hacer. Tiene que ser algo importante para usted.</p> <p>2) Si su sueño es grande, seleccione primero una porción del mismo que sea factible de lograr. Esto le ayudará a comenzar con éxito</p> <p>3) Escoja su meta específica. Decida cuándo empezará, qué es lo que hará, cuánto hará, donde lo hará y cómo lo hará.</p> <p>4) Asegúrese que su meta sea algo que puede lograr por sí misma</p> <p>5) Divida su meta en etapas</p> <p>6) Cuando logre alcanzar la meta establecida, o de un paso que le acerca a esa meta, piense en cómo le gustaría recompensarse</p> <p>Al final de la actividad, las participantes compartirán su planificación con el grupo.</p>	Libreta y lápiz

<p>Rutina de activación física (Comisión nacional de cultura física y deporte, SF)</p>	<p>25 min</p>	<p>Fortalecer la autoeficacia a través de la promoción de nuevos hábitos de salud. Mejorar la percepción de las capacidades para realizar una acción a través de la activación fisiológica.</p>	<p>El facilitador pedirá a las participantes que se pongan de pie para la realización de un ejercicio de activación física, la consigna será la siguiente: Imitar las actividades que el facilitador ejecute, haciendo énfasis en que las participantes podrán omitir la realización de actividades que no puedan ejecutar, ya sea por indicaciones médicas, o cualquier otra razón asociada a alguna incapacidad física.</p> <p>Al terminar el ejercicio, se le preguntará a las participantes cómo se sienten después del ejercicio.</p> <p>Finalmente se repartirá una hoja a cada una de ellas con cada uno de los ejercicios que fueron realizados para que sean practicados continuamente en casa.</p>	<p>Hoja de activación física</p>
<p>¿Cómo me ven mis compañeras? (Muñoz, 2017).</p>	<p>20 min</p>	<p>Promover las fuentes de autoeficacia de las participantes</p> <p>Reestructurar la percepción que tiene cada participante sobre sí misma a través del reforzamiento social</p>	<p>A través del “reforzamiento social” El facilitador del grupo, entrega un sobre por cada uno de los integrantes con el nombre de cada uno de ellos. Se entregarán al azar, sin que nadie reciba el sobre con su propio nombre.</p> <p>Se trata de que los distintos integrantes del grupo, vayan escribiendo en un papel 2 cosas positivas.</p> <p>Todos van añadiendo comentarios sobre todos sus compañeros.</p> <p>Sentados en círculo, se le entrega a cada persona su sobre. Por turnos, cada uno</p>	<p>Sobres con los nombres de las participantes</p> <p>Etiquetas para escribir las cualidades de cada uno</p>

			abrirá el suyo y leerá en voz alta las notas que ha recibido. Compartirá con el resto de compañeros cómo se ha sentido.	
Cierre de la sesión	15 min	Reforzar las expectativas de autoeficacia.  fortalecer la alianza terapéutica	El facilitador pide a cada participante que haga una reseña de las expectativas de autoeficacia que reforzó durante la sesión.	

### Sesión 3. autoeficacia y manejo del estrés

**Objetivo general:** Brindar herramientas a las participantes para la inoculación del estrés y de esta manera fortalecer su autoeficacia.

Actividad	Tiempo	Objetivos particulares	Descripción	Materiales
¿Qué es el estrés y cómo afecta mi cuerpo?	25 min.	Exponer a las participantes el impacto que el estrés tiene sobre la salud a través de la psicoeducación.	A través del uso de diapositivas se presentará a las participantes los siguientes temas: ¿Qué es el estrés? Principales fuentes de estrés y su impacto en la salud. Estrategias para el manejo del estrés Autoeficacia y estrés	Diapositivas, hojas blancas, lápices, computadora, cañón
“Relajación muscular profunda” (Ibáñez - Tarína y Manzanera-Escartí, 2011).	20 min	Experimentar la relajación como un recurso efectivo y sencillo para reducir la ansiedad y el estrés así como el control de otras emociones negativas como son:	A través de la aplicación de una técnica de relajación, el facilitador indicará la siguiente actividad, pidiendo la mayor concentración posible, posteriormente dará las siguientes indicaciones: “Se empezará una técnica de relajación muscular, a través de la tensión y relajación de los grupos musculares, empezaremos por el primero”.  1.Grupo: manos y antebrazos. Aprieta simultáneamente ambos	-----



