



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

MANEJO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
BLANCA ANDREA BADILLO NAVARRETE

TUTOR PRINCIPAL
DRA. LUCINA ISABEL REYES LAGUNES
Facultad de Psicología, UNAM

TUTOR ADJUNTO
DR. ÓSCAR GALINDO VÁZQUEZ
Instituto Nacional de Cancerología, INCan

TUTOR EXTERNO
DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA
Instituto de Psicoterapia y Salud Integral, IPSI

JURADO A
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FES Iztacala, UNAM

JURADO B
DRA. SOFÍA RIVERO ARAGÓN
Facultad de Psicología, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX., NOVIEMBRE 2022.



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.

Dedicatorias.

A mis padres, por ser los pilares de mi mundo, compartiendo su amistad y sabiduría. Gracias por brindarme todas las herramientas, guiarme en mis proyectos y compartir mis triunfos.

A Memé y Zoé, por motivarme a tratar de ser un modelo a seguir y no conformarme. Gracias por iluminar mi vida con sus sonrisas y enseñarme a amar cada día.

A mi hermana, por ser mi mejor amiga incondicionalmente. Gracias por dedicarle tiempo y amor a escuchar y procurar cada uno de mis sueños.

A Rael, por hacerme soñar con el mañana, sumar desde el inicio e impulsarme a confiar en mí misma. Gracias por ser mi cómplice, mi compañero, mi apoyo y mi lugar seguro.

A la Dra. Isa, por no limitarse a ser una profesora más, por acompañarme en cada trámite, presentación y proyecto y por dejar en mí una huella que no se borra con la muerte.

A mi familia y amigos, por sus aportaciones en este proyecto llamado vida, aún en la distancia siento su apoyo y cariño.

CONTENIDO

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	9
ESTRÉS.	10
INTRODUCCIÓN.	10
ANTECEDENTES.	12
DEFINICIONES.	16
MODELOS DE ESTRÉS.	22
Modelo del estrés focalizado en la respuesta.	22
Modelos del estrés focalizados en el estímulo.	24
El modelo transaccional del estrés.	26
ESTRÉS PSICOLÓGICO.	30
Evaluación primaria	32
Evaluación secundaria	33
CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS.	35
ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO.	38
FUNCIONES DEL ENFRENTAMIENTO.	41
MODELOS DE ENFRENTAMIENTO DIRIGIDOS A LA EMOCIÓN.	44
MODELOS DE ENFRENTAMIENTO DIRIGIDOS AL PROBLEMA.	44
RECURSOS PARA EL ENFRENTAMIENTO.	47
ESTRÉS EN MÉXICO.	49
ESTRÉS Y ENFERMEDAD.	51
INVESTIGACIONES PREVIAS DEL ESTRÉS.	58
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y EL MANEJO DE ESTRÉS.	59
Terapia Racional- Emotiva Conductual (TREC)	63
Inoculación de estrés	66
Técnicas de relajación.	68
CÁNCER DE MAMA.	72
INTRODUCCIÓN.	72

DEFINICIÓN. _____	74
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO _____	75
EPIDEMIOLOGÍA. _____	79
AFECCIONES EMOCIONALES EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. _____	83
ESTRES Y CÁNCER. _____	86
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS. _____	90

CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: EL DISEÑO. _____ 100

ESTUDIO I. DISEÑO DE INTERVENCIÓN Y ELABORACIÓN DEL MANUAL DE TRABAJO. _	102
JUSTIFICACIÓN. _____	102
FASE I. DISEÑO DE INTERVENCIÓN Y PILOTEO. _____	105
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. _____	105
OBJETIVO. _____	105
OBJETIVOS ESPECÍFICOS. _____	105
DEFINICIÓN DE VARIABLES. _____	106
MÉTODO. _____	107
PARTICIPANTES. _____	107
TIPO DE ESTUDIO. _____	108
INSTRUMENTOS. _____	109
MATERIALES _____	111
ESCENARIO _____	112
PROCEDIMIENTO. _____	112
TRATAMIENTO DE LOS DATOS. _____	114
RESULTADOS. _____	114
FASE II. ELABORACIÓN DEL MANUAL DE TRABAJO. _____	123
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. _____	123
OBJETIVO. _____	123
OBJETIVOS ESPECÍFICOS. _____	123
MÉTODO. _____	123
PARTICIPANTES. _____	123

TIPO DE ESTUDIO. _____	124
INSTRUMENTOS. _____	125
MATERIALES _____	125
ESCENARIO _____	125
PROCEDIMIENTO. _____	126
TRATAMIENTO DE LOS DATOS. _____	127
RESULTADOS. _____	128
DISCUSIÓN. _____	131
CAPÍTULO III. PROGRAMA DE MANEJO DEL ESTRÉS PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (PECA). _____	135
ESTUDIO II. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE MANEJO DEL ESTRÉS PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (PECA). _____	136
JUSTIFICACIÓN. _____	136
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. _____	137
OBJETIVO. _____	137
OBJETIVOS ESPECÍFICOS. _____	137
DEFINICIÓN DE VARIABLES. _____	138
MÉTODO. _____	139
PARTICIPANTES. _____	139
DISEÑO. _____	140
MATERIALES _____	142
ESCENARIO _____	142
PROCEDIMIENTO. _____	143
TRATAMIENTO DE LOS DATOS. _____	145
RESULTADOS _____	146
DISCUSIÓN. _____	162
CONCLUSIÓN. _____	167
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS _____	168

REFERENCIAS.	170
ANEXOS	190
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	191
ANEXO 2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.	193
ANEXO 3. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, VERSIÓN ADAPTADA PARA PACIENTES CON CÁNCER (PEPH-C).	195
ANEXO 4. CUESTIONARIO SOBRE SÍNTOMAS DE ESTRÉS DE REYNOSO.	199
ANEXO 5. MANUAL DE TRABAJO	201
ANEXO 6. FICHAS DESCRIPTIVAS DE SESIONES DE LA INTERVENCIÓN.	249
ANEXO 7. MATRIZ DE EVALUACIÓN PARA VALIDACIÓN DE MANUAL POR JUECEO.	268
ANEXO 8. EVALUACIÓN DE PARTICIPANTES. PILOTEO MANUAL DE TRABAJO.	268

Resumen

El estrés en pacientes con cáncer puede generar conductas perjudiciales y un efecto supresor inmunológico, que podría ser modificado con una intervención psicosocial oportuna (Antoni *et al.*, 2012, Antoni & Dhabhar, 2019). Los programas cognitivo conductuales son efectivos en reducción de estrés en diferentes tipos de cáncer (Ye, *et al.*, 2018). El objetivo del estudio fue diseñar e implementar una intervención cognitivo conductual efectiva en el manejo de estrés en pacientes mexicanos con cáncer de mama. Participaron 94 voluntarias, mayores de edad, con diagnóstico de cáncer (primario) en estadios I-III, en tratamiento adyuvante, post quirúrgico. Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, con un diseño experimental. Se diseñó una intervención individual semanal, de 8 sesiones de 90 minutos con técnicas cognitivo conductuales y técnicas de relajación, con pruebas pre- post test. Se observó una diferencia significativa ($p=0.01$) entre las medias de los valores previos a la intervención y la post prueba. Los autoregistros de los pacientes señalan ganancias clínicas, así como menor sintomatología (Carpenter, Stoner, Schmitz, McGregor, & Doorenbos, 2014). Los resultados son benéficos en el enfrentamiento de la enfermedad (Goldhirsch, *et al.*, 2013). Además, la investigación tiene un aporte práctico al realizar una intervención (Galindo *et al.*, 2015) a una población en riesgo de presentar niveles altos de estrés, como las pacientes con cáncer de mama (Knaul *et al.* 2009).

Abstract

Stress in cancer patients can generate harmful behaviors and an immunosuppressive effect, which could be modified with a timely and appropriate psychosocial intervention (Antoni, *et al.*, 2012, Antoni & Dhabhar, 2019). Cognitive behavioral programs are effective in reducing stress in breast cancer (Ye, *et al.*, 2018). The objective of the study was to design and implement an effective cognitive behavioral intervention in stress management in Mexican patients with breast cancer. 94 volunteers participated, with a diagnosis of cancer (primary) in stages I-III, in adjuvant, post-surgical treatment. A non-probabilistic sampling was carried out, for convenience, with an experimental design. A weekly individual intervention was designed, consisting of 8 sessions of 90 minutes with cognitive behavioral techniques and relaxation techniques, with pre-post tests. A significant difference ($p=0.01$) was observed between the means of the values before the intervention and the post test. Patient self-records indicate clinical gains, as well as less symptomatology (Carpenter, Stoner, Schmitz, McGregor, & Doorenbos, 2014). The results are beneficial in coping with the disease (Goldhirsch, *et al.*, 2013). In addition, the research has a practical contribution when carrying out an intervention (Galindo *et al.*, 2015) to a population at risk of presenting high levels of stress, such as patients with breast cancer (Knaul *et al.*, 2009).

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

ESTRÉS.

Introducción.

Desde hace casi tres décadas, la OMS reconoce al estrés como una de las enfermedades con mayor incidencia en el presente siglo, incluso lo ha considerado un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

Por su parte, la Secretaría de Salud (SSA, 2013) reconoce la importancia de la salud mental para el mantenimiento de la salud física y la recuperación de enfermedades como una realidad establecida. Esto debido a la interacción entre factores de riesgo del ambiente emocional y psicosocial y la aparición y/o pronóstico de diversas enfermedades.

El cáncer es una enfermedad que suele tener un alto impacto psicológico negativo en el paciente, repercutiendo en su calidad de vida, salud y recuperación, desencadenando estrés debido a las condiciones relacionadas con la enfermedad y tratamientos, así como por la necesidad de adaptación continua. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en mujeres en los países desarrollados, así como en los países en vías de desarrollo. (Almiron Baca, 2017; Oblitas, 2017; Ortiz, Pérez, & Sierra, 2005; Pérez, *et al.*, 2009; Serdà, del Valle, Marcos-Gragera, & Monreal, 2009).

La reacción psicológica ante una situación es tan importante como el evento mismo (Lazarus & Folkman, 1984). Por lo anterior, el estrés es un factor significativo en nuestras vidas, el cual puede modificar el curso de las enfermedades, debido a los vínculos entre las emociones y los cambios fisiológicos (Lovallo, 2016).

Las personas tienen diferentes respuestas al estrés, no sólo en su respuesta inicial sino también en sus habilidades para enfrentarlo y en sus respuestas fisiológicas. Estas diferencias hacen del estudio del estrés un objeto de gran interés (Lovallo, 2016).

Antecedentes.

El término *stress* existía anteriormente a ser un término usado de manera sistemática o científica, proviene del latín *stringere* (tensar o estirar) y posteriormente fue convertido al inglés *strain* (tensión). Más tarde, en el siglo XIV fue empleado para describir conceptos tales como opresión, tensión, dureza, adversidad, aflicción y dificultad (Moscoso, 1998).

Posteriormente, a finales del siglo XVIII, Hocke empleó el término en el contexto de la física, uso que fue sistematizado a inicios del siglo XIX. Dentro de este contexto, se definió la palabra *load* refiriéndose a una fuerza externa, mientras que el término *stress* se refería a la fuerza generada dentro del cuerpo como consecuencia de una fuerza externa o *load* que tenía la tendencia a distorsionarlo, *strain* se refería entonces a aquella deformación o distorsión sufrida por el objeto. Estos conceptos, *strain* y *stress*, fueron concebidos en la medicina del siglo XIX como algunos antecedentes en la pérdida de la salud (Hinkle, 1978).

Así mismo, el inicio del término estrés hacía referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado por fuerzas ambientales, mientras que de acuerdo a los avances que iba teniendo la investigación y para enfoques tales como la biología, el estrés es un proceso activo de resistencia (Contrada & Baum, 2011). Este enfoque permitía que se comenzaran a correr menores riesgos de realizar definiciones incompletas e inadecuadas (Lazarus & Folkman, 1986).

Bernard en el año 1859, introdujo el término de estrés en el campo de la medicina, refiriéndose a él como un proceso activo de resistencia, y entendiendo a

la enfermedad como la respuesta de intentos fallidos del organismo para restablecer el equilibrio por medio de respuestas adaptativas (Grau, Hernández, & Vera, 2005).

Walter Cannon (1932), en sus investigaciones acerca de la psicología de la emoción, conceptualizó al estrés como una perturbación de la homeostasis ante la presencia de frío, ausencia de oxígeno, descenso de glucemia, entre otras condiciones. Así mismo realizó investigaciones del estrés y de la regulación fisiológica, en particular estaba interesado en los mecanismos del cuerpo para funcionar de manera óptima al responder a los cambios del ambiente. Observó que la pérdida de salud podía resultar de la falta de regulación a nivel psicológico y sociocultural (Lovallo, 2016).

En el año 1936, Hans Selye empleó el término estrés con un sentido técnico. Lo definió como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier estímulo nocivo, incluyendo no sólo las amenazas físicas sino también las amenazas psicológicas, a esta reacción le denominó Síndrome General de Adaptación (Selye, 1956). Selye es considerado como el padre de la investigación del estrés. Se interesó en el proceso de homeostasis en los animales y cómo los estresores físicos lo desafían. Señaló un patrón de respuesta común, sin importar el estresor, denominado síndrome general de adaptación, que incluía la disminución del sistema inmunológico, úlceras en el tracto gastrointestinal y crecimiento de las glándulas adrenales. El síndrome de adaptación se compone de tres etapas: la reacción de alarma, en la que se registra el estresor en el sistema; la fase de resistencia, en la que el organismo produce los cambios metabólicos necesarios de

la reacción compensatoria hasta terminar con las reservas; y la fase de agotamiento, que conlleva a la muerte (Lovallo, 2016; Selye, 1956).

En la vertiente psicológica, se utilizaba el término ansiedad en lugar del término estrés. Freud dio un papel central de la ansiedad en la psicopatología e introdujo el término mecanismos de defensa entendidos como formas insatisfactorias de enfrentamiento que producían síntomas característicos (Lazarus & Folkman, 1986). Y fue hasta que en el año 1944 Selye introdujo la palabra estrés en el índice de *Psychological Abstracts* (Lazarus & Folkman, 1984).

La segunda guerra mundial tuvo un efecto importante en la cantidad de investigaciones sobre el estrés como variable psicológica, sobre todo para conocer su efecto en el rendimiento durante combate. Por su parte, la guerra de Corea, generó diversas investigaciones acerca del estrés por medio de estudios dirigidos a conocer el efecto del estrés en la secreción de hormonas adrenocorticales y el rendimiento del individuo, así como el Trastorno de Estrés Postraumático (Lazarus & Folkman, 1986).

En general, las primeras investigaciones del estrés se basaban en la concepción de que existían fuentes de estrés universales, refiriéndose a condiciones ambientales significativas que afectaban la resistencia de cualquier organismo, tanto humanos como animales (Contrada & Baum, 2011). Sin embargo, se ha corroborado que, ante un mismo evento estresante, como la aparición de una enfermedad, se pueden presentar reacciones diversas. Por esto, en la década de los ochenta se comenzó a trabajar el estrés con mayor especificidad. Se investigó

la idea de que un suceso es estresante en medida en que un sujeto lo perciba como tal, independientemente de las características objetivas del mismo (Pulgar, Garrido, Muela, & Reyes, 2009).

En las últimas décadas, el estudio del estrés se ha ido modificando de acuerdo al desarrollo de modelos de salud. Por ejemplo, los primeros acercamientos cognitivos empleaban un acercamiento reduccionista, empleando metáforas que comparaban la mente con computadoras, separando la parte no física o los pensamientos (software) de lo concreto o el cerebro (hardware). Por lo anterior, el dualismo cuerpo- mente limitaba el conocimiento propio y el estudio de la biología y medicina, creando barreras al tratar de comprender cómo los pensamientos pueden tener una influencia en el cuerpo y en la salud, y excluyendo el impacto de los procesos sociales y culturales (Sarafino, 2001).

En la actualidad, la medicina conductual es el acercamiento que enriquece y complementa el modelo médico tradicional el cuál excluía la parte psicológica del proceso de las enfermedades, incluyendo el estudio de la influencia de los factores socio- culturales y los procesos cuerpo- mente en la salud de un individuo y busca identificar conductas, pensamientos y prácticas culturales poco funcionales (Contrada & Baum, 2011). Por lo anterior, existe gran interés en investigaciones que relacionan el efecto social en el individuo en sus conductas, el estrés y la salud (Lovallo, 2016).

Definiciones.

A lo largo del tiempo diversos investigadores, tales como Lazarus, Folkman y Zaplana, han definido el término estrés, añadiendo y explicando factores que no se mencionaban en los enfoques reduccionistas (Lazarus, Folkman, & Zaplana, 1991). Por ejemplo, Lazarus sugirió que el estrés fuera manejado como un concepto organizador, empleado para entender un gran número de fenómenos de gran relevancia para la adaptación, tanto en las especies animales como en la especie humana (Lazarus & Folkman, 1986).

El estrés se puede definir como “una tensión física o mental que resulta de factores que alteran el equilibrio”, el estresor es el evento que desafía la integridad o la salud del cuerpo y como respuesta hay una reacción compensatoria. A mayor desafío y menor respuesta compensatoria, mayor tensión y estrés, lo que quiere decir que a mayor demanda y menor habilidad de enfrentamiento mayor será el nivel de estrés (Fink, 2007).

De igual forma, puede decirse que el estrés es la experiencia emocional relacionada a tener que reajustar metas, valores, o creencias después de eventos, como perder el trabajo o a un ser amado, o problemas maritales; afectan nuestra habilidad de completar metas (Papa, Kahler, & Rummel, 2015).

Por su parte, los estímulos generadores de estrés o estresores, se pueden considerar como acontecimientos con los que se encuentra el individuo y que van a generar la respuesta de estrés (Lazarus & Folkman, 1986).