		<p>enfado, el dolor o la ira.</p>	<p>puños. Nota la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Suelta las manos, libera la tensión, céntrate en las sensaciones que invaden tus antebrazos y cuán diferentes son respecto a la tensión.</p> <p>2.º Grupo: bíceps. Lleva las manos a los hombros y aprieta los bíceps contra los antebrazos. Localiza la tensión en los bíceps. Céntrate en ella. Nota la tensión. Suelta los bíceps, y deja que las manos vuelvan a la posición inicial. Nota la diferencia de sensaciones en tus bíceps.</p> <p>3º Grupo: tríceps. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Nota los puntos de tensión. Fíjate en ellos. Suelta los tríceps, deja caer los brazos y analiza lo que notas. Nota la diferencia.</p> <p>4.º Grupo: hombros-trapecio. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nóotala en tus hombros y trapecios. Focaliza tu atención en lo que notas. Suelta los hombros, déjalos caer. Elimina la tensión. Presta atención a lo que notas.</p> <p>5.º grupo: cuello I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota tensión en la parte de atrás del</p>	
--	--	-----------------------------------	--	--

			<p>cuello. Nota la tensión. Vuelve lentamente a la posición de reposo. Céntrate en los cambios que estás notando en la parte posterior del cuello. Nota la distensión.</p> <p>6. ° grupo: cuello II. Empuja, con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el sofá hacia atrás. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Céntrate en ella y mantenla. Suelta lentamente, elimina la tensión y ve notando la diferencia.</p> <p>7. ° grupo: frente. Sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta tu frente y deja que las cejas reposen. Nota las sensaciones diferentes a la tensión que aparecen en tu frente.</p> <p>8. ° grupo: ojos. Aprieta fuertemente los ojos hasta crear arrugas en los párpados. Nota la incomodidad y la tensión. Suelta los párpados y deja los ojos cerrados suavemente. Nota la diferencia. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión.</p> <p>9. ° grupo: labios y mejillas. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Localiza los puntos de tensión alrededor de tu boca. Céntrate en esa tensión. Suelta, elimina la sonrisa, y nota las sensaciones que aparecen.</p> <p>10. ° grupo: pecho-espalda. Haz este ejercicio muy lentamente. Arquea el torso, de manera que tu pecho salga hacia delante y</p>	
--	--	--	---	--

			<p>tus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura notando la tensión en pecho y espalda. Vuelve muy lentamente a la posición original destensando. Y deja que tu espalda se apoye completamente en el sofá. Nota la diferencia.</p> <p>12. ° grupo: abdominales I. Mete la zona del estómago hacia adentro. Nota la tensión. Suelta y deja que los músculos vuelvan a su posición original. Discrimina las sensaciones.</p> <p>13. ° grupo: abdominales II. Saca la zona del estómago hacia fuera hasta notar tensión. Céntrate en la tensión. Suelta y observa los cambios que se producen. Discrimina las nuevas sensaciones.</p> <p>14. ° grupo: muslos. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota las sensaciones de tensión que te producen. Suéltalos y analiza la diferencia.</p> <p>15. ° grupo: gemelos. Apunta los pies hacia la cabeza notando la tensión de tus gemelos. Suelta. Observa las diferentes sensaciones.</p> <p>16. ° grupo: pies. Lleva tus pies hacia abajo intentando formar una línea recta con tus piernas. Localiza la tensión en pies y gemelos. Suelta y sé consciente de las diferencias que notas.</p>	
Interrupción de	20 min	Disminuir o anular la tensión y la	A través de la técnica “interrupción de pensamientos irracionales” y la práctica de	Hojas blancas, lápices.