Los estresores son eventos de la vida que afectan la habilidad de las personas de completar metas, centradas en el autoconcepto “estoy en control de mi vida”, violan valores autodefinidos o creencias “toda la gente es buena” ó desafían aspectos importantes de la identidad (Papa *et al.*, 2015).

Actualmente, se sabe que la valoración del estrés no sólo se determina por el estímulo o el estresor sino también por la interpretación subjetiva de las relaciones del individuo con el ambiente por medio de procesos fisiológicos y psicológicos y, de manera simultánea e indisoluble, a través de percepciones de tipo afectivas y normativas. Representa la interacción del individuo, con características individuales, ciertos motivos y creencias, y el ambiente, cuyas características ponen en situaciones de amenaza o desafío al individuo (Lazarus, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Ortega, Mercado, Reidl, & Estrada, 2005).

Lazarus y Cohen distinguen y definen tres tipos de acontecimientos generadores de estrés. Estos acontecimientos son: los cambios mayores que afectan a un gran número de personas y se refieren a cataclismos, cambios mayores que afectan a una persona o pocas personas, y los problemas diarios o cotidianos (Lazarus, *et al.* 1991).

En cuanto a los cambios mayores o cataclismos, existen estresores que son considerados universales como son los desastres naturales, las guerras, encarcelamientos, epidemias, entre otros. Por su parte, los cambios mayores pueden referirse a la presencia de una enfermedad. Finalmente, los estresores diarios suponen pequeñas situaciones que pueden perturbar o irritar en la rutina

diaria como el tráfico o quedarse sin dinero. Por lo que, los estresores pueden ser agudos, como el fallar al tratar de conseguir una meta o problemas en relaciones, o eventos traumáticos o más permanentes, como en la pérdida de un ser amado (Lazarus & Cohen, 1977).

Así mismo, los estresores pueden ser de origen físico como el calor, el frío o las infecciones; o de origen psicológico como aquellos eventos que desafían nuestra seguridad por nuestros pensamientos, interpretaciones y percepciones, pero no por ser fisiológicamente dañinos (Sarafino, 2001). Lo anterior descrito resulta útil para distinguir los estresores que se generan por un estresor externo o fuera del cuerpo y aquellos que inician por ideas, miedos, entre otros. Sin embargo, se ha observado que los estresores fisiológicos usualmente evocan reacciones emocionales que son también parte de la respuesta psicológica de estrés (Lovallo, 2016).

Adicionalmente, los estresores psicológicos se refieren a los desafíos que pueden alterar el trabajo del organismo, afectando la salud, debido a su importancia y al impacto de su significado en el día a día de la persona, con algunas consecuencias que pueden llegar a ser de largo plazo (Lazarus , 1993).

Algunos autores aseguran que cualquier cambio, sea algo positivo o negativo, genera una respuesta de estrés (Carroll, Phillips, & Lovallo, 2009). Esto quiere decir que el estrés también puede presentarse a partir de eventos positivos, debido a que se requieren cambios considerables y un ajuste en las metas y actividades que buscamos, día a día (Papa *et al.*, 2015).

En general, en las definiciones contemporáneas, se identifica el término estrés como una amenaza ante la cual el organismo requiere de ciertos ajustes adaptativos o cambios que le permitan mantener un estado de homeostasis o equilibrio y que aseguren la supervivencia, esto se realiza con base en su experiencia, su predisposición biológica y el estado en el que se encuentre el organismo (Day, 2005; McEwen, 2005).

Los estados mentales que se generan durante la respuesta de estrés pueden producir la respuesta fisiológica equivalente a la reacción de lucha o huida (*fight or fly*) en el cuerpo, la cual produce una descarga de hormonas resultando en la secreción de catecolaminas y un aumento en la respuesta cardiaca y pulmonar, constricción de los vasos sanguíneos en varias partes del cuerpo , entre otras reacciones (Lovallo, 2016). Lo cual deja en evidencia que los sistemas fisiológicos que se usan para responder a los estresores psicológicos son los mismo que se emplean para responder a las amenazas físicas (Sarafino, 2001).

La alostasis es el proceso en el cual la amenaza que demanda cambios no ha sido eliminada o neutralizada, y actúa para mantener la homeostasis por medio de recursos compensatorios y adaptativos. Es decir, los sistemas fisiológicos involucrados en el proceso de respuesta a un estresor están elevados de manera sustancial, llevando a un desbalance entre los mediadores primarios, en sustancias como el cortisol y la adrenalina (Hostinar & Gunnar, 2013). Se espera que posterior a la desaparición de la demanda que originó la activación, el sistema vuelva a regularse, pero si este proceso se prolonga durante mucho tiempo, es decir no existe un periodo de recuperación, no se alcanza la adaptación y esto puede

generar un desgaste fisiológico. Este desgaste se da por medio de la alteración en hormonas, el sistema nervioso autónomo, las citoquinas, entre otros sistemas, y generalmente es adaptativa en el corto plazo (Lovallo, 2016).

Es importante tomar en consideración que no todo tipo de estrés es dañino para la persona y para su salud, ya que todos los individuos necesitan de cierto nivel de estrés que les permita alcanzar su funcionamiento óptimo, así como su bienestar general y realización personal, a éste tipo de estrés se le ha denominado *eustrés* (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Cuando se habla de estrés se hace referencia a una respuesta emitida por el organismo a un estímulo específico, como un mecanismo adaptativo. El *eustrés* se define como aquellas situaciones en las que la salud física y mental facilita la adquisición y el desarrollo del máximo potencial, ya que no sólo los acontecimientos negativos generan estrés, sino también los positivos. En este tipo de estrés el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones o estresores cotidianos e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello (Peiró, 2001).

De manera opuesta, el *distrés* es una clase de estrés nocivo para la salud que provoca una sensación incómoda de malestar, el cual se genera al no tener los recursos suficientes para enfrentar algún estímulo (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). El *distrés* suele ser destructivo, generando angustia y/o dolor, además de afectar negativamente la salud física y mental, disminuyendo los recursos afrontamiento de las personas. Va acompañado siempre de un desorden fisiológico, las catecolaminas producen una aceleración de las funciones y éstas

actúan alejadas del punto de equilibrio, hiperactividad, acortamiento muscular, entre otros (Oros & Neifert, 2006).

Los síntomas asociados al *distrés* se clasifican en físicos y psicológicos. En particular, dentro de los síntomas físicos se encuentran: dolores de cabeza, fatiga, intranquilidad, perturbaciones del sueño, tensión muscular, problemas gastrointestinales, dolores estomacales, incremento de la frecuencia cardiaca y de la presión sanguínea (Matthews, 2016; Moscoso, 2011).

Dentro de los síntomas psicológico se pueden ubicar: falta de concentración y atención, deterioro de la memoria a corto y largo plazo, pérdida de objetividad y capacidad crítica, aumento en la tensión, disminución de la capacidad para relajarse y detener preocupaciones ansiosas, aumento de reacciones emocionales exacerbadas, depresión del ánimo, pérdida de autoestima, nerviosismo, irritabilidad, problemas de comunicación, disminución del interés y entusiasmo, descenso de niveles de energía, etc. Con una prevalencia entre el 5 y 60% (Grau *et al.*, 2005; Matthews, 2016).

Cabe mencionar que, a pesar de existir una división entre el estrés de carácter positivo y negativo, cualquier proceso relacionado con el estrés se suele generalizar, identificándolo como negativo y convirtiendo ambos términos en sinónimos, así la mayoría de los autores que se han dedicado al estudio del malestar emocional emplean el término de estrés, siendo muy pocos los que marcan una diferencia entre ambas expresiones (Matthews, 2016; Peiró, 2001; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Es importante recalcar que el estrés es una respuesta automática y natural del cuerpo, debido a los constantes cambios en la vida que exigen continuas

adaptaciones; por lo que cierta cantidad de estrés es necesaria en la vida del individuo (CEAMEG, 2013).

Modelos de estrés.

En particular, dentro del campo de la psicología el estrés se ha conceptualizado a través de diversos modelos explicativos, lográndose concluir que los enfoques del estrés se pueden dividir principalmente en modelos focalizados en la respuesta, en los estímulos y por último los modelos interactivos, como es el modelo de Lazarus (1966), entre otros (Brannon & Feist, 2001).

Modelo del estrés focalizado en la respuesta.

Este modelo se asocia con la sensación física y psicológica de “estar estresado”, es decir se centra en la psicofisiología del estrés. Esta perspectiva centra su investigación en los mecanismos de vinculación entre el estrés y las patologías, como por ejemplo aquellas relacionadas al sistema cardiovascular, cáncer o al sistema inmunológico. Dentro del modelo se intenta identificar las respuestas características del estrés que le ocurren al individuo sin importar cuál es su etiología o naturaleza, ya que los sucesos potencialmente estresantes tienen una gran diversidad y las diferencias en la percepción de estrés varían de un individuo a otro. Aunque ésta perspectiva teórica abarca los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales del estrés, la mayoría de los investigadores se han concentrado principalmente en las consecuencias fisiológicas del estrés (Marks, *et al.*, 2008; Matthews, 2016).

Siguiendo con el modelo focalizado en la respuesta, Selye, en el año 1952, desarrolló la teoría del síndrome general de adaptación, señalando que el estrés era

aquella respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos. Esta respuesta la dividió en tres fases: la de alarma, de resistencia y de agotamiento (Mingote & Pérez, 2003; Selye, 1956).

En la primera fase o la fase de alarma el individuo percibe un estímulo perteneciente a un estresor físico o mental, y su organismo inicia una respuesta propia de huida o lucha (Lewis, Heitkemper, & Dirsken, 2004). Como consecuencia se elevan los niveles de glucosa en la sangre, se acelera el ritmo cardiaco y se aumenta la presión sanguínea y de glucocorticoides, que realizan ciertas funciones en la sangre al actuar catabólicamente como resultado del evento estresante incrementando el potencial de energía en el organismo (Selye, 1956)

En la segunda fase o fase de resistencia el organismo retoma sus funciones normales, eliminando los efectos sobre el organismo presentes en la primera fase. Simultáneamente, la persona comienza a enfrentar la situación de estrés. Diversos factores median el enfrentamiento del individuo ante el estresor como pueden ser: la salud física y mental, la educación, las experiencias previas vividas y las redes de apoyo social con las que cuenta la persona como son su familia, cónyuge, amigos, vecinos, entre otros (Markenson, 2007). Sin embargo, si los recursos del individuo no son lo suficientemente eficaces, se puede pasar a la siguiente fase, denominada la fase de agotamiento (Lewis *et al.* 2004).

La última fase descrita por Selye es la fase de agotamiento, la cual surge cuando ocurre una prolongada y constante exposición al estresor o cuando el efecto

del estresor es muy grave. En este punto la capacidad de resistencia del individuo al estrés se pierde, dando como resultado que los individuos desarrollen una enfermedad grave, que en algunos casos incluso puede concluir en la muerte (Markenson, 2007).

Modelos del estrés focalizados en el estímulo.

Los modelos del estrés focalizados en el estímulo se derivan del enfoque de la ingeniería de la elasticidad de los materiales, en el cual el estrés es una carga que se le aplica a un objeto o estructura, ejerciendo una fuerza denominada *tensión*, dicha fuerza puede generar daños a la estructura excediendo el *límite elástico*. Por lo tanto, este modelo supone que poseemos cierta resistencia al estrés, pero que si la cantidad de estrés es demasiada nuestra salud se vería afectada y enfermaríamos (Marks *et al.*, 2008).

Los modelos del estrés focalizados en el estímulo se han centrado en crear una taxonomía del estrés y en generar mediciones capaces de evaluar el impacto del estrés en los sucesos cotidianos de los individuos. Incluso, la definición más común del estrés en la psicología es aquella que centra su abordaje en el estímulo. Además, estas mediciones han sido usadas para investigar la relación del estrés en las causas de las enfermedades físicas y asociados con las aproximaciones de manejo de estrés, cuyo propósito consiste en la reducción de los niveles de estrés producto del entorno físico y laboral del sujeto (Marks *et al.*, 2008).

Por otra parte, Holmes y Rahe (1967) fueron pioneros en investigaciones de sucesos cotidianos que la gente consideraba como los eventos más estresantes. Definieron al estrés como un estímulo o acontecimiento capaz de modificar el

equilibrio homeostático del individuo. Eligieron 43 sucesos cotidianos que tendieran a presentarse como estresantes, le pidieron a 400 adultos norteamericanos que calificarán la cantidad relativa de reajuste que, en su opinión, se necesitaría para los sucesos. Los resultados que obtuvieron les permitieron la construcción de la escala de estimación de reajuste social (SRRS) y la teoría de los sucesos vitales, la cual señala que existen estímulos o eventos desencadenantes de la respuesta de estrés.

La teoría afirma que todo cambio vital o aquellos eventos que requieren de un reajuste en la conducta de las personas son estresantes, que los acontecimientos vitales han de ser estresantes para producir estrés y que el estrés psicológico resultante será un factor en la aparición de trastornos y enfermedades (Sandín, 2003).

Dentro de estos modelos los factores estresantes se pueden clasificar en: estresores físicos, estresores psicológicos, estresores sociales y estresores biológicos (Casals & Serra, 2005).

De igual manera, los estresores físicos se subdividen en: actividades corporales que requieren mayor energía del organismo para mantener el esfuerzo exigido; condicionamientos físicos que obligan a tener una reacción de estrés como el calor, el frío, estímulos ópticos, entre otros; y procesos corporales como la presencia de bacterias, virus, sustancias tóxicas en el organismo, o sensaciones de dolor que le exigen al cuerpo una reacción general de acomodación (Lazarus, Folkman, & Zaplana, 1991).

Por otra parte, los estresores psicológicos engloban emociones como son la frustración, la ira, los celos, el miedo, entre otras. A su vez, los estresores sociales

son aquellos estresores que se originan durante la interacción con otras personas, como pueden ser los conflictos con otras personas (Casals & Serra, 2005).

Por su parte, los estresores del tipo biológico son los que generan cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo, originando por sí mismos una respuesta de estrés; y finalmente, los estresores psicosociales se convierten en estresantes por medio del significado que cada persona les asigna (Everly & Lating, 2002).

Adicionalmente, Labrador (1995) afirma que existen algunas características que determinan la condición estresante de cualquier evento como puede ser el cambio de la novedad del evento o situación, la falta de información sobre el mismo, la predictibilidad, la incertidumbre, la inminencia, la ambigüedad de la situación, la falta de habilidades y conductas que permitan manejar la situación y la duración de la situación estresante.

El modelo transaccional del estrés.

El modelo transaccional del estrés soluciona el problema teórico de los modelos de estímulo y de respuesta, acerca de qué tipo de sucesos o exigencias son percibidas por los individuos como estresantes y de qué modo el individuo responde ante ellos. Los teóricos señalan que el estrés aparece cuando existe un desequilibrio entre la percepción del individuo sobre las exigencias del medio y la habilidad propia para cumplir con dichas exigencias (Marks *et al.*, 2008).

Lazarus (1966) realizó la primera propuesta de este modelo, en la cual se definió al estrés psicológico como una relación particular entre la persona y el entorno, que la persona considera exigente o que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar.

Lazarus y Cohen (1977) identificaron diferentes tipos de acontecimientos que inducen el estrés como son los cambios mayores o cataclismos que afectan a una gran cantidad de personas, cambios mayores que afectan sólo a una o a unas cuantas personas y los conflictos cotidianos. Y aun cuando las molestias o problemas que surgen cotidianamente son mucho menos catastróficas que los cambios mayores o cataclismos, pueden llegar a ser más trascendentales en los procesos de adaptación y mantenimiento de la salud (DeLongis, Coyne, Decor, Folkman, & Lazarus, 1982; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Otra variable que debe ser considerada es la reactividad al estrés, que se ha descrito como "la propensión del individuo para experimentar una reacción cardiovascular de diversa magnitud, en relación a otras personas, cuando se encuentran con un estímulo aversivo o desafiante" (Manuck, 1994). Las personas tienen hábitos cognitivo- emocionales que producen diferencias entre la reactividad fisiológica y la conducta (Rothbart, 2011). Estas diferencias tienen implicaciones en la salud (Lovallo, 2016), por ejemplo, una respuesta larga y exagerada a un evento estresante indica un riesgo para presentar alguna enfermedad, mientras que una respuesta más pequeña tiende a ser menos dañina (Mostofsky, Penner, & Mittleman, 2014). Por ejemplo, la rumiación de eventos emocionalmente relevantes puede contribuir al incremento de la reactividad (Lovallo, 2016).

Por una parte, las diferencias individuales en la reactividad se deben a diversos factores, entre ellos está la diferencia en la actividad cerebral frontal-límbica, proceso que corresponde a actividades asociadas con evaluaciones cognitivas, la memoria de trabajo y las evaluaciones necesarias para toma de

decisiones (Contrada & Baum, 2011), así como con la habilidad de poder comunicarse con otros (Ellis, Jackson, & Boyce, 2006). La toma de decisiones se realiza de acuerdo a las experiencias propias, por medio de juicios situacionales basados en la memoria y en el condicionamiento Pavloviano de respuesta. Como cada persona tiene diferentes experiencias de vida (Ellis & Boyce, 2008), la interpretación de eventos resulta distinta, así como las emociones que la acompañan, proceso que ocurre en la memoria de trabajo (Lovallo, 2016).

Otro factor que influye en la desigualdad de la reactividad al estrés es la diferencia en las evaluaciones y emociones producidas debido a señales amplificadas a nivel del hipotálamo y el tronco cerebral que influyen las respuestas fisiológicas y conductuales (Jenkins & Baum, 1995). Aun cuando no existe evidencia rígida que permita separar las fuentes por las que se producen una reactividad de diferente magnitud, se menciona que el incremento en el ritmo cardiaco se da principalmente en el hipotálamo (Ginty, Gianaros, Derbyshire, Phillips, & Carroll, 2013). En los casos de mayor reactividad en el ritmo cardiaco se observan mayores niveles de norepinefrina para las respuestas de atención y mayor nivel de cortisol en tareas aversivas (Wright & Gendolla, 2012).

De igual manera, los órganos periféricos también pueden generar diferencia en la reactividad debido a que pueden ser más o menos reactivos a las señales que reciben, debido a diferencias genéticas en los complementos de los receptores autonómicos y a una predisposición genética a ser más susceptibles (Mostofsky, *et al.*, 2014). Sin embargo, las respuestas de estrés no solo se modifican debido a la

predisposición de los órganos a enfermedades sino también debido a la existencia de alguna enfermedad (Lovallo, 2005).

Finalmente, la unión de componentes emocionales y cognitivos con las experiencias previas, determina las respuestas del cuerpo y predice las condiciones de salud o enfermedad (Lovallo, 2005). Esto nos brinda un acercamiento multidimensional para entender el binomio salud- enfermedad, que incluye estudios neurofisiológicos, funciones autónomas, funciones endócrinas y actividades del sistema inmunológico (Lovallo, 2016).

Por lo tanto, la regulación homeostática engloba órganos y tejidos con la regulación local, modificaciones de los niveles del sistema nervioso y de la regulación hormonal, incluyendo las funciones del hipotálamo (Ellis, Jackson, & Boyce, 2006).

En resumen, el estrés está presente en el día a día, se presenta usualmente en molestias diarias, como problemas financieros, dificultades con los compañeros de trabajo, problemas con relaciones o con la familia. El estrés también puede ser potencialmente traumático como en eventos mayores en la vida, como un divorcio, un secuestro, o la pérdida de un ser querido (Matthews, 2016). Cuando estos problemas se vuelven estresantes debido a que exceden los recursos personales y la capacidad de afrontamiento, pueden llevar a consecuencias negativas (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Cuando los individuos experimentan estrés los intentos de resolución de problemas o la toma de decisiones, resulta en esfuerzos de enfrentamiento inefectivos, una inadecuada solución de problemas, y niveles

clínicos de estrés psicosocial como depresión, ideación suicida y ansiedad, e incluso pobre salud física (Contrada & Baum, 2011).

Estrés psicológico.

Los factores psicológicos que surgen en una situación pueden incrementar o reducir los efectos del estresor en el individuo (Ellis & Boyce, 2008). Por lo que, las consecuencias fisiológicas de un estresor, no son por el estresor mismo, sino que dependen en gran medida del impacto psicológico del evento (Rothbart, 2011). Diferentes personas interpretan un mismo evento de maneras distintas, con consecuencias igualmente distintas en su bienestar (Miller, Chen, & Parker, 2011).

A su vez, debe tomarse en cuenta que tanto las respuestas muy exacerbadas como las respuestas muy pequeñas de estrés psicológico pueden llegar a ser fuentes de problemas de salud, ya que estas respuestas se desvían de la norma, hacia cualquier dirección, reflejando un funcionamiento no óptimo del individuo que tiene como consecuencia una afección de su bienestar general (Carroll *et al.*, 2009).

Richard Lazarus y Susan Folkman (1984) describieron, desde un enfoque cognoscitivo, como las interacciones con el ambiente pueden generar emociones que llevan a respuestas de estrés en el cuerpo, de acuerdo a su interpretación del mundo. Las respuestas de estrés no son iguales, ni los eventos son igual de estresantes para todas las personas (Levine, 2005). Y aun cuando ciertas presiones o demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas,

existen diferencias entre los individuos y los grupos sociales, en cuanto al grado y la clase de respuesta (Lazarus & Folkman, 1986).

Lo anterior sugiere que existen personas más susceptibles que otras (Ellis, et al., 2006), pero incluso las personas menos susceptibles al estar en una exposición constante a circunstancias amenazantes tienen respuesta de estrés (Lovallo, 2016).

Así mismo, Lazarus y Folkman (1984) señalan que la evaluación cognoscitiva del estrés se produce cuando una persona toma en cuenta los factores principales que influyen mayormente en su respuesta al estrés. Adicionalmente, esta evaluación de la situación es considerada como el proceso que determina las consecuencias que un evento determinado provocará en el individuo y lo dividen en evaluación primaria y evaluación secundaria, con aspectos valorativos distintos y básicos.

Primero, la persona realiza una evaluación de qué tan amenazante es el evento, asegurándose que cada nueva experiencia no sea un riesgo, reconociendo las amenazas e iniciando un plan para lidiar con ellas. Cuando la persona está en peligro debido a una amenaza o un desafío, se debe actuar y se realiza una segunda evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse. Dentro de esta segunda valoración, se determinan las herramientas de enfrentamiento con las que cuenta el individuo. Con este proceso se determinan las respuestas cognoscitivas y conductuales, así como las respuestas emocionales, neurofisiológicas, autonómicas y endócrinas al evento externo. Este proceso lleva a considerar tanto

el lado afectivo como el lado cognoscitivo que guían la respuesta psicológica del estrés (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1986).

Finalmente, los problemas preexistentes pueden volverse más intensos y debilitar a la persona cuando los individuos enfrentan estresores nuevos. (Papa, *et al.*, 2015). De igual manera, los pensamientos y rumiaciones que presenta el individuo son fuentes consistentes de estrés psicológico (Lazarus & Folkman, 1984).

Evaluación primaria

Dentro de esta evaluación del estrés el individuo distingue entre tres categorías posibles de evaluaciones: la primera es que el evento es irrelevante, la cual no conlleva implicaciones para la persona o el individuo no siente interés por sus consecuencias; una segunda evaluación puede ser que la situación es benigna o positiva, donde las consecuencias del encuentro se valoran como positivas ya que preservan o logran el bienestar; y una tercera evaluación es que la situación es estresante, sucede con aquellas situaciones que significan daño o pérdida (Folkman & Greer, 2000).

Lazarus y Folkman mencionan que muchos eventos son juzgados como irrelevantes debido a que son consistentes con los pensamientos de cómo debería ser el mundo, mientras que otros que no son consistentes son percibidos como desafíos o amenazas. En la evaluación primaria se clasifica si el factor de estrés o la situación constituye una amenaza, un desafío, un daño o una pérdida (Lazarus & Folkman, 1986). Así mismo se realiza una evaluación del significado del evento para la persona (Walker, Jackson, & Littlejohn, 2004). Esta evaluación incluye de manera

implícitas respuestas de condicionamiento clásico, ya que la evaluación se desarrolla a través de experiencias previas (Lovallo, 2016).

Evaluación secundaria

A diferencia de otras teorías en donde las etapas generalmente son secuenciales, la evaluación secundaria tiene lugar simultáneamente con la evaluación primaria (Matthews, 2016; Lovallo, 2016).

Cuando los eventos son una amenaza real o en potencia, se requiere de una respuesta adaptativa para asegurar que el daño no exista o sea limitado, en ese caso predomina una evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse, denominada evaluación secundaria (Lazarus & Folkman, 1986). Las respuestas que se evalúan son las respuestas de enfrentamiento (Lovallo, 2016).

Bandura (1982) señala que existe una expectativa del resultado de la respuesta de enfrentamiento, la cual se centra en el supuesto de que la conducta logrará ciertos resultados, y una expectativa de eficacia, centrada en la capacidad de llevar a cabo la conducta con éxito y tener control sobre la situación.

Weiss (1980) menciona el control y la información de seguridad como las características psicológicas más importantes para el manejo del estrés. Como sugiere el modelo de Lazarus y Folkman, el estrés psicológico se reduce cuando la amenaza es minimizada y se recibe información de seguridad para enfrentar el desafío o amenaza.

El impacto del estresor llega a ser incontrolable para el individuo, dependiendo de la interpretación que se le da la situación y de las opciones de

enfrentamiento disponibles (Lazarus & Folkman, 1986). El estrés incontrolable tiene como consecuencia una disminución o supresión del sistema nervioso central, que conduce a un deterioro en la respuesta de iniciación y en deficiencias en la activación motriz (Levine, 2005).

Seligman (1971) utilizó el término desesperanza aprendida para caracterizar las deficiencias cognitivas, emocionales y de desempeño mostradas después de una exposición, de manera continua, a un estresor incontrolable.

Ésta desesperanza se desarrolla cuando el estresor no se media por el desempeño, los intentos de escapar o de evadirlo. El intento de escape y su resultado negativo resultan en un déficit para aprender nuevas conductas de evitación. Esto debido a que se genera una expectativa de que las acciones son independientes del resultado, a su vez, las reacciones iniciales se van reduciendo debido a los fracasos, se reducen las habilidades para responder de manera correcta a situaciones similares y pueden comenzar con síntomas de depresión (Lovallo, 2016).

Así mismo, la acumulación de estresores no resueltos puede incrementar la sensación de desesperanza y dañar la auto eficacia, llevando a la evitación del problema y a desprenderse del objetivo principal que es enfrentar el estrés (Lynn, O'Donohue, & Lilienfeld, 2015).

Consecuencias del estrés.

Los estados emocionales negativos, como el estrés prolongado y la sensación de desesperanza, se asocian a cambios en el sistema endócrino y autónomo que inhiben la función del sistema inmunológico (Levine, 2005; Matthews, 2016).

De igual forma, la influencia psicológica puede agravar las consecuencias físicas del estrés (Davidson, *et al.*, 2010). Los mecanismos de las respuestas de estrés interactúan con la regulación de los órganos, lo cual produce una alteración en la homeostasis (Davidson, Mostofsky, & Whang, 2010; Lovallo, 2016).

Por lo que, los eventos estresantes desestabilizan diversos aspectos de la vida (Carroll, *et al.*, 2009). Un ejemplo de ello son las respuestas cardiovasculares prolongadas debidas al estrés psicológico, las cuales causan mayor activación global en el sistema simpático y mayor liberación de cortisol relacionado a alteraciones en el sistema inmune, y también predicen mayor riesgo de hipertensión, cáncer, crecimiento y diseminación en tumoraciones (Davidson, *et al.*, 2010; Ginty, *et al.*, 2013; NIH, 2019). Estas respuestas están acompañadas de alteraciones en las funciones cognitivas, pobre regulación conductual, inestabilidad de la regulación en el estado de ánimo y una tendencia a tener emociones negativas (Davidson, *et al.*, 2010).

Por otro lado, la reactividad al estrés se ha asociado con adversidades tempranas en la vida y con riesgo de abuso de sustancias (Lovallo, 2005). Es decir, las personas con estrés pueden adoptar ciertos hábitos poco saludables, como

fumar, comer en exceso o beber alcohol, lo cual aumenta el riesgo de la persona de padecer cáncer, depresión y obesidad (NIH, 2020) .

La presencia de enfermedades previas o de malos hábitos alimenticios, no le restan relevancia al rol del estrés en la salud. Ya que tanto la percepción del medio ambiente, la interpretación de eventos y la respuesta emocional inmediata son factores precipitantes de consecuencias fisiológicas (Wei, *et al.*, 2014).

En específico, los niveles de cortisol debidos a estrés, provocan el decrecimiento de la expresión de macrófagos de la proteína MHC en respuesta del IL-2 (gamma-interferon), menor ingesta celular de los macrófagos, menor producción de IL-1, IL-2 y CD4, y menor actividad de linfocitos B, células T y de células NK (Carobrez, Gasparotto, Buwalda, & Bohus, 2002).

Consecuentemente, este desequilibrio orgánico genera un déficit en la memoria de trabajo, en el desempeño de tareas y en la resolución de problemas, así como en la habilidad de actuar racional y calmadamente cuando se requiere (Al' Absi, Hugdahl, & Lovallo, 2002). Los cambios inducidos por el estrés en la memoria y las cogniciones pueden tener una influencia a largo plazo en la reactividad de estrés y en el bienestar subjetivo y físico (Al' Absi, *et al.*, 2002; Lovallo, 2016).

Adicionalmente, se ha encontrado una relación entre el estrés y la morbilidad y la mortalidad (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Por ejemplo, en Nueva York, la quinta ciudad más estresante según una encuesta de estrés social y ambiental, los residentes mueren en un 155% más del estándar esperado, los visitantes en un 134% más, pero sus residentes reducen esa tasa de mortalidad al

80% de lo esperado, cuando están visitando cualquier otro lugar, debido a los factores relacionados con el estrés (Christenfeld, Glynn, Phillips, & Shrira, 1999).

Por otro lado, se reporta que la alteración de las funciones endócrinas debidas a los sentimientos prolongados de desesperanza, depresión y de estrés psicológico (Mashour, 2014) son mayores en personas con niveles más altos de reactividad psicológica al estrés (Carobrez, *et al.*, 2002).

Sin embargo, las emociones y relaciones positivas y la alta sensación de autoeficacia y la resiliencia pueden mejorar los efectos negativos del estrés en la función inmunológica (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

La resiliencia es el mantenimiento de un funcionamiento relativamente adaptativo, un estado de ánimo positivo y salud mental adecuada durante situaciones positivas y negativas. Existe una diferencia entre los individuos en cuanto al nivel de resiliencia que presentan en situaciones estresantes (Rothbart, 2011). Aun cuando existe una predisposición genética a actuar en un modo resiliente en algunas situaciones, cualquier persona puede aprender cómo ser resiliente, ya que no es una variable de la personalidad (Bonanno, 2012). Esta habilidad permite a los individuos resilientes emplear una estrategia de enfrentamiento al estrés efectiva, en la que se identifique que puede ser cambiado y que no. Así como promover un mejor ajuste (Cheng, 2003).

Estrategias de enfrentamiento.

El enfrentamiento es el manejo del estrés, el cual es causado por situaciones externas o internas (Papa, *et al.*, 2015). La teoría cognitiva de enfrentamiento de Lazarus y Folkman (1984) es una de las que más influencia la descripción de la relación enfrentamiento y estrés.

Por una parte, Lazarus, Folkman y Zaplana (1991) definen las estrategias de enfrentamiento como “aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164).

Posteriormente, Folkman y Moskowitz (2004) definieron el enfrentamiento como “los pensamientos y conductas, usados para manejar las demandas tanto internas como externas de las situaciones que son apreciadas como estresantes” (p. 745).

Adicionalmente, la literatura maneja diversas definiciones acerca del enfrentamiento como la definición que brinda Fusté-Escolano y Ruiz-Rodríguez (2000) quienes señalan que el enfrentamiento hace referencia a la capacidad que el individuo tiene para hacer frente al efecto del estrés y que tal capacidad genera una respuesta emocional tras valorar la situación.

A su vez, Lazarus señala que existen importantes aproximaciones en el estudio del enfrentamiento. La primera aproximación surge a partir de la experimentación con animales, este planteamiento se encuentra muy influenciado

por las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para evitar, escapar o vencer los agentes nocivos; siguiendo con aproximaciones como el modelo de la teoría del aprendizaje y del reforzamiento (Lazarus, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, *et al.*, 1991).

De manera adicional, existe otra aproximación que menciona que el enfrentamiento se desarrolla dentro de un contexto, situación o condición que ha sido evaluada como personalmente significativa y que excede los recursos personales del individuo para enfrentarla (Lazarus & Folkman, 1984).

Inicialmente, el enfrentamiento comienza como una respuesta a la evaluación de que algunos objetivos importantes han sido dañados, perdidos o amenazados. Es un proceso complejo y multidimensional, que es sensible tanto al ambiente, como a los rasgos de personalidad que influyen en la percepción del estrés, y los recursos para enfrentarlo (Folkman & Moskowitz, 2004).

Folkman y Moskowitz (2000) mencionan que las estrategias de enfrentamiento incluyen, pero no limitan la regulación del estrés y el enfrentamiento de problemas causados por el estrés, así mismo mencionan que están influenciadas por la evaluación de las características del contexto y por la personalidad del sujeto y los recursos sociales con los que cuenta cada individuo. Los estilos de enfrentamiento, conductuales y emocionales, están formados a través de experiencias previas del individuo (Lovallo, 2016).

A su vez, existen dos clases de factores que influyen directamente en la evaluación que realiza la persona de la respuesta de enfrentamiento, los cuales son los factores personales y los factores situacionales. Por un lado, los factores personales incluyen elementos cognoscitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos comportamentales del sujeto (Lazarus & Folkman, 1986)

Entre los elementos cognoscitivos Lazarus, Folkman y Zaplana (1991) mencionan las creencias, que son nociones preexistentes acerca de las cosas moldeadas social y culturalmente, y los compromisos que determinan la importancia y el significado de los sucesos para las personas.

Por otro lado, los factores situacionales abarcan los elementos del acontecimiento y las dimensiones objetivas de la situación. Entre las que se pueden encontrar: la valencia de la situación o su potencialidad estresante inherente; las oportunidades reales de control esenciales de la situación; su mutabilidad que es la probabilidad de que la situación se transforme; su ambigüedad que señala el grado de información que carece el sujeto acerca de la situación para tener una idea clara y correcta acerca de la misma; el potencial de ocurrencia o recurrencia que se refiere a la capacidad de ocurrir por primera vez, o de seguir ocurriendo y por último su momento o cronología respecto al ciclo vital o momento de la vida en que la situación le ocurre a un individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

En resumen, el enfrentamiento describe lo que se realiza para aliviar el estrés. Acompasa esfuerzos para cambiar el estresor mismo, manejo emocional de

las reacciones al estresor, y la revaloración de la amenaza a las creencias o a la identidad (Papa, *et al.*, 2015)

Sin importar el estilo de estrategia empleado, se busca reducir la activación fisiológica y del sistema central asociada a las emociones negativas, así como la agitación emocional asociada a la actividad límbica (Carroll, *et al.*, 2009). Este proceso puede ser visto como una forma de regulación cognoscitiva sobre las emociones y los estados de estrés.