pensamientos/ sustitución		<p>activación fisiológica generada por estrés</p> <p>Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos (autoinstrucciones) que sirven para afrontar el estrés.</p> <p>Identificar situaciones estresantes y generar estrategias para afrontarlas en el futuro.</p>	<p>autoinstrucciones, el facilitador pide a las participantes que hagan una tabla, en la primera fila se pondrá alguna situación que les genere estrés.</p> <p>2- En la segunda fila de la tabla pondrán los pensamientos que esa situación genera</p> <p>3- En la tercera fila deberán poner los síntomas físicos que tiene su cuerpo a consecuencia de dichos pensamientos.</p> <p>Posteriormente empieza el entrenamiento autoinstruccional que se utiliza para modificar o contrarrestar los efectos de pensamientos negativos.</p> <p>En la cuarta fila deberán poner 3 autoinstrucciones que les permitan combatir esos pensamientos catastróficos como las siguientes: "Yo sé que puedo, voy a dar todo de mí, estoy preparada para esto".</p> <p>5. En la quinta fila pondrán las actividades que tendrían que hacer para lograrlo.</p> <p>Al final cada participante deberá compartir con el grupo como se sintió después de practicar la técnica, así también se reforzará la práctica de esta dentro de su vida cotidiana.</p>	
Identificando mis fuentes de estrés (Muñoz, SF)	20 min	Promover el manejo del estrés a través de la identificación e interrupción de las	<p>El facilitador proporcionará a cada participante una hoja.</p> <p>La consigna será la siguiente:</p> <p>Anota 5 actividades que te exijan más energía, tiempo y</p>	Hojas blancas y lápices

		<p>situaciones que lo generan</p>	<p>estén asociadas a una respuesta física negativa (dolor de cabeza, dolor de estómago, etc.).</p> <p>Después de identificar dichas fuentes de estrés, se les pedirá a las participantes que respondan las siguientes preguntas:</p> <p>¿Estas actividades estresantes satisfacen tus objetivos?</p> <p>¿Son tareas que puedes llevar a cabo razonablemente o son excesivas?</p> <p>¿Cuáles de estas tareas están bajo tu control y cuáles no?</p> <p>Después de resolver las preguntas, deberán eliminar al menos dos de las fuentes que inicialmente les generaban estrés.</p>	
<p>“La madre abadesa” (Villamartín, SF).</p>	<p>20 min</p>	<p>Emplear una técnica humorística como estrategia para disipar el estrés.</p>	<p>El facilitador pide a las participantes que se sienten en círculo cerrado, posteriormente da la siguiente indicación “somos monjas muy ancianas de un convento, que no tenemos dientes y por ello hay que hablar con los labios encima de los dientes, tapándolos. Una vez que todas las participantes están tapando sus dientes con los labios, quien empieza le dice a la persona de su derecha: “ la madre abadesa está enferma”, y ésta pregunta: “vaya, vaya, ¿Qué le pasa?” y la primera contesta: “Que le duele la cabeza”, a lo que le responde: “vaya, vaya”, y continúa pasando el mensaje a la siguiente persona jugadora.</p>	<p>-----</p>

Cierre de la sesión	15 min	Reforzar los conocimientos adquiridos durante la sesión	El facilitador pide a las participantes que comenten, cuál estrategia es la que adoptarían para aplicar en su vida cotidiana, cierra la sesión y motiva la asistencia a la siguiente.	-----
---------------------	--------	---	---	-------

#### Sesión 4. cuidado de mi salud, mi responsabilidad.

**Objetivo general:** Promover la adquisición de hábitos saludables y la adherencia al tratamiento.

Actividad	Tiempo	Objetivos particulares	Descripción	Materiales
Hablemos sobre la adherencia terapéutica	20 min	Presentar a las participantes el marco conceptual de adherencia terapéutica y la importancia de esta en el proceso salud-enfermedad	A través la técnica de psicoeducación, hacer uso de diapositivas para presentar a las participantes los siguientes temas: ¿Qué es adherencia terapéutica? ¿Cómo fortalecer la adherencia terapéutica? Importancia de la adherencia terapéutica y su importancia en la recuperación de la salud Factores que afectan la adherencia terapéutica	Computadora Cañón Diapositivas Hojas blancas Lápices
Factores que obstruyen mi tratamiento	20 min	Fomentar el autocontrol que tienen las participantes respecto a su tratamiento y los factores que impiden un seguimiento constante.	siguiente actividad consiste en un círculo de conversación reflexiva, respecto a los principales factores que obstruyen el adecuado seguimiento del tratamiento tocando los siguientes factores: - Económicos - Hospitalarios - Personales - Familiares  Finalmente el facilitador brindará retroalimentación respecto a las diversas alternativas para poder	-----