Funciones del enfrentamiento.

Los procesos de enfrentamiento pueden ser formas innatas o adquiridas por el individuo, mediante los cuales la persona interactúa con el ambiente (Bonanno, 2012). La función del enfrentamiento tiene que ver con la toma de decisiones, como la búsqueda y evaluación de la información. Un ejemplo de ello es cuando las personas no pueden ejecutar ningún control sobre una situación, como en el caso de las enfermedades crónicas, intentar un estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de problemas para cambiar la situación que resulta incambiable puede ser inútil y desmoralizante para el individuo, generando afectos negativos (Papa, *et al.*, 2015).

Otros autores como White (1974) identifica tres funciones del enfrentamiento: la primera función es obtener información adecuada del contexto; como una segunda función identifican el mantenimiento de condiciones internas idóneas para realizar acciones y para procesar información; y como tercera función mencionan el mantener autonomía de movimientos.

Adicionalmente, Mechanic (1974) señala la existencia de otras funciones del enfrentamiento como son: el enfrentar las demandas de tipo social y ambiental, generar motivación para lidiar con diversos requerimientos y mantener un estado de equilibrio psicológico óptimo para enfocar tanto los recursos como la energía hacia las demandas.

Por otra parte, se han mencionado funciones específicas del enfrentamiento dependiendo del contexto en el cual se requieran, como puede ser en el contexto de la salud y enfermedad como en asistir a chequeos médicos o adhesión al tratamiento (Galindo, *et al.*, 2014) y en un contexto socio cultural en el desarrollo de crisis políticas (Berenzon , Lara , Robles, & Medina-Mora , 2013; Medina-Mora, *et al.*, 2005).

Un ejemplo de las funciones específicas del enfrentamiento puede ser el uso de la evitación, ya que, dependiendo de la situación o contexto, en un principio puede brindar tiempo y una oportunidad para pensar de manera clara acerca de las causas y consecuencias del estresor antes de seleccionar una solución de problema o una respuesta de enfrentamiento (Pinheiro, Tróccoli, & Tamayo, 2003). Sin embargo, si se prolonga el uso de esta estrategia puede crear mayores problemas como falta de flexibilidad o amplitud de los desafíos cotidianos, e incluso en un contexto de salud puede provocar conductas que perjudiquen el tratamiento de la enfermedad como abandono del tratamiento médico (Bonanno, *et al.*, 2002). Así mismo, la evitación puede provocar una pérdida de control, creencias de desesperanza, de incapacidad, y de falta de cariño (Papa, *et al.*, 2015).

El efecto que cada estrategia de enfrentamiento tiene sobre el estrés se le llama resultado del enfrentamiento. Aun cuando las estrategias de enfrentamiento

tienen una función específica, en algunas ocasiones, al revisar la relación entre las funciones y los resultados del enfrentamiento, se observa que una estrategia puede poseer una función determinada como podría ser la evitación y puede no conseguir su objetivo, esto se debe resaltar ya que las funciones no se definen en los términos de los resultados que consigan. Esta diferenciación es congruente con la definición del enfrentamiento, ya que este se lleva a cabo de forma independientemente de los resultados que posea (Lazarus, *et al.*, 1991).

Lazarus, Folkman y Zaplana (1991) observaron dos tipos de enfrentamiento, el enfrentamiento dirigido al problema y el enfrentamiento dirigido a la emoción.

Aquellas estrategias centradas en el problema pueden actuar para reducir el riesgo con conductas diseñadas para obtener información, alterar el evento y alterar los pensamientos. Mientras que las estrategias centradas en la emoción buscan cambios psicológicos para limitar el grado de daño emocional causado por el evento, con un mínimo esfuerzo para cambiar el evento (Lazarus, *et al.*, 1991).

Cada estrategia de enfrentamiento tiene un costo, así como un beneficio. Las estrategias centradas en el problema pueden costar tiempo y energía necesarios para generar una alteración, pero pueden potenciar la disminución del valor del estresor en el evento. Las estrategias centradas en la emoción, de inicio, pueden consumir menor cantidad de energía, pero puede prolongarse a mayor plazo debido a la falta de impacto en el evento ((Matthews, 2016; Kreitler, 1999). Los distintos modelos de estrategias de enfrentamiento se distinguen sencillamente y suelen emplearse de forma análoga (Chico, 2002).

Modelos de enfrentamiento dirigidos a la emoción.

Los modelos de enfrentamiento dirigidos a la emoción más comunes están constituidos por procesos cognoscitivos que disminuyen la perturbación emocional, incluyendo estrategias de enfrentamiento como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos que son negativos. Por otra parte, la reevaluación se refiere a una manera de enfrentamiento dirigido a la emoción que modifica la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente (Carver & Scheier, 1994; Lazarus, *et al.*, 1991; Taylor, Peplau, & Sears, 2006).

Frydenberg (1997) destaca la importancia de otro estilo de enfrentamiento, denominado enfrentamiento de evitación, en el cual las personas evitan el problema no prestándole atención o distrayéndose realizando otras conductas.

Modelos de enfrentamiento dirigidos al problema.

Las estrategias de enfrentamiento dirigidas al problema se centran en la definición del problema en cuestión, así como en la búsqueda de soluciones alternativas al problema. En el análisis realizado para encontrar dichas alternativas se toma en cuenta el balance entre costo y beneficio, así como en su selección y aplicación (Lazarus, *et al.*, 1991)

Se considera que existen dos grupos de estrategias de enfrentamiento dirigidas a la solución del problema: las dirigidas al entorno y las dirigidas al sujeto. Las estrategias de enfrentamiento dirigidas al entorno intentan modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los procedimientos, entre otras situaciones. Mientras que el segundo grupo, las estrategias de enfrentamiento dirigidas al sujeto,

intentan realizar cambios de carácter cognitivo o de motivaciones como por ejemplo la variación en el grado de las aspiraciones, la búsqueda de nuevas formas de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de nuevos procedimientos (Carver & Scheier, 1994; Lazarus, *et al.*, 1991; Taylor, *et al.*, 2006).

A su vez, los estilos de enfrentamientos se dividen en pasivos y activos. El término de enfrentamiento pasivo incluye la evitación y el enfrentamiento activo es un enfrentamiento no- evitativo. Esta clasificación se considera como un antecedente a la intención conductual, así como a la realización de la conducta de enfrentamiento. Es probable que todos los individuos tengan un número de respuestas de enfrentamiento a su disposición cuando se les presenta una situación estresante, sin embargo, cada individuo tomará sus propios estilos de enfrentamiento basándose en sus características individuales (Labrador & Crespo, 2009).

Independientemente de la estrategia de enfrentamiento empleada, ésta sólo será adecuada, si es acorde con el agente estresante. Generalmente, como se mencionó anteriormente, las estrategias de enfrentamiento centradas en el problema se usan si el problema es modificable y suelen ser adaptativas; mientras las centradas en la emoción se utilizan cuando el problema no puede ser modificado (Skalski, Sikkema, Heckman, & Meade, 2013), además el enfrentamiento evitativo puede ser más efectivo con estresores de corto plazo o agudos pero menos efectivos con estresores a largo plazo o crónicos (Carver & Connor-Smith, 2010).

De acuerdo con lo anterior mencionado, algunas investigaciones sugieren que las estrategias centradas en la emoción, la negación en particular, pueden reducir el estrés en pacientes con cáncer grave mientras que las estrategias

centradas en el problema pueden provocar mayores niveles de ansiedad en estos pacientes, esto debido a la congruencia que debe existir entre las características de la situación y la estrategia de enfrentamiento seleccionada (Carver & Connor-Smith, 2010; Kreitler, 1999).

Aunque la evaluación sobre los sucesos enfrentados se ve influenciada por los diversos aspectos del ambiente en el que el individuo se desenvuelve, la forma de enfrentar cualquier evento depende en gran medida de los recursos generalizados disponibles del individuo como son físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales, interpersonales, etc. que facilitan el manejo del estrés (Carver & Connor-Smith, 2010).

Por otra parte, un estilo de enfrentamiento puede ser diferenciado de un rasgo de enfrentamiento principalmente en el grado, así mismo, generalmente, representa formas amplias, generalizadoras y abarcadoras de referirse a los estilos particulares del individuo. Los rasgos, los cuales hacen referencia a las propiedades de las que dispone una persona para aplicar en determinadas situaciones, tienen usualmente un espectro menos amplio. Entre los ejemplos de rasgos que existen con el enfrentamiento se encuentra la represión- sensibilización, enfrentamiento- evitación, o control- brusquedad. Sin embargo, la determinación de los rasgos de enfrentamiento predice un porcentaje bajo de la varianza de los procesos de enfrentamiento, aun cuando puede existir estabilidad en el enfrentamiento o el tipo de estrategias que un individuo emplea (Lazarus & Folkman, 1986)

Recursos para el enfrentamiento.

Zeidner y Hammer (1992), mencionan que los recursos de enfrentamiento están integrados por variables personales y sociales, que permiten a las personas manejar las situaciones estresantes de una forma más funcional. Lazarus y colaboradores (1991), identifican los recursos de enfrentamiento con los que dispone el individuo, los cuales son:

- Salud y energía: Una persona enferma o debilitada cuentan con menos energía para llevar a cabo un proceso de enfrentamiento, por lo tanto, se resulta menos complicado lidiar con cualquier situación cuando el individuo está en buen estado fisiológico. Sin embargo, existen investigaciones que muestran que individuos con poca salud física son capaces de enfrentar adecuadamente una situación (Badillo, 2014; Bulman & Wortman, 1977; Dimsdale, 1974).
- Creencias Positivas: Creencias de que una situación puede ser controlable, de que la persona posee la capacidad para cambiar una situación, o la creencia de que un médico o un tratamiento son capaces cambiarla. La formulación más conocida al respecto es aquella de Rotter (1966) de locus de control interno y locus de control externo. El locus de control interno se refiere a aquellas personas que creen que los acontecimientos son contingentes a su conducta, mientras que en el locus de control externo las personas centran sus circunstancias a la suerte, la casualidad, el destino o en los demás (Phares, 1976). Strickland (1978) observó que las personas que creen que los resultados dependen de sus propias conductas enfrentan de forma distinta los problemas relacionados con su propia salud que

aquellas personas que creen que los resultados son fruto del azar o el destino. Strickland (1978) y Anderson (1977) sugieren que el locus de control influye en el enfrentamiento ya que en aquellas personas con locus de control interno predominará el uso de estrategias dirigidas al problema, contrario a las personas con un locus externo donde predominarán estrategias dirigidas a la emoción o del tipo evitativo.

- Técnicas para la resolución del problema: Se refieren a las habilidades necesarias para obtener información, para analizar distintas situaciones, para examinar posibles alternativas, y para ser capaces de predecir que opciones pueden ser útiles para alcanzar sus objetivos o para elegir un plan de acción adecuado (Janis & Mann, 1977).
- Habilidades Sociales: Estas habilidades señalan la capacidad de una persona para comunicarse y actuar frente a los demás adecuada y asertivamente, facilitando la resolución de problemas al lado de otras personas, aumentando su cooperación y teniendo un mayor control en sus interacciones sociales (Berkman & Syme, 1979; Carver & Connor-Smith, 2010).
- Apoyo Social: Se refiere al hecho de contar con alguien capaz de proporcionar apoyo de tipo emocional, informativo o tangible (Carver & Scheier, 1994; Kaplan, Cassel, & Gore, 1977). Investigaciones señalan que los individuos separados o divorciados tienen mayor número de problemas médicos, tanto agudos como crónicos además de mayores tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, como la neumonía, y por

problemas cardiacos (Sokol, McGuigan, Verbrugge , & Epstein, 2005). La calidad del apoyo social también está ligada a la salud, como en el estudio realizado por (Sandin, 2003) en el cual los matrimonios más problemáticos presentaron mayor *distrés* o malestar emocional en comparación con aquellos individuos sin pareja. Tener obligaciones, roles sociales y rutinas puede ser un factor protector al lidiar con eventos estresantes (Cohen S. , 2004), debido a sus redes sociales más amplias y a su vez mayor recurso de apoyo social, lo que genera mayor oportunidad de sentir apoyado (Acuña, 2012).

- Recursos materiales: Este tipo de recursos incluyen el dinero y los bienes y servicios que pueden adquirirse mediante él. Algunas investigaciones han mostrado la relación existente entre el estatus económico, el estrés y la adaptación, radicando principalmente en que brindan un mejor acceso a servicios legales, médicos, etc. (Antonovsky, 1979; Carver & Connor-Smith, 2010)

A su vez, factores individuales como el tipo de problema al que se está enfrentando y la edad o género del sujeto tienen un impacto en la selección de estilo de enfrentamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1987; Folkman & Lazarus, 1980).

Estrés en México.

En México, la Secretaria de Salud, en su Programa de salud (2000-2006) menciona que el estrés es la respuesta natural y automática del cuerpo, y que no debe ser tomado como consecuencia de circunstancias externas al individuo, es un

proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. También se menciona, que el impacto en la salud es una consecuencia para el individuo desencadenado debido a la prolongación o intensificación del estrés.

Por su parte, México ha sido identificado como uno de los países con niveles de estrés más elevados, esto debido a factores tales como pobreza e inestabilidad social y política, provocando constante tensión, problemas de salud y depresión (Meschoulam, 2019).

Otra investigación recalcó el impacto nocivo de los eventos vitales tiende a ser similar independientemente del país en el que vivan las personas. También menciona que en México la acumulación de estrés vital predijo confiablemente la frecuencia con la que niños y adultos experimentaron síntomas de enfermedad. La percepción de contar con apoyo social también fue un factor que mitigó los efectos nocivos del estrés sobre la salud (Acuña, 2012).

A su vez, en un comunicado el Instituto Mexicano del Seguro Social destacó que el aspecto emocional y psicológico, vivir en las grandes ciudades, en un momento de mucho estrés, también pueden aumentar la frecuencia cardiaca y la presión arterial (Pérez-Guzmán, Zonana-Nacach, & Valles-Medina, 2009).

En México, las mujeres tienen una probabilidad mayor que los hombres de decir que sienten niveles elevados de estrés. Casi la mitad (el 49 %) de las mujeres dicen que sus niveles de estrés han aumentado en los últimos cinco años, frente al

39 % de los hombres, según la encuesta del American Psychological Association (Appelbaum, *et al.*, 2018).

Estudios recientes realizados por el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEMEAGE) indican que el dinero y los problemas económicos son las principales fuentes de estrés en las mujeres, mientras que en los hombres es el trabajo. Las mujeres informan de más síntomas físicos y emocionales que los hombres, como dolores de cabeza, deseos de llorar o malestar estomacal. Las mujeres casadas tienen mayores niveles de estrés que las solteras (33% frente al 22%). Las mujeres solteras tienen también una mayor tendencia de expresar que están haciendo lo suficiente para manejar su estrés (CEMEAGE, 2013).

Estrés y enfermedad.

Una de las principales razones por las que el estrés ha sido frecuentemente estudiado es debido a sus efectos significativos en la salud del individuo (Cooper & Quick, 2017; Lovallo, 2016).

Las investigaciones indican que, a mayor nivel de estrés en el estilo de vida, mayor número de síntomas físicos reportados y mayor riesgo de diversas enfermedades (Contrada & Baum, 2011). A su vez, se ha explorado la relación del estrés con el cáncer, la diabetes y la capacidad de recuperación post quirúrgica (Contrada & Baum, 2011). Se ha encontrado que el estrés puede exacerbar una patología o provocarla, sin embargo, el estrés también puede ser resultado de una enfermedad pudiendo disminuir las oportunidades de recuperación (Cooper &

Quick, 2017).

A su vez, el estrés se ha relacionado con las enfermedades autoinmunes, en las cuales el sistema inmunológico llega a confundir al propio organismo como agente invasor (Antoni & Dhabhar, 2019). En particular se ha examinado el estado de ánimo, las creencias, sobre todo lo relacionado con el pesimismo y la desesperanza, y la expresión emocional (Antoni & Dhabhar, 2019; Contrada & Baum, 2011).

Por su parte, Kiecolt- Glaser y colaboradores argumentaron que el estrés reduce las hormonas que luchan contra las células cancerosas y reparan el ADN. En particular, el cortisol que disminuye el número de células T activas, lo cual aumenta el desarrollo de tumores (Kiecolt-Glaser, *et al.*, 2002).

Así mismo, Johnston propuso un modelo de estrés- enfermedad, que incluye procesos tanto agudos, que solo ocurren en una situación específica, como crónicos, los cuales se mantienen durante mayor tiempo (Johnston, *et al.*, 2016).

La mayoría de las investigaciones señalan que el estrés en procesos crónicos, como sucede en enfermedades crónico degenerativas, cambios de estilo de vida y tratamientos invasivos, conlleva a diversas enfermedades debido a una prolongada interacción de factores fisiológicos, psicológicos y conductuales (Cooper & Quick, 2017).

El estrés crónico, como el que los pacientes experimentan durante enfermedades crónico degenerativas y las hospitalizaciones, activa mecanismos bioquímicos, a nivel de hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, las cuales

deprimen y /o suprimen la respuesta inmune, lo que favorece patologías diversas, el cáncer entre ellas (Davidson, *et al.*, 2010; Antoni & Dhabhar, 2019).

Se ha concluido que el estrés crónico tiene una relación con la regulación descendente del sistema inmunológico, generando ciertos cambios en el número de células NK, en el número de células T y en la proporción de células ayudantes T en relación con células T supresoras (Evans, Hucklebridge, & Clow, 2000; Segerstrom & Miller, 2004).