			enfrentar dichos factores y lograr una adherencia terapéutica óptima.	
Autoeficacia y salud	25 min	Fortalecer nuevas creencias respecto a la adquisición hábitos saludables	El facilitador pedirá al grupo que se dividan en 2 equipos y asignará una serie de materiales como revistas y periódicos Posteriormente se les pedirá que elaboren dos collages, en el primero deberán incluir hábitos saludables y en otro, hábitos que afectan su salud. Al finalizar el facilitador hablará sobre la importancia de dichos hábitos y su relación con la autoeficacia.	Revistas Periódicos Tijeras Resistol Cartulinas Cinta adhesiva.
Costes y beneficios (Hernández, Paredes y Marín, 2014).	20 min	Brindar a las participantes información de los costes y beneficios de tener o no hábitos saludables, con el fin de sensibilizarlas ante la adquisición de nuevos hábitos que coadyuven con su recuperación.	Se plantea una lluvia de ideas en la pizarra o mural de papel con 2 columnas en la que se listan los costes y beneficios de adoptar un comportamiento para la salud. Seguidamente y distribuidos en subgrupos, se reflexiona pensando en la propia experiencia y en la vida real en cómo maximizar los beneficios y minimizar los costes. Se hace la puesta en común.	Pizarrón Plumones
Comunicación asertiva	30 min	A través de esta estrategia, se pretende que las participantes identifiquen cómo la falta de comunicación o expresión	El facilitador inicia la dinámica explicando que tienen que pensar en situaciones en las que no se han sentido satisfechas con una conversación o proceso comunicativo, principalmente en su proceso de tratamiento.  Cada persona comparte con el grupo y, entre todos, se	-----

		<p>de sus pensamientos afecta su autoeficacia y por consiguiente su salud.</p>	<p>identifican qué elementos o situaciones condujeron al fracaso de la comunicación asertiva.</p> <p>A continuación, se representa con mímica alguna de las situaciones expuestas previamente.</p> <p>Para finalizar, se realiza un debate en el que cada uno pueda expresar su opinión y sentimientos.</p> <p>Se pedirá a las participantes que elaboren una lista de todas las dudas y angustias que tengan respecto a su diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Cuando se haya terminado la lista, se les pedirá que cada una lea sus dudas y comente qué fue lo que impidió la comunicación con su médico o profesional de la salud, para resolverlas.</p> <p>Al finalizar se dará una retroalimentación entre las compañeras respecto a dichas dudas.</p> <p>Finalmente se dará la consigna de que cada participante, deberá externar cualquier situación por mínima que parezca con su médico de cabecera y los beneficios que esto traerá a su bienestar mental.</p>	
Cierre de la sesión	5 min	Reforzar los conocimientos adquiridos en la sesión	Enfatizar la importancia de tomar las riendas sobre su salud, buscando la independencia y adherencia de las participantes en su tratamiento.	-----



## Sesión 5. trabajando mi autoestima

**Objetivo general:** Fortalecer la autoestima en las participantes

Actividad	Tiempo	Objetivos particulares	Descripción	Materiales
Introducción conceptual de la autoestima y sus pilares.	20 min	Presentar a las participantes el marco conceptual de autoestima y autoeficacia como pilar de la autoestima	A través la técnica de psicoeducación, hacer uso de diapositivas para presentar a las participantes los siguientes temas: ¿Qué es la autoestima? ¿Cómo fortalecer la Autoestima? Pilares de la autoestima Autoeficacia como pilar de la autoestima	Computadora Cañón Diapositivas Hojas blancas Lápices
“Cerrando la puerta a las opiniones negativas”	25 min	Dar a conocer a las participantes cómo las ideas, opiniones y creencias negativas de los otros impactan en nuestro esquema de pensamiento y generan emociones y conductas que afectan su bienestar	En esta sesión se trabajará el establecimiento de límites a través del modelo A- B- C El facilitador explicará el modelo A- B – C.  Posteriormente presentará el video “golpes a la autoestima”  Pedir a las participantes que identifiquen el A- B – C de la situación presentada en el video  Finalmente comentar de manera grupal, la falta de límites expuestos en el video.	Presentación Computadora Cañón Hojas blancas Lápices Video “Golpes a la autoestima” (Vlaughts, 2013).
“Charla conmigo”	30 min	Fomentar la autovaloración de las participantes	Se le pedirá a cada una de las participantes que pase al frente y tome el espejo. La actividad consiste en que cada participante deberá observar su reflejo y hablarse a sí misma. Las indicaciones del facilitador serán las siguientes: 1) ¿Cómo te ves?	Espejo