A la par, debe tomarse en cuenta que ambos procesos, crónicos y agudos, están intrínsecamente relacionados e incluso el estrés crónico podría definirse como la frecuente ocurrencia del estrés agudo. Además, que ambos inducen a cambios conductuales y psicológicos (Carroll, *et al.*, 2009). Dentro de estos cambios conductuales encontramos factores que ponen en riesgo la salud, como son: aumento en la urgencia de fumar, promoción del consumo del alcohol, cambios en la ingesta de alimentos y en el seguimiento de la dieta, ausentismo en citas médicas, reducción en la práctica de actividades físicas e incremento en accidentes menores como golpes, cortaduras o choques (Carroll, *et al.*, 2009; Carver & Connor-Smith, 2010; Cohen, 2004; Papa *et al.*, 2015).

A su vez, la enfermedad *per se* podría considerarse un evento estresante mediando conductas del individuo que obstaculizan su progreso o favorecen las recaídas, como puede ser la búsqueda de ayuda, su adhesión al tratamiento médico o a las recomendaciones de los profesionales de la salud y la adaptación a estilos de vida más saludables (Lovallo, 2016). Estos factores conductuales son

acumulativos y directamente proporcionales a la enfermedad, es decir a mayor número de factores modificados debido al estrés, existen mayores posibilidades de que el estrés conlleve a alguna patología (Cooper & Quick, 2017).

Sin embargo, no todos los que experimentan estrés llegan a enfermarse, esto debido a diversas variables como son el estilo de enfrentamiento empleado, el tipo de personalidad y el apoyo social; así como la capacidad de recuperación y la resistencia al estrés (Cohen, 2004; Lovallo, 2016).

También se conoce que el estrés produce cambios en la activación de sistema simpático por medio de la producción de catecolaminas y de cortisol (Levine, 2005). Dentro del sistema simpático, la prolongada producción de adrenalina y noradrenalina puede producir: formación de coágulos, arritmias cardiacas, depósitos de grasa, formaciones plaquetareas e inmunosupresión (Johnston, *et al.*, 2016).

Tanto las catecolaminas como los glucocorticoides realizan funciones inmunomoduladoras y en el momento de intentar restablecer un estado de homeostasis al enfrentar la situación estresante, inhiben el funcionamiento de los sistemas que emplean más gasto de energía, dejando al organismo expuesto a la acción de agentes infecciosos, además de un incremento en patologías hepáticas y del corazón (González & Escobar, 2006).

Por su parte, la prolongada producción de cortisol disminuye las funciones inmunológicas y dañan las neuronas del hipocampo causando problemas psiquiátricos, pérdidas en la memoria y en la concentración. Por lo que se ha

concluido que el estrés no solo modifica conductas, sino que también impacta directamente en la fisiología del sujeto (Johnston, *et al.*, 2016; Lovallo, 2005; Sarafino, 2001).

Selye (1956) realizó una investigación acerca de la relación entre estrés y enfermedad. Demostró que las hormonas liberadas en situaciones de estrés participan en el desarrollo de enfermedades no endócrinas degenerativas, como la trombosis coronaria, la hipertensión, la artritis, la úlcera péptica, la depresión y el cáncer (González & Escobar, 2006; Johnston, *et al.*, 2016).

Debido a la vinculación del estrés con la salud, es importante la identificación de circunstancias ambientales causantes de estrés para comprender como se afectan los estados biológicos, relacionados con la vulnerabilidad a agentes patógenos (Lovallo, 2016).

Parte de las circunstancias ambientales generadoras de estrés, se encuentran en los centros de salud y hospitales en los cuales los pacientes reciben tratamiento y seguimiento (Badillo, 2014).

Así que, aun cuando el objetivo del tratamiento es mejorar la calidad de vida del paciente, muchas veces se convierte en una de sus principales fuentes de estrés, aunado al manejo médico de un pronóstico reservado, al malestar provocado por procedimientos médicos exploratorios, y la incertidumbre con respecto a su enfermedad, su diagnóstico y tratamiento (Ortega, *et al.*, 2005).

La vida de las personas está ligada con emociones y sentimientos (Sarracino, 2013) . Lazarus (1993) menciona que las reacciones emocionales se desarrollan

cuando los individuos experimentan los eventos del ambiente, y son un mecanismo crucial a través del cual el ambiente afecta las actitudes y las conductas.

Con base en lo anterior, se ha observado que la felicidad está mayormente relacionada a medidas subjetivas de la percepción propia de salud y de menor manera relacionada a medidas objetivas de la salud (Papa, *et al.*, 2015).

Por su parte, el dolor y el bienestar psicológico están relacionados entre sí, aunque muchas veces no es claro cuales síntomas emergen primero, la interacción entre estas variables hace que sea de gran importancia. La expresión de dolor está asociada a factores cognitivos, emocionales y conductuales, en casos de dolor crónico existen ciclos de esperanza, frustración y culpa (Dyer, Sylvester, Traupman, Mackelprang, & Patterson, 2014).

Por lo que el incremento de la felicidad puede ayudar como una herramienta para el psicólogo clínico y el psiquiatra para comenzar con un afecto más positivo y que contribuya a resultados positivos como puede ser que los pacientes sean más adherentes a sus tratamientos a largo plazo (Lynn, *et al.*, 2015).

Por otro lado, el uso positivo de la religión para enfrentar el estrés puede ser de gran utilidad cuando existen problemas de salud, como se ha observado en pacientes con cáncer de mama quienes presentan un mayor bienestar subjetivo (Galindo, *et al.*, 2014).

Una regulación emocional inefectiva y una percepción continua de afecto negativo pueden activar respuestas de estrés crónico. Y aun cuando el estrés agudo es esencial para sobrevivir, el estrés crónico puede resultar en enfermedades tales

como diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, riesgo de úlceras, cáncer y enfermedades infecciosas debidas a la inmunosupresión. Una regulación emocional adecuada tiene como resultado bienestar psicológico, que conlleva a conductas que promueven mejor salud. Pacientes con mentes positiva, tienden a tener una menor progresión de la enfermedad y aseguran mayores años de vida relativamente saludable (Belianin, *et al.*, 2013).

Finalmente, cualquier enfermedad causa estrés, por lo tanto, los componentes psicológicos del bienestar son de gran importancia (Belianin, *et al.*, 2013).

El bienestar general, y el subjetivo en específico, dependen significativamente de nuestra habilidad para regular efectivamente las emociones negativas y aumentar las emociones positivas, especialmente durante eventos estresantes (Ritschel & Ramirez, 2015). Así mismo, el estrés puede perjudicar el bienestar mental y físico (Papa, *et al.*, 2015).

Debido a la prevalencia del estrés, es imperativo entender la naturaleza de la tranquilidad, (la seguridad interna, estabilidad o imperturbabilidad) y su rol en la felicidad y el bienestar en general (Haybron, 2008). La ausencia del estrés percibido, así como la disminución de sus síntomas y consecuencias contribuyen a la felicidad (Lynn, *et al.*, 2015).

Los estresores (los cuales pueden diferir en cuanto intensidad, duración, frecuencia y control) pueden tener efecto a corto o mediano plazo en la felicidad, y a su vez, la felicidad impacta en la respuesta del estrés (Papa, *et al.*, 2015).

Las circunstancias de estrés son una inevitable parte de la vida, sobretodo cuando se está lidiando con alguna enfermedad física o mental, pero la habilidad para enfrentarlas es un aspecto esencial del bienestar (Lynn, *et al.*, 2015).

Las personas que pueden calibrar de manera flexible sus respuestas de enfrentamiento dependiendo de las demandas situacionales tienden a experimentar niveles más altos de bienestar comparados con individuos que tienen patrones de enfrentamiento rígidos, inflexibles y evitativos (Kashdan & Rottenberg, 2010).

En la actualidad, se ha incrementado el uso de acercamientos de salud complementarios y alternativos, los cuales incluyen meditación, relajación y yoga para incrementar la relajación física y la calma mental, liberar el estrés, y promover un balance psicológico y bienestar general (Malaktaris, Lemons, Lynn, & Condon, 2015).

Investigaciones previas del estrés.

El manejo del estrés por medio de intervenciones cognitivo-conductuales ha sido efectivo para distintas situaciones de la vida cotidiana, como por ejemplo: en la reducción de la incidencia de lesiones y enfermedades en atletas universitarios (Perna, Antoni, Baum, Gordon, & Schneiderman, 2003), en grupos terapéuticos en pacientes psiquiátricos (Baslet & Hill, 2011), en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (Bisson, *et al.*, 2007) en pacientes post quirúrgicos (Hsieh, *et al.*, 2012), entre otros.

A su vez, las intervenciones cognitivo- conductuales también han sido empleadas en la reducción de estrés en pacientes con problemas médicos (en particular en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, mostrando efectividad en enfermedades tales como: Cáncer (Johnson, *et al.*, 2016; Ye, *et al.*, 2018), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Howard, Dupont, Haselden, Lynch, & Wills, 2010), Angina Refractaria (Moore, *et al.*, 2007) , Tinnitus (Hesser, *et al.*, 2012), Diabetes Mellitus Tipo 2 (Del Castillo, 2005; 2010; Morales, 2012), etc.

Incluso algunas de estas intervenciones, dirigidas a personas con alguna enfermedad, se han llevado a cabo dentro de algún ambiente hospitalario (Badillo, 2014; Elkuch, Haberthür, Hochstrasser, Grosse Holtforth, & Soyka, 2010); así mismo las investigaciones han sido dirigidas a las modificaciones en el área ambiental para lograr el aumento de la sensación de bienestar en pacientes post quirúrgicos (Walch, *et al.*, 2005), pacientes hospitalizados por complicaciones agudas (Miller-Matero, *et al.*, 2019) entre otros.

Terapia cognitivo conductual y el manejo de estrés.

Las terapias psicológicas, de corte cognitivo conductual, tienen un papel fundamental como una de las principales aproximaciones dentro de la psicología clínica y de salud (Antoni & Dhabhar, 2019; Badillo, 2014).

La terapia cognitivo conductual (TCC) puede definirse como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Desde el punto de vista de su enfoque cognoscitivo, la TCC centra sus estudios en el papel que juega una

cognición en la etiología y mantenimiento de una conducta problema. Considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y que, por lo tanto, puede ejercer control sobre ellos (Antoni, *et al.*, 2012).

Las intervenciones de este tipo pretenden modificar, por medio de diversas técnicas, patrones de pensamiento que a consideración del terapeuta contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas poseen un gran apoyo empírico y forman parte de los métodos más efectivos dentro de todas las intervenciones psicológicas (Asplund, *et al.*, 2019; Pineda, Guerrero, & Castillo-Martínez, 2020).

En general, las terapias de manejo de estrés de corte cognitivo conductual han demostrado ser útiles al reducir sintomatología asociada a la ansiedad y en afectos negativos en general, así como al incrementar las emociones positivas, lo cual puede inducir a cambios en la expresión genética (Zhou, *et al.*, 2010).

Al inicio, las variables internas del paciente no eran de interés para este enfoque, evitándose cualquier elemento de naturaleza cognoscitiva. Hasta el año 1954, cuando Julian Rotter unió una perspectiva de motivación y reforzamiento dentro del enfoque cognoscitivo de expectativas. Consideró que la conducta era determinada por reforzamientos y por la expectativa de que estos sucedieran después una conducta (Goldfried & Davison, 1994).

De esta forma, teóricos como Rotter y Bandura abrieron el énfasis actual a los aspectos cognoscitivos, brindando a la terapia conductual una mayor amplitud tanto en constructos de trabajo como en tipos de pacientes a tratar (Bandura A. , 1969; Meichenbaum, 1977).

La terapia cognitivo conductual es adecuada para pacientes con alguna enfermedad o con algún síntoma físico, esto debido a que gran parte de los pacientes con enfermedades crónicas tienen síntomas de estrés como ansiedad y depresión, así mismo enfermedades graves se asocian a pensamientos y actitudes disfuncionales que pueden generar estrés (Ye, *et al.*, 2018). La terapia cognitivo conductual se dirige directamente a las ideas del paciente de su propia vida, y puede ayudar al paciente en el ajuste de su enfermedad, generando sensación de control por medio del empoderamiento (Pineda, Guerrero, & Castillo-Martínez, 2020).

En general, la terapia cognitivo conductual emplea diversas técnicas con una duración corta, de esta manera se trabaja específicamente con las conductas problema referidas por el paciente como quejas, reemplazando el número de sesiones por menos consultas. Además, enfatiza el presente y un pragmatismo que se caracteriza por el empleo de un conjunto de técnicas puntuales, preseleccionadas, a problemas particulares y específicos (Antoni & Dhabhar, 2019; Marks, *et al.*, 2008).

Así mismo, los programas cognitivo conductuales son las aproximaciones más empleadas, con una respuesta de reducción en el estrés en enfermedades crónico degenerativas en específico en diferentes tipos de cáncer (Antoni & Dhabhar, 2019; Zhou, *et al.*, 2010).

Los objetivos generales de la terapia son explorar el modelo del paciente de su enfermedad, identificar aspectos que puedan ser disfuncionales, ayudar al paciente entender y manejar las situaciones de una manera efectiva (Howard, *et al.*, 2010; Hsieh, *et al.*, 2012).

En particular en las terapias cognitivo conductuales para enfermedades crónicas, el terapeuta tiene un buen conocimiento de la naturaleza del problema a tratar, sin embargo, la experiencia del paciente brinda un conocimiento con un rango mayor (Pineda, *et al.*, 2020).

Por lo que, no existe una necesidad absoluta de que el terapeuta conozca todos los detalles médicos y si es necesario explorar las atribuciones causales del paciente de su enfermedad o síntomas ya que explorando se pueden identificar las motivaciones del paciente para tener conductas saludables (Badillo, 2014; Miceli, *et al.*, 2019).

Específicamente en el cáncer, las intervenciones psicosociales dirigidas pueden ser de gran utilidad para ayudar a los pacientes a adquirir conocimiento, expresión emocional y aceptación de los cambios debidos al tratamiento, así como para mejorar la comunicación con su pareja y sus médicos, herramientas para solución de problemas, habilidades de enfrentamiento y el uso de apoyo social (Miceli, *et al.*, 2019; Ye, *et al.*, 2018).

Wonder y Weisman fueron los primeros en desarrollar y evaluar programas para reducir el estrés y mejorar el bienestar psicológico en pacientes con cáncer. Además, Fawzy y colaboradores dieron evidencia de la efectividad de las terapias para promocionar afrontamiento adaptativo y reducir el estrés emocional (Bellver-Pérez, Peris-Juan, & Santaballa-Beltrán, 2019).

En general, las intervenciones psicosociales, en particular las cognitivo conductuales, han demostrado que un mejor manejo de estrés tiene efectos

positivos en la calidad de vida debido a mejoras en las áreas físicas, sociales/familiares, emocionales y funcionales (Asplund, *et al.*, 2019; Bellver-Pérez, Peris-Juan, & Santaballa-Beltrán, 2019; Miller-Matero, *et al.*, 2019).

En resumen, la eficacia de terapias de corte cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida y disminuir el estrés ha sido ampliamente comprobada (Antoni & Dhabhar, 2019; Bisson, *et al.*, 2007; Hesser, *et al.*, 2012; Miller-Matero, *et al.*, 2019).

En general, las intervenciones cognitivo conductuales, emplean algún tipo de relajación, psicoeducación, entre otras estrategias para mejorar el apoyo social y los estilos de enfrentamiento (Bellver-Pérez, *et al.*, 2019).

Diversos modelos han hecho énfasis en el manejo del estrés, aplicando diversas técnicas para su manejo y disminución. La terapia racional emotivo conductual, la inoculación de estrés y el entrenamiento en relajación son algunas de las que han presentado índices positivos de efectividad (Holst-Schumacher & Quirós-Morales, 2015).

Terapia Racional- Emotiva Conductual (TREC)

La Terapia Racional- Emotiva Conductual (TREC) es una terapia cognitivo conductual desarrollada en 1955. Se basa en la concepción de que tanto las emociones como las conductas son resultado de las creencias del individuo y de su interpretación del mundo (Ellis & Grieger, 1990).

Basándose en el trabajo desarrollado por Albert Ellis se señala que la meta principal de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos

irracionales o disfuncionales, ayudándole a reemplazar dichas ideas por otras más racionales o efectivas que a su vez le faciliten alcanzar metas de tipo personal (Holst-Schumacher & Quirós-Morales, 2015).

Por consiguiente, el eje principal para explicar los problemas y determinar la intervención terapéutica es la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general (Ellis & Harper, 1961). Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas o dificultan la obtención de las metas preestablecidas por el sujeto, reciben el nombre de *irracionales*. Si, al contrario, se basan en datos empíricos, son lógicas y con un razonamiento correcto, las creencias son *racionales*.

Dentro del modelo ABC, de la TREC, contrariamente a la creencia general, la “A” o *acontecimiento activante* no produce directamente y automáticamente la “C” o consecuencia, que puede ser tanto emocional (Ce) como conductual (Cc), ya que, de ser así todos reaccionaríamos de una forma idéntica ante una misma situación. Actualmente, se sabe que la “C” es resultado de la interpretación que se da a la “A”, es decir, por la “B” o *creencias* que surgen sobre la situación.

En este modelo, el método principal para reemplazar una *creencia irracional* (iB) por una *creencia racional* (rB) es la refutación o “D” *debate* y es una adaptación del método científico a la vida cotidiana para cuestionar hipótesis y teorías para determinar la validez de un pensamiento (Ellis & Harper, 1961; Ellis, Jackson, & Boyce, 2006)

De acuerdo a la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, o poco funcional, que hace un sujeto de la

realidad, conceptualizado en exigencias absolutistas de los “*debo de*” y “*tengo que*” sobre uno mismo, otros, o la vida en general. A su vez, los individuos realizan numerosas suposiciones ilógicas en el momento de perturbación psicológica. Dentro de estas distorsiones cognitivas las más frecuentes son: pensamiento de todo o nada, saltando a las conclusiones, adivinar el futuro, centrándose en lo negativo, descalificando lo positivo, siempre y nunca, minimización, razonamiento emocional, etiquetado y sobregeneralización, personalización, falseamiento y perfeccionismo (Ellis & Grieger, 1990; Ellis, Jackson, & Boyce, 2006).

Durante una etapa inicial de la TREC, se enseña al paciente el modelo ABC en forma directa, ya que facilita la comprensión de su esquema conceptual, así como la identificación y el cuestionamiento de sus aspectos irracionales (Ellis & Grieger, 1990).

En general, para lograr un cambio filosófico, el entrenamiento en TREC identifica que los individuos tienen que:

- Darse cuenta que son ellos mismos quienes, en gran medida, crean sus propias perturbaciones psicológicas y que, el ambiente es secundario en la etiología de sus problemas.
- Reconocer sus habilidades para modificar dichas perturbaciones.
- Comprender que sus problemas emocionales y conductuales tienen por lo general una base en sus creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
- Descubrir alternativas de creencias racionales.
- Cuestionar creencias irracionales empleando los métodos lógico- empírico de la ciencia.

- Intentar internalizar las nuevas creencias racionales, utilizando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
- Continuar con el proceso de refutación, utilizando métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

El estilo de la TREC es activo, directivo y educacional. Y tiene diversas aplicaciones en ámbitos como el manejo del estrés, el desarrollo en habilidades de comunicación, el control de situaciones de crisis, la prevención y el tratamiento del alcoholismo, etc. (Dryden, 2012).

Inoculación de estrés

El entrenamiento en inoculación de estrés (EIDE) surgió a principios de la década de los setentas (Meichenbaum, 1977), como un tratamiento general para las fobias. En un principio, era una intervención cognitivo- conductual específicamente centrado en las habilidades cognitivas y de relajación (Meichenbaum, 1977). Actualmente, se ha adaptado de manera satisfactoria a problemas médicos como el afrontamiento del cáncer, la esclerosis múltiple, dolores de cabeza, operaciones quirúrgicas y dolor (Dryden, 2012; Ellis, Jackson, & Boyce, 2006; Ellis & Boyce, 2008; Holst-Schumacher & Quirós-Morales, 2015).

La inoculación de estrés enfatiza las relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y socio ambientales, sin centrarse en un solo factor ni jerarquizarlo; por el contrario, los subsistemas del sujeto se ven como factores mutuamente interactivos, desarrollados de un modo transaccional (Lazarus & Folkman, 1984) con una influencia recíproca (Bandura, 1982).

El EIDE integra tres fases dentro de su procedimiento. La primera fase es la reconceptualización de las situaciones problemáticas como cadenas de acontecimientos en desarrollo, con causas múltiples y una visión positiva, en lugar de procesos únicos, todopoderosos y globalmente negativos. Los problemas se consideran como un déficit en habilidades, distorsiones cognitivas, falta de habilidades conductuales, estímulos estresantes ambientales, etc. (Deffenbacher, 2008).

La segunda fase, es la adquisición y el ensayo de habilidades de afrontamiento. Esta fase es flexible a las necesidades del paciente y estructurada de forma individual, por lo general comparte elementos comunes que podrían incluir: la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, empleadas para modificar el sesgo en el procesamiento de la información producido a causa de pensamientos absolutistas, sobregeneralizados, catastróficos, etc. (Beck, 2013); el entrenamiento en relajación, para la parte de activación emocional y fisiológica (Kareaga, 2002); el entrenamiento en solución de problemas, útil para que los pacientes desarrollen una secuencia de recursos con la que puedan enfocar, analizar y reducir sus situaciones problema (Nezu, Nezu, & Jain, 2008); el entrenamiento en autoeficacia y autorecompensa, para aquellos pacientes que no favorecen o castigan sus propios esfuerzos de modificación de patrones de hábito (Deffenbacher, 2008); entre otros procedimientos.

La tercera fase es la aplicación del afrontamiento en situaciones problema y su consolidación con el mundo exterior, empleando la retroalimentación como base para las modificaciones que se produzcan posteriormente. El ensayo conductual, es una técnica frecuentemente empleada, en la cual el paciente se encuentra en un

ambiente simulado. Por lo general, se comienza con la situación que a valoración del sujeto es la menos estresante para ir avanzando de manera progresiva a situaciones más estresantes, posteriormente se discuten y se modelan las estrategias y las habilidades de afrontamiento. Regularmente, el terapeuta representa partes de la situación, en algunas ocasiones se llega a asignar a los pacientes el papel de entrenadores; estas experiencias se registran y discuten en sesiones posteriores, integrando la retroalimentación en los ensayos posteriores (Dryden, 2012).

Con el objetivo de tener un manejo más adecuado a las necesidades del paciente, se debe aclarar la percepción y definición del problema por parte del paciente, así como la gravedad y el impacto de los mismos, para que a partir de esta evaluación, surja una reconceptualización tentativa, adecuada para la situación en específico; compartida, ya que tanto el paciente como el terapeuta forman esta nueva conceptualización; transaccional y centrada en el trabajo de los problemas del paciente (Deffenbacher, 2008).

Técnicas de relajación.

Las técnicas de relajación forman parte de un conjunto de procedimientos de intervención útiles para la psicología aplicada en general y en específico para la psicología clínica y de la salud. Dentro de las primeras publicaciones se encuentran las escritas acerca de la *relajación progresiva* de Jacobson, seguidas de la *relajación autógena* de Schultz, y posteriormente, en las décadas de los sesentas y setentas, las basadas en el biofeedback o retroalimentación (Kareaga, 2002).

Generalmente, se define la *relajación* únicamente por sus referencias fisiológicas como la ausencia de tensión muscular, sin embargo, constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo. Por lo anterior, es necesario hacer referencia al componente fisiológico: un patrón reducido de activación somática y autónoma, al componente conductual: estado de quiescencia motora, al componente subjetivo: informes verbales de tranquilidad y sosiego, así como a sus posibles vías de interacción e influencia (Lovallo, 2016; Payne, 2005).

Incluso, la relajación podría ser entendida no como un estado general caracterizado por un nivel de activación fisiológica mínima, sino como un estado específico caracterizado por un patrón de activación fisiológica distinto u opuesto a las emociones intensas; siendo su principal mecanismo de acción la activación de sistema nervioso parasimpático cuya función es conservar la energía del organismo, contrario al sistema nervioso simpático activado en situaciones intensas (Antoni, 2013; Kareaga, 2002; Payne, 2005).

En cuanto a los procesos motivacionales relacionados con la relajación, la investigación sobre el estrés ha sido el marco conceptual más estudiado y relevante. La conceptualización actual de estrés resalta el componente biológico de la respuesta, pero simultáneamente pone en manifiesto la relevancia de la valoración cognitiva de la situación y de la capacidad de afrontamiento del sujeto. Desde este marco de referencia, la relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un recurso personal para minimizar las consecuencias negativas del estrés (Bassets, 2017).

Así mismo, se ha considerado que la respuesta de relajación, una vez emitida o evocada puede ser condicionada a estímulos neutros ambientales o ser contracondicionados a estímulos evocadores de estrés (Antoni, *et al.*, 2012; Bassets, 2017; Wolpe, 1973).

En las técnicas basadas en la respiración, el principal mecanismo se basa en las interacciones cardio-respiratorias del control vagal. Se reconoce que el entrenamiento en patrones respiratorios caracterizados por tasas respiratorias bajas, amplitudes altas y respiraciones predominantemente abdominales incrementa el control parasimpático sobre el funcionamiento cardiovascular, a través del *sinus arritmia* o cambios en el ritmo cardíaco asociados a las fases inspiratoria y espiratoria de cada ciclo respiratorio (Bassets, 2017).

Dentro de las técnicas más empleadas se encuentran: la relajación progresiva de Jacobson, basada en ejercicios de tensión- relajación de distintos grupos musculares; la relajación pasiva de Schwartz y Haynes , técnica en la cual no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajar grupos musculares; la relajación autógena de Schultz, la cual consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades, de regulación de latidos de su corazón, de sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo y de concentración pasiva en su respiración (Kareaga, 2002).

El objetivo fundamental de estas técnicas es proporcionar al paciente la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas, sean actividades rutinarias o situaciones específicas, que estén produciendo tensión o ansiedad (Bassets, 2017).

Finalmente, el éxito de la relajación no es dependiente de las aptitudes del terapeuta con la técnica, sino con sus habilidades para motivar y de asegurarse de que el paciente aprenda a: reconocer y relajar la tensión muscular, practique diariamente, aplique la relajación en su vida diaria y ante situaciones estresantes específicas y convierta la relajación en un hábito (Kareaga, 2002).

CÁNCER DE MAMA.

Introducción.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial, y México no es la excepción. Situándose como la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 20 años y una fuente de discapacidad en el mundo en vías de desarrollo (Globocan, 2020).

Así mismo, el cáncer de mama es el cáncer más estudiado en términos de aspectos psicológicos y psicosociales no solo debido a su alta prevalencia y mortalidad de la enfermedad, sino también por los efectos psicológicos que conlleva (Garduño, *et al.*, 2010).

El diagnóstico de cáncer de mama, el tratamiento y las secuelas del tratamiento son factores estresantes importantes para cualquier mujer; sin embargo, el impacto psicológico del diagnóstico y las respuestas emocionales de las mujeres varían considerablemente según los parámetros médicos de la enfermedad, la estructura psicológica y la capacidad de afrontamiento de la paciente, así como por la disponibilidad de apoyo emocional y financiero (González-Ramírez, *et al.*, 2014).

Por lo que, las pacientes con cáncer de mama son psicológicamente vulnerables desde el momento del diagnóstico, durante el tratamiento e incluso en las etapas de seguimiento (Van Oers & Schlebusch, 2013).

El incremento en la esperanza de vida después de un diagnóstico de cáncer ha generado interés y necesidad de desarrollar programas de intervención

psicológica que ayuden al mejor manejo de las variables psicosociales que se ven afectadas posterior al diagnóstico, favoreciendo la adaptación en la vida cotidiana (Bellver-Pérez, Peris-Juan, & Santaballa-Beltrán, 2019).

En resumen, el cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar personal y de las familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto (Knaul, *et al.*, 2009).

Definición.

Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades que pueden potencialmente afectar cualquier parte del cuerpo, también conocido como tumores malignos o neoplasias, se caracterizan por un crecimiento indiscriminado de células anormales que llegan a invadir partes cercanas del organismo o tener una metástasis o migrar a otros órganos (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

El cáncer de mama es un grupo de células cancerosas o un tumor maligno que comienza en las células de la mama. Se inicia usualmente en los conductos mamarios y por ello se denomina carcinoma ductal, aunque un 10% se inicia en los lóbulos mamarios y se denomina entonces carcinoma lobulillar (Martín, Herrero, & Echavarría, 2015).

Se refiere al crecimiento anormal y desordenado del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse. Estas células pueden invadir o crecer dentro o alrededor de los tejidos o esparcirse en un proceso metatástico (González-Ramírez, *et al.*, 2014).

El cáncer ductal es muy frecuente y comienzan en las células que se encuentran en la línea de los ductos, el cáncer lobular se origina en la línea de los lóbulos y un menor número de casos se origina en los tejidos (American Cancer Society, 2020).

En su mayoría, los carcinomas ductales se inician en una forma no invasiva y se denominan carcinoma intraductal. Este carcinoma intraductal no puede

extenderse a distancia dando metástasis y por tanto su tratamiento es resección local. Sin embargo, si no se le da un tratamiento, algunos carcinomas intraductales pueden transformarse con el tiempo en cáncer invasivo (Martín, *et al.*, 2015).

El cáncer invasivo o infiltrante de mama puede extenderse localmente dentro de la mama, puede llegar a infiltrar la piel o los músculos pectorales y puede también extenderse por los conductos linfáticos a los ganglios de la axila (Knaul, *et al.* 2009).

Así mismo, el cáncer de mama puede invadir los vasos sanguíneos locales y emitir células metastásicas que pueden emigrar a órganos distantes como son hueso, pleura, pulmón, hígado, entre otros, dando lugar a metástasis a distancia (Martín, *et al.*, 2015).

Diagnóstico y tratamiento

Existen diversos estudios para diagnosticar el cáncer en general y el cáncer de mama en particular. El estudio mastográfico es un método frecuentemente empleado y que ha demostrado ser efectivo, incluso la toma de mastografías ha incrementado la detección de cánceres aun cuando aún no hay síntomas de la enfermedad (American Cancer Society, 2020; Martín, *et al.*, 2015).

La autoexploración es también un método útil para el diagnóstico del cáncer de mama. Dentro de los síntomas que pueden dar indicios para la detección de la enfermedad son la aparición de una nueva masa o nódulo que en algunos casos es doloroso, hinchazón, irritación de la piel o piel de naranja, retracción del pezón y secreción (American Cancer Society, 2020).

Los pacientes con cáncer de mama son asignados o clasificados de acuerdo a la etapa o estadio clínico de la enfermedad en el momento que se realizó el diagnóstico. Esto permite ofrecer opciones de tratamientos locales y sistémicos eficientes, además que en la práctica clínica permiten estandarizar a nivel internacional los procesos. En México se rige a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 (Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, 2011).

El tratamiento que se elige es determinado por el estadio, la ubicación y el tamaño de tumor, así como la edad, el estado general de salud y la preferencia del paciente. Sin embargo, se ha encontrado que los tratamientos están relacionados con una disminución en la calidad de vida y con el incremento del malestar emocional o estrés, debido a sus efectos colaterales (Penedo, *et al.*, 2004).

De acuerdo con los niveles de extensión, la UICC (2022) clasifica el cáncer de mama en 4 estadios. Los estadios van desde el 0 hasta el estadio IV, los cuales varían de acuerdo al tamaño del tumor, a la presencia de ganglios linfáticos regionales y a la presencia de metástasis distante:

- Estadio I: tumores pequeños, sin afectación metastática de la axila.
- Estadio II: tumores de más de 2 cm o con afectación metastática de la axila moderada.
- Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva.
- Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado, entre otros).

El pronóstico de estos estadios es muy diferente, con supervivencias aproximadas a 5 años de 95% en estadio I, 80% en un estadio II, 60% en un estadio III y 25% en pacientes en estadio IV (Martín, *et al.*, 2015).

En México existe un mayor número de casos en etapas avanzadas de la enfermedad, con tumores mayores a 2 cm, afección a ganglios y posible metástasis a otros órganos (Norma Oficial Mexicana, 2011).

El tratamiento del cáncer de mama incluye el tratamiento local de la enfermedad con cirugía, radioterapia o ambos, así como un tratamiento sistémico o quimioterapia, terapia endócrina, terapia biológica o terapia combinada. Como se mencionó anteriormente la elección o necesidad de diversas terapias está basado en características clínicas y patológicas del tumor, histología, presencia de metástasis, comorbilidades médicas y datos personales como edad, receptores hormonales, entre otros (National Comprehensive Cancer Network, 2016).

El tratamiento con cirugía se diseña de manera personalizada, estadios tempranos tienden a ser candidatos a cirugía conservadora o a extirpación del tumor con margen con la preservación de la mama (Cárdenas, *et al.*, 2015).

Por su parte, la mastectomía radical modificada es un procedimiento quirúrgico en el cual se retira la totalidad de la mama y se remueven los nódulos linfáticos de la axila (Secretaría de Salud, 2009). Algunos criterios para efectuarla son la presencia de un carcinoma mamario invasor, enfermedad multicéntrica o microcalcificaciones de características malignas diseminadas, en caso de alguna

contraindicación para recibir radioterapia adyuvante, en estadios IIIA, IIIB y IIIC después de algún tratamiento neoadyuvante (Secretaría de Salud, 2009).

Para la asignación de tratamiento sistémico el oncólogo clínico brindará un tratamiento óptimo e individualizado tomando en cuenta las características del tumor y en particular la expresión o no de los blancos terapéuticos (receptores hormonales y HER-2neu) (Knaul, *et al.*, 2009).

Dentro de los tratamientos sistémicos se encuentra la radioterapia externa a la mama; quimioterapia por medio de esquemas basados en antraciclinas; la hormonoterapia como el tamoxifeno por una duración mínima de 5 años; terapia blanco en pacientes con tumores que presentan sobreexpresión de HER-2neu, con el uso del anticuerpo monoclonal trastuzumab en combinación con quimioterapia adyuvante (Cárdenas, *et al.*, 2015).

Finalmente, la epidemia del cáncer de mama constituye una prioridad en salud, ya establecida en los países desarrollados. En los países en desarrollo, por el contrario, se ha prestado insuficiente atención a este problema sanitario emergente. La evidencia reciente demuestra que el cáncer de mama es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de países en vías de desarrollo.¹ En forma paralela, la investigación ha producido nuevas opciones terapéuticas, muchas de las cuales tienen un costo elevado. Por consiguiente, la epidemia de cáncer de mama representa un nuevo desafío para el financiamiento y la protección financiera del sistema de salud, en particular para los países en desarrollo, como sucede en México (Knaul, *et al.*, 2009).

Epidemiología.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en mujeres en los países desarrollados, así como en los países en vías de desarrollo. En el año 2012 la Organización Mundial de la Salud por medio de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (Globocan) reportó 521907 muertes y estimaba 770 724 muertes por esta causa para el año 2030 (Globocan, 2020).