			<p>2) Agradécete por lo que has logrado</p> <p>3) Discúlpate por las veces que te has lastimado o has permitido que te lastimen.</p> <p>4) Reconócete como una mujer fuerte y habla sobre tus cualidades</p> <p>5) Despídete de la persona que fue lastimada y reconócete como una nueva mujer fuerte.</p>	
“El regalo”	20 min	Fortalecimiento de la autoestima a través del reforzamiento social	<p>El instructor pide a las integrantes del grupo que formen parejas. La indicación es que tendrán que darse un regalo mutuo</p> <p>El regalo será simbólico, puede ser una idea o un deseo, lo podrá hacer escribiéndolo en una tarjeta.</p> <p>Al terminar, las tarjetas serán entregadas y el agradecimiento deberá expresarse de forma no verbal. Las participantes externarán su experiencia con la actividad.</p>	Tarjetas y lápices
Vendiendo mis cualidades	30 min	Fomentar en las participantes el reconocimiento de sus virtudes y la aceptación de las mismas.	<p>Las participantes deberán venderse a través de sus cualidades.</p> <p>Generaran un slogan</p> <p>Posteriormente pasarán una a una al frente y explicarán sus virtudes, cualidades y aptitudes, convenciendo al grupo de ser la mejor opción.</p>	Lápices, hojas blancas.
Cierre de la sesión	25 min	Evaluar el impacto del taller en la autoeficacia de	Se aplicarán nuevamente la escala de autoeficacia general para evaluar el impacto del taller.	Escala de Autoeficacia General

		<p>las participantes</p> <p>Reconocer a las participantes por su asistencia al taller. Conocer sus impresiones respecto a este.</p> <p>Validar los conocimientos obtenidos a través de las sesiones.</p>	<p>Se les proporcionará un cuestionario para conocer sus impresiones y conocimientos obtenidos</p> <p>Se hará la entrega de un reconocimiento a cada una de las participantes por su asistencia al taller "Autoeficacia como medio para recuperar mi salud"</p>	<p>Reconocimientos para las participantes</p> <p>Cuestionario para evaluación del taller</p>
--	--	--	---	--

## Anexo 2.

### ***Adaptación en español de la escala general de autoeficacia propuesta por bäßler & schwarzer (1996).***

#### **Sesión. 1**

**Nombre de la escala y autor.** Escala de autoeficacia. Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer.

**Constructo.** Autoeficacia

**Descripción de la escala original.** La escala consta de 10 reactivos que expresan pensamientos positivos sobre la propia capacidad de resolver eventualidades y tener control sobre los eventos en la vida. Los ítems son contestados en una escala Likert de 4 puntos.

**Corrección de la escala:** Para la corrección de la escala se utilizan las siguientes formulas:

AE puntuación general: Sumatorio de las puntuaciones de todos los ítems/ 10 ítems = [Rango 0-4]. Esta puntuación puede ponderarse a 0-100. Puntuaciones altas en la escala total indican que el sujeto se percibe eficaz con relación a cualquier tipo de acontecimiento o problema.

AE centrada en el manejo de situaciones difíciles e imprevisibles: (Puntuación ítem 4+5+6+7+9) = [rango 0-20], o bien: (puntuación ítem 4+5+6+7+9)/5 ítems= [rango 0-4]. Esta puntuación puede ponderarse a 0-100. Puntuaciones altas en el primer factor indican que el sujeto se siente eficaz para el manejo de situaciones difíciles e imprevistas.

AE centrada en el propio esfuerzo (Puntuación ítem 1+2+3+8) = [Rango 0- 16], o bien: (puntuación ítem 1+2+3+8) / 4 ítems = [rango 0-4]. Esta puntuación puede ponderarse a 0-100. Puntuaciones elevadas en este segundo factor indican que el sujeto tiene confianza en su propio esfuerzo para obtener un resultado

Edad: \_\_\_\_\_ años      Género: Masculino  Femenino

Escolaridad:    Diversificado  Grado universitario  Post grado

Practico deporte: SI  NO

### ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

#### INDICACIONES:

No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y marque con una "X" el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MÁS BIEN CIERTO	CIERTO