La incidencia y mortalidad del cáncer de mama ha ido en aumento en países de América Latina, Asia, África y el este europeo, sobre todo al compararlo con las demás regiones como Estados Unidos, Canadá, Australia y el resto de Europa, probablemente debido a la falta de servicios de detección temprana y acceso limitado al tratamiento (Jemal, Center, DeSantis, & Ward, 2010). Congruente a ello se ha observado bajas tasas de supervivencia por falta de programas de detección temprana, y adecuado diagnóstico y tratamiento lo que genera que los pacientes acudan a consulta en estadios avanzados (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama en México muestran un aumento notorio en las últimas cinco décadas. Entre 1955 y 1960, a partir de la disposición de los primeros datos confiables, la tasa era alrededor de dos a cuatro muertes por 100 000 mujeres. Luego se elevó de manera sostenida en las mujeres adultas de todas las edades hasta alcanzar una cifra cercana a 9 por 100 000 para la mitad de la década de 1990 (Knaul, *et al.*, 2009).

El cáncer de mama representa una alta proporción de muertes prematuras, ya que 60% de las mujeres que muere tiene entre 30 y 59 años de edad (Globocan, 2020).

Así mismo, existe evidencia de que la edad promedio de inicio de la enfermedad es menor en los países en desarrollo que en los más desarrollados. Para el año 2006, el cáncer de mama se había convertido en la segunda causa de muerte más común en México entre las mujeres de 30 a 54 años y la tercera más frecuente entre el grupo de 30 a 59 años, solo después de diabetes y cardiopatías (Knaul, *et al.*, 2009).

En México se observó que la mayoría de las mujeres con cáncer de mama concentradas en hospitales públicos de tercer nivel son diagnosticadas en etapas avanzadas (estadios III y IV) y solo el 10% fueron diagnosticadas en estadio I (Reynoso-Noverón & Torres-Domínguez, 2017). Knaul y colaboradores (2009) encontraron que en el Seguro Social de los años 2002 a 2006 el 48% de las detecciones de cáncer de mama ocurrió en etapas III y IV, teniendo un 70% de probabilidad de evolucionar de etapa III a IV.

En el 2003, en México, se presentaron 12 433 casos de cáncer de mama en mujeres de entre 40- 59 años o de 70 y más (Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010). Según las estadísticas el cáncer de mama tiene la mayor incidencia en mujeres, mientras que el cáncer de próstata en hombres (Globocan, 2020).

La incidencia de cáncer de mama según la OMS en México es de 20 444 por cada 100 mil habitantes, con una prevalencia de 75 529. Tiene una tasa de mortalidad de 5 680 por cada 100 mil habitantes (Ferlay, *et al.*, 2014).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud por medio de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (Globocan) reportó en el año 2018 una incidencia de 27 283 por cada 100 mil habitantes, colocándolo como el tipo de cáncer más frecuente en el país con un 14.3 % de incidencia con respecto a los otros tipos de cáncer. Tiene una prevalencia de 83 287 y una tasa de mortalidad de 6 884 por cada 100 mil habitantes, colocándose como el segundo tipo de cáncer con tasas de mortalidad más alta solo por debajo del cáncer de próstata (Globocan, 2020).

Es relevante considerar las cifras de morbilidad y mortalidad relacionadas al cáncer de mama para relacionarlo con el diagnóstico y tratamiento en países en vías de desarrollo como es México y poder desarrollar estrategias más efectivas. Se ha observado que una de las principales complicaciones en países en vía de desarrollo es la inaccesibilidad a los servicios de salud, encontrándose una alta concentración de médicos especialistas en las grandes ciudades, esto pudiera explicar en conjunto con la baja participación en programas de detección y el retraso del tiempo de diagnóstico e inicio del tratamiento la alta prevalencia de pacientes en etapas avanzadas de zonas rurales (Goldhirsch, *et al.*, 2013).

Con base a lo anterior, el objetivo principal del plan nacional de México sobre el cáncer es establecer estrategias específicas que puedan contribuir a la reducción

de la incidencia de cáncer y consecuentemente con su morbilidad y mortalidad, mejorando la calidad de vida de las personas con cáncer (Lazcano-Ponce, Mohar-Betancourt, Meneses-García, & Hernández-Ávila, 2016).

La Secretaría de Salud amplió y aumentó la normatividad y legislación relativa al control del cáncer de mama a través de las directrices técnicas de la Norma Oficial Mexicana (NOM-041-SSA2, 2011).

Para promover la detección temprana, las directrices hacen énfasis en la autoexploración, el examen clínico y la mamografía. Se sugiere un examen clínico anual realizado por personal capacitado para todas las mujeres de 26 y más años que visitan un centro de salud. Se recomienda una mamografía anual o bianual para mujeres de 40 a 49 años con factores de riesgo específicos y una vez al año para todas las mujeres de 50 años y mayores (Secretaría de Salud, 2009).

Si bien estas directrices son importantes para ofrecer un marco normativo que abarque a todo el sector salud, no garantiza los recursos ni la aplicación de las normas (Knaul, *et al.*, 2009).

En México, con una población un poco mayor de 100 millones de habitantes, el cáncer de mama es hoy día uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer adulta. Sin embargo, la falta de información aunado a las interpretaciones erróneas sobre la enfermedad continúa complicando la detección temprana de esta enfermedad (Knaul, *et al.*, 2009).

Afecciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama.

La relación existente entre la mente y el cuerpo se ha demostrado a lo largo del tiempo; se conoce que en los humanos el estado de ánimo y el medio ambiente pueden afectar la salud (Fernández-Poncela, 2011).

El cáncer genera una serie de reacciones emocionales negativas, trastornos en el sueño, fatiga, ideación suicida, dificultades en la concentración, ansiedad, depresión, además de los problemas de autoestima y de autoconcepto. Un ejemplo de ello es la mastectomía, la cual para las pacientes con cáncer de mama genera un sentimiento de pérdida, mutilación, problemas en la imagen corporal sobre todo en personas sin pareja o en pacientes más jóvenes, aunque puede afectar a cualquier grupo etario (Garduño, *et al.*, 2010).

Por otra parte, el cáncer es una enfermedad crónico- degenerativa, la cual suele tener un alto impacto psicológico negativo en el paciente que, a su vez, repercute en su calidad de vida, salud y recuperación (Oblitas, 2017).

Dentro de estos impactos negativos, se encuentra el desencadenamiento del estrés, debido a diferentes condiciones relacionadas con la enfermedad como son los tratamientos farmacológicos a los que son sometidos, así como la propia situación de vivir con una enfermedad crónica que trae implícito el rechazo y/o la estigmatización, además de gastos, problemas laborales e incluso la pérdida de empleo. Por otra parte, se encuentra la exposición a intervenciones médicas invasivas, aunado a las sensaciones de dolor, incomodidad y frustración que estas le generan (Almiron Baca, 2017; Oblitas, 2017; Ortiz, Pérez, & Sierra, 2005; Pérez, *et al.*, 2009; Serdà, del Valle, Marcos-Gragera, & Monreal, 2009).

Tanto el diagnóstico como el tratamiento del cáncer representa un desafío a causa de factores del estrés, de los ajustes y del decremento de la interacción social. Estudios han señalado que hasta un 50% de pacientes padecen ansiedad y depresión, y un 35% experimenta un incremento en el estrés a un seguimiento a 5 años (Classen, *et al.*, 2008). Entre el 20 y el 35% de las mujeres con cáncer de mama, sin importar su estadio, tienen una morbilidad psiquiátrica, y el 32.8% presentan estrés (Bellver-Pérez, *et al.*, 2019).

Los efectos no físicos de los tratamientos como el enojo, la ansiedad tienden a ser evaluados como más negativos que los síntomas físicos como la caída de cabello o las náuseas (Wright & Gendolla, 2012).

Aunado a lo anterior mencionado, los pacientes con cáncer afrontan diversas situaciones estresantes como es el diagnóstico, además de procedimientos médicos intrusivos, efectos secundarios de los tratamientos, entre otras (Bellver-Pérez, *et al.*, 2019).

En general, algunos estados psicológicos como la depresión, la ansiedad o la angustia se han identificado como experiencias estresantes y cuando adquieren un carácter crónico son capaces de influir en el cuerpo y en su capacidad para defenderse de enfermedades (Fernández-Poncela, 2011).

Las mujeres con cáncer de mama llegan a enfrentarse a diversas situaciones estresantes a lo largo del proceso de enfermedad, desde el diagnóstico y por el resto de su vida. Por ello resulta indispensable tener en consideración estas

variables ya que son una amenaza potencial a su bienestar tanto físico como psicológico (Ornelas Mejorada, *et al.*, 2013).

En general, los temas que más preocupan al paciente con cáncer de mama son: la creación de redes sociales, la reducción de aislamiento social, el afrontamiento de la incertidumbre, la desesperanza y la falta de control, el miedo a morir, mejora en relación con el profesional de la salud, adaptación a cambios en la imagen corporal, manejo de dolor y ansiedad (Bellver, 2007).

Como se menciona anteriormente, la gran mayoría de los pacientes que padecen cáncer presentan en algún momento síntomas de estrés, como una parte de un ajuste normal. Sin embargo, algunos casos el estrés ocasionan problemas psicológicos que afectan el día a día de la persona (Wright & Gendolla, 2012).

Por lo anterior, esta enfermedad genera estrés en los pacientes, sin embargo, el estrés suele ser especialmente elevado si la persona no tenía en consideración la posibilidad del resultado diagnóstico o pronóstico, así como si incluye sentimientos y actitudes de incredulidad, negación o desesperación. La literatura menciona que algunas pacientes refieren azoro, aturdimiento y alienación, desesperación y desmoralización a la que suele seguir una fase de disforia con sintomatología ansiosa o depresiva, problemas cognoscitivos, como pueden ser en la atención y en la concentración, y alteración de sus actividades diarias (Munir, Burrows, Yarker, Kalawsky, & Bains, 2010).

Estres y cáncer.

El binomio estrés y cáncer ha sido frecuentemente estudiado debido a su estrecha relación y a las implicaciones del cáncer en la vida de las personas (Espino-Polanco & García-Cardona, 2018).

La posible asociación del cáncer de mama con el estrés es consistente con estudios epidemiológicos. Se ha encontrado relación de los eventos estresantes de la vida y la incidencia de cáncer de mama, es decir, el efecto de los acontecimientos de la vida con el riesgo de cáncer de mama sobre todo en aquellas mujeres que tenían poco apoyo social, en las que no se sentían apreciadas como individuos y en las que no tenían la información necesaria para sobrellevar el estrés de sus actividades diarias (Michael, *et al.*, 2009).

El estrés contribuye al desarrollo del cáncer mediante los principales mecanismos biológicos, como la apoptosis, la regulación de la función inmune y cambios en los mecanismos de reparación del ADN. La exposición crónica al estrés puede facilitar la progresión del tumor mediante la supresión de la eliminación de las células genéticamente alteradas (Antonova, 2011; Contrada & Baum, 2011).

En lo que se refiere al desarrollo del cáncer, la liberación de cortisol en respuesta al estrés psicológico ha sido sugerida para producir un cambio en los niveles de las citoquinas Th1 y Th2 hacia una respuesta Th2 y una disminución en la actividad de las células asesinas naturales, lo cual afecta la capacidad del sistema inmunológico para detectar y responder a la presencia de células tumorales (Espino-Polanco & García-Cardona, 2018).

Como se mencionó anteriormente, el estrés puede alterar el sistema inmune mediante la liberación de hormonas y citoquinas, que disminuyen la capacidad proliferativa de los linfocitos ante mitógenos. Muchas de estas citoquinas, al igual que la migración de células y mediadores inflamatorios en el lugar del desarrollo tumoral, pueden activar el ciclo celular y como resultado favorecen el crecimiento de células tumorales. Aunado a ello, las situaciones estresantes rompen el equilibrio fisiológico favoreciendo la metástasis tumoral (Antonova, 2011).

Lo anterior confirma que, una vez realizado el diagnóstico de cáncer, el estrés sigue siendo un factor importante en el curso de la enfermedad y tratamiento. En pacientes con cáncer de mama, el estrés incrementa si la persona no es considerada como posibilidad del diagnóstico, lo que lleva a la negación, desesperanza y alteraciones en las actividades diarias (Garduño, *et al.*, 2010).

Y aunque no todo el estrés diagnosticado en pacientes de cáncer de mama puede calificarse como patológico, una alta proporción de las pacientes en estadio avanzado sufren de estrés y depresión grave (Thornton, *et al.*, 2010).

Por su parte, los tratamientos empleados pueden causar efectos crónicos adversos. Estas disfunciones han sido relacionadas con un pobre bienestar de los pacientes. El bienestar emocional puede depender de las expectativas y creencias de la persona, como de la percepción de riesgo a una recaída y de las consecuencias del cáncer en la vida diaria (Lofters, Juffs, Pond, & Tannock, 2002).

Así mismo, los sobrevivientes reportan decremento en su calidad de vida asociado a dolor de cuerpo, menor vitalidad, menor interacción social y menor bienestar emocional, aunado a las preocupaciones psicosociales de morbilidad y

mortalidad, todo esto exacerbado por los efectos secundarios de los tratamientos a los que están sometidos (Penedo, *et al.*, 2013).

Diversos estudios sugieren que las alteraciones asociadas con situaciones adversas están relacionados con experiencias subjetivas más que a condiciones objetivas externas. Un ejemplo es el diagnóstico de cáncer de mama, el cual evoca ansiedad relacionada a la salud, en mujeres bajo tratamiento (Antoni, *et al.*, 2012).

La teoría de la autorregulación brinda un marco de referencia para comprender la percepción al cáncer y su influencia al bienestar emocional, ya que la percepción puede predecirlo. Esta teoría se basa en que los individuos desarrollan representaciones mentales de su enfermedad, a través de la información con la que cuentan, en cinco dimensiones: de identidad (qué es la enfermedad y cuáles son sus síntomas), de temporalidad (duración de la enfermedad), de causa, de consecuencia (en la vida diaria) y de control (Traeger, *et al.*, 2013).

Otra área de interés ha sido la rehabilitación oncológica, cuyo objetivo es identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales del paciente para darle un tratamiento específico (Weis, Poppelreuter, & Bartsch, *Rehabilitation of therapy-related cognitive deficits in patients with breast cancer*, 2011).

Estudios previos han señalado deficiencias cognitivas significativas al término de la quimioterapia, con resultados similares a un año de seguimiento. Aunque no se cuenta con gran información específica de los riesgos potenciales, se concluye que los déficits deben ser tomados como consecuencias potenciales de la

terapia adyuvante y que pueden tener un impacto en las funciones cotidianas. Con relación al tema existen dos enfoques, el primero es el “restitutivo” que emplea un entrenamiento funcional y el segundo el “compensatorio”, capitalizando aquellas capacidades que permanecen intactas (Vardy, Rourke, & Tannock, 2007).

El incremento en la esperanza de vida después de un diagnóstico de cáncer ha supuesto el desarrollo de programas de intervención psicológica que faciliten su recuperación y adaptación a la vida cotidiana. Un gran número de intervenciones emplean técnicas cognitivo conductuales para tener un mejor manejo del estrés y a su vez incrementar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, incentivado por la importancia de la calidad de vida en el tratamiento del cáncer (Bellver-Pérez, Peris-Juan, & Santaballa-Beltrán, 2019).

Una persona que coexiste bajo situaciones estresantes tiene más probabilidad de adoptar hábitos riesgosos y descuidar su salud (Ye, *et al.*, 2018), por lo que el manejo de estrés en pacientes con cáncer de mama es de gran relevancia (Antoni, *et al.*, 2006).

Sin embargo, no siempre todos los pacientes ven al cáncer como algo completamente negativo, así que el terapeuta debe evaluar los pensamientos que presenta el paciente de manera individual para que las cogniciones positivas actúen disminuyendo las cogniciones negativas (Wright & Gendolla, 2012).

Intervenciones psicológicas.

Se puede afirmar que la terapia cognitivo conductual incorpora intervenciones tanto conductuales, modificando las cadenas conductuales, e intervenciones cognoscitivas, modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo, dirigiéndose a una atención interactiva entre conducta, pensamiento y emoción (Lega, Caballo, & Ellis, 2002).

A su vez, mejora los niveles de calidad de vida y reduce la ansiedad asociada a cáncer, así como a la sintomatología de depresión (Antoni, *et al.*, 2006; Antoni & Dhabhar, 2019).

Así mismo, las intervenciones cognitivo conductuales pueden incrementar la integración de información, normalizando experiencias y debatiendo percepciones de la enfermedad a través de discusiones, comparaciones, modelado y grupos de apoyo. En pacientes con cáncer de próstata, se ha visto que el tratamiento produce alivio emocional al general pensamientos de que el cáncer puede ser controlado o curado. Estrategias para el manejo de estrés pueden incrementar el uso de información para una percepción más adecuada de la enfermedad (Dempster, *et al.*, 2011).

Existen una gran cantidad de estudios que han evaluado la relación cáncer con reducción de estrés por medio de terapias cognitivo conductuales (Antoni, 2013; Antoni, *et al.*, 2012; Antoni & Dhabhar, 2019; Bisson, *et al.*, 2007; (Pérez, *et al.*, 2009).

Un ejemplo de ello, fue el estudio realizado por Groarke, Curtis y Kerin (2013), quienes desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue comprobar la efectividad

de una intervención cognitivo conductual de manejo de estrés, de 5 semanas, en el ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama, con seguimiento a 12 meses. Las pacientes fueron aleatorizadas a un grupo de intervención o uno control, que solo recibía el tratamiento cotidiano de enfermería (Groarke, Curtis, & Kerin, 2013).

La intervención se realizó con base a la propuesta de intervención de Antoni (2003), adaptada a 5 semanas, de 3 horas cada sesión, en grupos de 8- 12 personas. Se emplearon los siguientes instrumentos para la medición de variables: The Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen S. , 1986), The Impact of Events Scale (IES) (Joseph, 2000), Life Orientation Test (LOT) (Fontaine, Manstead, & Wagner, 1993), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Dunbar, Ford, Hunt, & Der, 2000) y The Silver Lining Questionnaire (SLQ) (Sodergren, Hyland, Crawford, & Partridge, 2004).