#### No.                                  AFIRMACIONES

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

### **Anexo 3. Cuento “El elefante encadenado”.**

#### **Sesión 2**

##### **“El elefante encadenado”**

Jorge Bucay (2008)

Cuando yo era pequeño me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. Me llamaba especialmente la atención el elefante que, como más tarde supe, era también el animal preferido por otros niños. Durante la función, la enorme bestia hacía gala de un peso, un tamaño y una fuerza descomunales... Pero después de su actuación y hasta poco antes de volver al escenario, el elefante siempre permanecía atado a una pequeña estaca clavada en el suelo con una cadena que aprisionaba una de sus patas. Sin embargo, la estaca era sólo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en el suelo. Y, aunque la cadena era gruesa y poderosa, me parecía obvio que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su fuerza, podría liberarse con facilidad de la estaca y huir. El misterio sigue pareciéndome evidente. ¿Qué lo sujeta entonces? ¿Por qué no huye? Cuando tenía cinco o seis años, yo todavía confiaba en la sabiduría de los mayores. Pregunté entonces a un maestro, un padre o un tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado. Hice entonces la pregunta obvia: «Si está amaestrado, ¿por qué lo encadenan?». No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente. Con el tiempo, olvidé el misterio del elefante y la estaca, y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho esa pregunta alguna vez. Hace algunos años, descubrí que, por suerte para mí, alguien había sido lo suficientemente sabio como para encontrar la respuesta: El elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño. Cerré los ojos e imaginé al indefenso elefante recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que, en aquel momento, el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse. Y, a pesar de sus esfuerzos, no lo consiguió, porque aquella estaca era demasiado dura para él. Imaginé que se dormía agotado y que al día siguiente lo volvía a intentar, y al otro día, y al otro... Hasta que, un día, un día terrible para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino. Ese elefante enorme y poderoso que vemos en el circo no escapa porque, pobre, cree que

no puede. Tiene grabado el recuerdo de la impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese recuerdo. Jamás, jamás intentó volver a poner a prueba su fuerza... Todos somos un poco como el elefante del circo: vamos por el mundo atados a cientos de estacas que nos restan libertad. Vivimos pensando que «no podemos» hacer montones de cosas, simplemente porque una vez, hace tiempo, cuando éramos pequeños, lo intentamos y no lo conseguimos. Hicimos entonces lo mismo que el elefante, y grabamos en nuestra memoria este mensaje: No puedo, no puedo y nunca podré. Hemos crecido llevando ese mensaje que nos impusimos a nosotros mismos y por eso nunca más volvimos a intentar liberarnos de la estaca. Cuando, a veces, sentimos los grilletes y hacemos sonar las cadenas, miramos de reojo la estaca y pensamos: No puedo y nunca podré.



# Anexo 4

## Sesión 2

### Rutina de Activación Física

INICIAL

MEDULAR

FINAL

16 Tiempos en cada movimiento

16 Tiempos en cada movimiento

16 Tiempos en cada movimiento

**MÚSCULOS DEL CUELLO**

1 Flexión lateral del cuello, izquierdo y derecho

2 Flexión del cuello al frente y extensión del cuello atrás

3 Torsión del cuello hacia el lado izquierdo - derecho

**MÚSCULOS DEL HOMBRO**

4 Elevación y descenso de hombros

5 Hombros al frente y atrás

6 Círculos de hombros al frente y atrás

7 Flexión y extensión del codo

**MÚSCULOS DE LAS MUÑECAS DE LAS MANOS**

8 Flexión lateral del cuello, izquierdo y derecho

9 Abrir y cerrar manos

10 Círculo de las muñecas hacia el lado derecho e izquierdo

**MÚSCULOS DE LOS DEDOS**

11 Flexión y extensión de dedos

**MÚSCULOS DE LA CADERA**

12 Flexión y extensión del tobillo derecho e izquierdo

13 Flexión del tronco izquierdo y derecho

14 Torsión del tronco a lado derecho e izquierdo

**MÚSCULOS DE LA PIERNA**

15 Flexión y extensión de la rodilla

16 Abrir y cerrar las piernas derecha e izquierda

17 Rotación de la pierna derecha e izquierda, hacia el lado derecho e izquierdo

**MÚSCULOS DE LA PIERNA**

18 Flexión y extensión del tobillo derecho e izquierdo

19 Movimientos en círculo del tobillo derecho e izquierdo

20 Círculo del tobillo derecho y círculo del tobillo izquierdo

---

21 Estiramiento de la mano en extensión

22 Estiramiento de la mano en flexión

23 Estiramiento de músculos tríceps

24 Estiramiento de la columna vertebral en extensión

25 Brazo derecho extendido al lado izquierdo, mano izquierda empuja el codo hacia el cuerpo

26 Estiramiento de músculos del pecho

27 Estiramiento de músculos cuádriceps

28 Estiramiento de músculos posteriores de la pierna

29 Estiramiento del músculo de la pierna

30 Talón al frente, alternando derecho e izquierdo

31 Talón izquierdo al frente se eleva con brazo derecho

32 Talón al frente, alternando derecho e izquierdo

33 Marcar 4 aplausos, repetir 8 veces

34 Brazos al frente, desplante lateral del pie derecho

35 Brazos al frente flexionando, desplante lateral pie derecho, torsión del tronco

36 Desplante lateral pie derecho, pie izquierdo en posición de firmes

37 Bailar libremente

38 Se repite el ejercicio 36 comenzando con el pie izquierdo

39 Desplante pie derecho al frente, pie izquierdo al frente, abertura de ambos a la altura de los hombros

40 Marcar 4 aplausos y terminamos

41 Respiración: inhalar y exhalar con brazos laterales

---

42 Estiramiento de la columna vertebral en extensión

43 Se flexiona el tronco lateralmente con los brazos arriba

44 Separación de las piernas a la altura de los hombros se flexiona el tronco tocando la punta de los pies

45 Desplante de la pierna derecha al frente con la rodilla flexionada

46 Desplante de la pierna derecha con la rodilla flexionada, pierna izquierda estirada

47 Respiración: inhalar y exhalar con brazos laterales



**Anexo 5**  
**Sesión 5**

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL TALLER

*Sírvanse responder a los diferentes tipos de preguntas con el fin de evaluar el Taller y ayudar a verificar lo que pueda ser mejorado en los talleres futuros.*

**I. LOCALES Y PREPARACIÓN DEL TALLER**

	Sí	No
1. Local confortable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Las sillas estaban dispuestas en forma satisfactoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Ud. ha podido ver y oír sin ninguna dificultad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. La distribución de las sesiones fue adecuada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sugerencias para próximos talleres:

---

---

---

---

---

**II. ORGANIZACIÓN.**

5. La organización del programa (temas y tiempos) fue:

Excelente                       Satisfactoria                       No satisfactoria

Comentarios:

---

---

---

---

6. El material de apoyo que recibió es:

Excelente                       Satisfactorio                       No satisfactorio

□□

Comentarios:

---

---

---

7. ¿En general, qué calificativo puede dar al taller?

Excelente                       Satisfactorio                       No satisfactorio

□□

Comentarios:

---

---

---

### III. EXPECTATIVAS

8. ¿Hasta qué punto el taller ha cumplido con sus expectativas?

Totalmente                       Parcialmente                       Escasamente

□□

Comentarios:

---

---

---

### IV. CONTENIDO

9. ¿El tiempo para el desarrollo de cada sección fue el apropiado?

Totalmente                       Parcialmente                       Escasamente

□□

Comentarios:

---

---

---

---

10. ¿Qué temas fueron expuestos con el detalle necesario y cuáles no?

---

---

---

---

11. ¿Qué temas agregaría para talleres futuros?

---

---

---

---

13. ¿Qué temas retiraría en talleres futuros?

---

---

---

---

Comentarios generales:

---


---

---

---

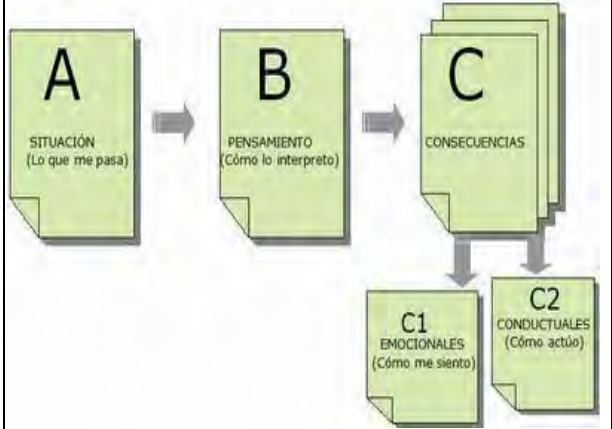
*Agradecemos sinceramente su colaboración.*

## Anexo 6. Esquema DEJEC

Definición	TCC: Es un tratamiento psicológico a corto plazo que ayuda a modificar los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. La TCC suele usarse para tratar la ansiedad y la depresión.
Etiqueta	Terapia proviene de terapia: tratamiento cognitivo proviene de cognoscere: conocer conductual proviene de conducta: comportarse
Jerarquía	 <p>El diagrama muestra un modelo de interrelación entre cuatro componentes: SITUACIÓN, PENSAMIENTOS, ACCIONES y SENTIMIENTOS. SITUACIÓN está en la parte superior y está conectada por una doble flecha vertical con PENSAMIENTOS. Desde PENSAMIENTOS, se extienden tres flechas diagonales hacia abajo: una hacia ACCIONES a la izquierda, una hacia SENTIMIENTOS a la derecha, y una horizontal hacia abajo que conecta ACCIONES y SENTIMIENTOS.</p>
Ejemplos	Terapia grupal Procesos cognitivos Conducta humana
Convenciones	Técnicas, tratamiento, intervención, psicológico, conducta, emociones, pensamiento, acciones

## Anexo 7. Esquema DICEOX

<p><b>Descripción de la teoría</b></p>	<p>Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias.          Está orientada hacia el presente          La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico          Tiende a fomentar la independencia del paciente          Permite incrementar las habilidades conductuales explícitas (observables), así como las privadas (emocionales) del ser humano          Se refiere al estudio y manejo de los eventos, procesos y estructuras mentales (cogniciones) con los cuales el ser humano entra en contacto con el mundo exterior</p>
<p><b>Inventor</b></p>	<p>Los autores que más influencia han tenido son:          Aaron Beck “Teoría de los trastornos emocionales; terapia cognitiva de la depresión          Albert Ellis “Terapia Racional Emotiva”</p>
<p><b>Consecuencias</b></p>	<p>Cambios conductuales a través de reestructuraciones cognitivas, manejo de la ansiedad y depresión.</p>
<p><b>Evidencia</b></p>	<p><b>Evidencia de éxito en:</b>          Trastornos por abuso de sustancias adictivas.          Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.          Depresión y distimia.          Depresión maníaca o trastorno bipolar.          Ansiedad.          Trastornos de alimentación.          Trastornos del sueño.          Desorden de personalidad.          Control de la ira.          Comportamientos criminales.          Estrés general y angustia.          Síndrome de fatiga crónica.          Dolores musculares y tensión.</p>

<p><b>Otras teorías</b></p>	 <pre> graph LR     A["A SITUACIÓN (Lo que me pasa)"] --&gt; B["B PENSAMIENTO (Cómo lo interpreto)"]     B --&gt; C["C CONSECUENCIAS"]     C --&gt; C1["C1 EMOCIONALES (Cómo me siento)"]     C --&gt; C2["C2 CONDUCTUALES (Cómo actúo)"]   </pre>
<p><b>Xtra</b></p>	<p>Influenciada por la terapia conductual, retoma el uso de reforzamientos, motivación y respuestas conductuales</p>

## Anexo 8. Esquema PROCED

### Reestructuración cognitiva

**Propósito:**

Modificar el modo en el que interpretamos nuestras experiencias, los pensamientos negativos que surgen automáticamente y las valoraciones subjetivas que nos provocan malestar.

**Requisitos:**

Terapeuta especializado en TCC  
Ausencia de cualquier tipo de deterioro cognitivo en el paciente  
Adherencia al tratamiento

**Operación:**

1. Registrar los pensamientos irracionales
2. Analizar la veracidad de los pensamientos irracionales
3. Analiza la utilidad del pensamiento
4. Analiza la trascendencia del pensamiento
5. Sustitución por pensamientos alternativos

**Criterios**

Compresión sólida de la técnica a emplear  
Encuadre y alianza terapéutica

**Errores**

Evitar sesgos o prejuicios por parte del terapeuta  
Deficiencias en el rapport

**Dispositivos**

Evaluación de ideas catastróficas e irracionales  
Uso de biblioterapia y psicoeducación  
Evaluaciones de consecuencias emocionales de dichos pensamientos  
Ejemplos de ideas irracionales