La muestra estuvo compuesta en su mayoría con mujeres caucásicas, con una media de edad de 53.7 años (SD=10.2), en estadio II (A, B). Únicamente, se presentaron diferencias significativas entre grupos en el IES. Como resultados, se encontraron cambios significativos en el estrés global, la ansiedad y la búsqueda de beneficios en la evaluación previa y posterior a la intervención, los cambios no se mantuvieron en el seguimiento a 12 meses, sin embargo, las medias no volvieron a niveles tan altos como las previas a la intervención. Tanto el estrés relacionado con cáncer como la depresión no presentaron cambios significativos. Con esto se muestra evidencia que una intervención más corta puede producir mejoras significativas en el ajuste en mujeres con cáncer de mama no metastásico. El grupo control mostró cambios equivalentes en el seguimiento, esto puede explicarse

debido a la motivación intrínseca, además que se desconoce si las pacientes recibieron ayuda psicológica externa (Groarke, *et al.*, 2013).

Por otro lado, Stagl y colaboradores (2015) evaluaron si una intervención cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama, después de ser sometidas a cirugía, reportan menos síntomas de depresión en un seguimiento a 5 años.

Las pacientes fueron aleatorizadas a dos grupos, el primero un grupo control que solo tenía una sesión de psicoeducación y el segundo un grupo con una intervención cognitivo conductual con duración de 10 semanas, dos horas por sesión, con entrenamiento en relajación y otras técnicas de corte cognitivo conductual. Como criterio de inclusión eran pacientes con cáncer de mama, entre estadio 0- III. Como criterio de exclusión era padecer los trastornos psiquiátricos mayores. La muestra se conformó en un inicio de 240 participantes, sin embargo, en la evaluación a 5 años se agruparon 130 participantes (Stagl, *et al.*, 2015).

Como instrumentos se emplearon: Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) y Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Dentro de las características de la muestra se encuentran una mayoría de población caucásica, entre estadio I-II, con una media de edad de 56.5 años, con una media de 15 años de educación. Como resultados encontraron un cambio significativo a 5 años dentro del grupo que recibió la intervención ($f= 4.8$, $p= .030$) (Stagl, *et al.*, 2015).

Lo cual significa que una intervención temprana tiene efectos significativos aún a largo plazo. Como limitaciones se mencionan las características sociodemográficas que limitan la generalización (Antoni & Dhabhar, 2019).

Las aproximaciones cognitivo conductuales han resultado útiles en diversos tipos de cáncer, un ejemplo es una investigación de Traeger y colaboradores (2009) que tenía por objetivo evaluar si la participación en una intervención cognitivo conductual para el manejo de estrés lleva a una mejora en el bienestar emocional en pacientes con cáncer de próstata, y si estas mejoras pueden deberse a los cambios en la percepción de enfermedad.

Participaron 257 pacientes con cáncer de próstata, con una media de 65.3 años, en estadios I y II. Se aleatorizaron a grupo de intervención, una sesión de dos horas durante 10 semanas, o a grupo de seminario de un día de psicoeducación. La intervención incluía relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, modificación de estilos de enfrentamiento, entrenamiento interpersonal, además de psicoeducación de la enfermedad (Traeger, *et al.*, 2019).

Se emplearon el Assessment of Cancer Therapy- General Module (FACT-G) para medir el bienestar emocional, Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) para medir la percepción de la enfermedad, The Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) para medir la disfunción sexual y urinaria y Perceived Stress Scale (PSS) para medir la percepción de estrés.

Los participantes del grupo de intervención presentaron una mayor mejoría en el bienestar emocional que aquellos del grupo control, en las post evaluaciones,

incluso en aquellos con puntajes de estrés más elevados. Así mismo, se obtuvieron mejoras en la coherencia de enfermedad (comprensión percibida de la propia experiencia con el cáncer) y en la percepción de control, lo que sugiere que hombres que experimentan estrés pueden obtener beneficios de una intervención cognitiva conductual para el manejo de estrés para incrementar la comprensión de la enfermedad y la percepción de control sobre el cáncer (Traeger, *et al.*, 2009).

De manera similar Penedo y colaboradores (2013) realizaron una investigación que examinó la asociación entre el manejo de estrés y el bienestar físico y emocional, y si esto se asocia a la reducción de niveles de estrés. Participaron 77 pacientes con cáncer de próstata avanzado (estadios III y IV), con una media de edad de 69.7 años.

Se emplearon The Measure of Current Status (Carver, 2006) para medir las habilidades de manejo de estrés, The Perceived Stress Scale (PSS) para la percepción de estrés y The Medical Outcomes Study- Short Form (MOS SF-36) para el bienestar físico y emocional.

Como resultados, se observó que las habilidades para el manejo de estrés estaban asociadas positivamente con la función física, mientras que los niveles de percepción de estrés estaban asociados negativamente con la función física, el bienestar emocional no fue significativamente asociado a las habilidades de manejo de estrés, y las habilidades de manejo de estrés se relacionaron significativamente con la percepción de estrés (Penedo, *et al*, 2004).

Por lo anterior, es necesario la identificación de procesos psicosociales que promuevan la adaptación y el bienestar en pacientes con cáncer avanzado, para realizar intervenciones más adecuadas, ya que como plantea esta investigación a pesar de los problemas asociados con la enfermedad, los recursos psicosociales como el manejo de estrés y la percepción de estrés pueden impactar la calidad de vida (Antoni & Dhabhar, 2019).

En cuanto a los programas enfocados a la rehabilitación, Weis y colaboradores implementaron una terapia cognitiva en la rehabilitación de pacientes con cáncer de mama posterior a recibir tratamiento de quimioterapia y evaluar sus efectos (Ye, *et al.*, 2018).

El estudio se realizó en Freiburg, Alemania, con pacientes en un programa de rehabilitación, el cual incluía terapia física, social, psicosocial y nutricional, brindada inmediatamente después de concluir su terapia adyuvante. Se crearon dos tratamientos neuropsicológicos: el primero, centrado en situaciones de la vida real, con estrategias compensatorias aplicables directamente en actividades cotidianas; el segundo, una intervención individual, empleando software con tareas centradas en dimensiones específicas de atención y memoria (Weis, Poppelreuter, & Bartsch, 2011).

La muestra se compuso de 90 participantes, con una media de edad de 49.19 años, entre estadios I- III de cáncer de mama, sin diagnósticos previos de cáncer y con aproximadamente 2 meses de haber concluido con su terapia adyuvante. Se observó que el 47.1 % de los pacientes presentaba signos de posible déficit cognitivo. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de

intervención y el grupo control, por lo que no se puede demostrar el efecto específico de las intervenciones (Weis, *et al.*, 2011).

Esto puede explicarse debido a que probablemente el programa de rehabilitación *per se* pudiera tener un efecto en las habilidades cognitivas. Así mismo, los puntajes de las pruebas de seguimiento a 6 meses indicaron la posibilidad de la persistencia de déficits en un subgrupo de pacientes, por lo que se realizó la sugerencia de una intervención compuesta de estrategias compensatorias y entrenamiento funcional para lidiar con los déficits residuales (Ye, *et al.*, 2018).

En relación al impacto en la parte fisiológica Antoni y colaboradores (2013) realizaron un estudio para observar si existe algún cambio en la expresión genética después de una terapia cognitivo conductual para reducción de estrés en pacientes con cáncer de mama.

Participaron 199 mujeres con diagnóstico primario de cáncer de mama, en estadio I- III, posterior de ser intervenidas quirúrgicamente pero previo a comenzar su terapia adyuvante. Se realizaron evaluaciones previas a la intervención para formar una línea base, y 79 participantes dieron muestras de sangre. Los resultados señalaron un cambio significativo en la reducción general de síntomas asociados a la ansiedad, a los afectos negativos y a los pensamientos intrusivos relacionados con el cáncer, así como el incremento de emociones positivas y la reducción de niveles de cortisol y mejor regulación en 29 genes en comparación con el grupo control, quienes solo recibieron una sesión de psicoeducación (Antoni, 2013).

Estos resultados sugieren que puede existir una respuesta a las situaciones adversas que es mediada por diversas reacciones psicológicas que se asocian a

respuestas endócrinas (Antoni & Dhabhar, 2019).

En cuanto a las técnicas empleadas existen diversos estudios que han comparado su efectividad, un ejemplo es el realizado por Bellver (2019) en el cual se examinó la eficacia de la intervención cognitivo conductual y de su seguimiento a 3 meses, así como evaluar si existe una diferencia entre los dos tipos de intervenciones.

El estudio se conformó de dos grupos, de entre 8 y 12 participantes seleccionadas de manera aleatoria cada uno, con 6 sesiones de 2 horas cada una. El primer grupo “Estado de ánimo” trabajó con la TREC, autoinstrucciones, técnicas de distracción, parada de pensamientos, inoculación del estrés y relajación. Mientras que el grupo dos “Autoestima y autoconcepto” trabajó con distorsiones cognitivas, autoestima y autoconcepto, comunicación asertiva/ pasiva/ agresiva y juegos de roles (Bellver-Pérez, Peris-Juan, & Santaballa-Beltrán, 2019).

Se tuvieron 91 participantes, de entre 31- 74 años con una media de 49.56 años, el 82% eran casadas, 64% con una cirugía radical, entre estadios I- III, todas posterior a la conclusión de su tratamiento, se excluyeron pacientes con trastornos psiquiátricos graves y con metástasis. Se empleó la escala HADS (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión). Se realizó un análisis de medias repetidas MANOVA para medir cambios intrasujetos, se encontró una reducción significativa en depresión y ansiedad, así como en todas las subescalas de la prueba la cual se mantenía en el seguimiento a 3 meses, excepto en la subescala de estado físico, bienestar socio/ familiar y otras preocupaciones. En las medidas entre sujetos, se encontró una mejora mayor en el bienestar emocional en el grupo de entrenamiento del estado de ánimo. Y en ambos grupos se encontró una mejora en la calidad de

vida (Bellver-Pérez, *et al.*, 2019).

En Latinoamérica, Novoa y colaboradores (2008) realizaron un estudio que empleó muestreo intencional de sujeto-tipo, participaron 83 personas que fueron evaluados de manera individual en sus domicilios. Se empleó un diseño transversal de tipo descriptivo correlacional. Se emplearon como instrumentos el SF-36 Health Survey para medir el estado de salud, el Índice de Bienestar Psicológico para medir el bienestar, y el MacMaster Quality of Life Scale para medir la calidad de vida.

De las personas evaluadas el 50.6 % fueron mujeres la mayoría con cáncer de mama o cáncer de ovario, en cuanto a la población masculina 12% presentaban cáncer de próstata y 12% cáncer de riñón. Tenían una media de 46 años, el 56.6 % de los participantes estaban casados. En la evaluación SF36 la población se encontraba en los rangos medios de la prueba, la prueba de calidad de vida igualmente. En cuanto a las correlaciones de Pearson, se observó que, a mayor edad, menor IBP y menores puntajes en la prueba de calidad de vida, y a mayores puntajes en la prueba IBP, mayores niveles en la prueba de calidad de vida. Así mismo se observó una relación entre el tipo de familia y la calidad de vida, y que a mayor o menor puntaje en la prueba IBP, los resultados son directamente proporcionales frente a los resultados de la prueba SF36 (Knaul, *et al.*, 2009).

En México, Garduño y colaboradores (2010) examinaron el efecto de un tratamiento sobre aspectos emocionales, cognitivos e instrumentales, asociados a la calidad de vida en pacientes de bajos recursos y escolaridad.

Este estudio se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología, se excluyeron aquellas pacientes con patologías psiquiátricas graves o retraso mental, que estuvieran en una etapa terminal o cuidados paliativos, o que formaran parte de otro protocolo. La muestra estuvo conformada en un 45% de pacientes con pareja, el 47% amas de casa, con un ingreso promedio igual al salario mínimo, con educación hasta los 9 años, 87% católicos, entre los 31 y los 67 años (Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010).

Participaron 60 pacientes, que tenían entre 3 meses y 7 años de haber recibido el diagnóstico. Como instrumento se empleó el inventario InCaViSa, y la intervención fue de manera individual, en 16 sesiones. Existieron cambios significativos, estadísticos y clínicos, tanto en las mediciones de vida cotidiana, tiempo libre, preocupación, percepción corporal y aislamiento (Garduño, *et al.*, 2010). Por lo que se puede indicar que las técnicas cognitivo conductuales, dotan de un repertorio para afrontar situaciones en función al padecimiento (Antoni, 2013). Así mismo, por medio de la psicoeducación se explicó el daño del estrés a la salud y como aplicar estrategias (Garduño, *et al.*, 2010).

Aún cuando existen diversos estudios que relacionan los constructos del manejo del estrés y pacientes con cáncer, existen espacios para realizar nuevas intervenciones sistemáticas que sean adecuadas a la población con la que se va a trabajar así como adecuadas a sus características individuales y culturales particulares.

CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: EL DISEÑO.

La presente investigación se llevó a cabo en dos estudios, los cuales fueron denominados:

Estudio I. Diseño de Intervención y Elaboración del Manual de Trabajo.

Estudio II. Implementación del Programa de Manejo del Estrés para Pacientes con Cáncer (PECA).

A su vez, el **Estudio I.** se subdividió en dos fases:

Fase I. Diseño de Intervención y Piloteo.

Fase II. Elaboración del Manual de Trabajo.

Estudio I. Diseño de Intervención y Elaboración del Manual de Trabajo.

Justificación.

El cáncer es una enfermedad que suele tener un alto impacto psicológico negativo en el paciente que, a su vez, repercute en su calidad de vida, salud y recuperación (Almiron Baca, 2017; Oblitas, 2017; Ortiz, Pérez, & Sierra, 2005; Pérez, *et al.*, 2009; Serdà, del Valle, Marcos-Gragera, & Monreal, 2009).

A pesar de su alta recurrencia, el cáncer de mama es actualmente una enfermedad más tratable y con un mayor número de sobrevivientes (Globocan, 2020), los cuales son atendidos en el tema médico, pero muchas veces no se toma en consideración sus necesidades psicosociales y emocionales (Nezu, Nezu, & Salber, *Problem- Solving Therapy for Cancer patients*, 2013).

Los programas cognitivo conductuales son las aproximaciones terapéuticas más empleadas, con una respuesta de reducción en el estrés en diferentes tipos de cáncer, y las más eficaces para mejorar diversos aspectos psicológicos (Antoni, *et al.*, 2006; Garduño, *et al.*, 2010).

Dentro de estos programas, existen diversas técnicas empleadas, de gran utilidad para los pacientes. Un ejemplo es la psicoeducación ya que ayuda al enfrentar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y la comprensión de las cuestiones médicas, también para la aceptación del tratamiento médico y para atenuar las preocupaciones interpersonales y existenciales (Phillips, *et al.*, 2008).

Otra técnica ampliamente empleada es la relajación, la cual permite

aprender cómo controlar las reacciones del estrés, lo que puede convertirse en un factor protector de la salud (Antoni, *et al.*, 2006).

Así mismo, la modificación de los pensamientos disfuncionales y el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento juegan un papel crucial en el paciente con cáncer (Nezu, *et al.*, 2013).

La solución de problemas es otra técnica importante para resolver o enfrentar de manera efectiva situaciones estresantes, con menor riesgo de experimentar estrés significativo (Nezu, *et al.*, 2013).

El entrenamiento en asertividad, el apoyo social y la expresión de emociones son técnicas que resultan cruciales para la superación del miedo, el sentimiento de aislamiento y las dificultades de comunicación que no permiten un adecuado apoyo social percibido (Antoni, 2013; Rivero, *et al.*, 2008); para tener herramientas interpersonales para el manejo del estrés y para un manejo más adecuado de las situaciones problemáticas relacionadas con la enfermedad; y para la expresión y cumplimiento de sus necesidades, entre otros (Becerra, Lugo, & Reynoso, 2013).

Sin embargo, a pesar de ser empíricamente validada, la terapia cognitivo conductual debe ser adaptada para realizar una intervención con pacientes con cáncer (Antoni & Dhabhar, 2019). Por lo anterior, existe una necesidad de crear programas de intervención con técnicas útiles y modificadas para que sean adecuadas y específicas a las características de la población atendida (Garduño, *et al.*, 2010; Rivero, *et al.*, 2008).

A su vez, la materialización, a través de un manual de trabajo, de todo el potencial terapéutico de una intervención cognitivo conductual requiere un profundo conocimiento de sus desarrollos tecnológicos y una amplia experiencia en su aplicación, para lograr conseguir determinados resultados terapéuticos (Fernández, García, & Crespo, 2012).

Y es que, a pesar de la evidencia sustancial de la efectividad de las intervenciones psicológicas entre los pacientes con cáncer, la difusión de intervenciones validadas empíricamente es un desafío, sobre todo al momento de replicar intervenciones y de brindar material de apoyo al paciente (Garduño, *et al.*)

Esta brecha en la difusión e implementación de intervenciones respaldadas empíricamente no solo se debe a la falta de terapeutas capacitados para brindar intervenciones psicosociales, también a la falta de material de apoyo como manuales, que pudieran darle al paciente herramientas complementarias a su intervención (Carpenter, Stoner, Schmitz, McGregor, & Doorenbos, 2014).

La extensión de cualquier manual y sus objetivos didácticos no permiten recoger todas las técnicas y procedimientos de forma detallada, sin embargo, sirven de pauta para alcanzar el objetivo deseado, para sistematizar una intervención y para ser un material de apoyo para los pacientes que lo emplean (Fernández, *et al.*, 2012).

Fase I. Diseño de Intervención y Piloteo.

Pregunta de Investigación.

¿Qué técnicas debe contener una intervención cognitivo conductual para manejar el estrés en pacientes mexicanas con cáncer de mama?

¿Existirá alguna diferencia significativa en la percepción de estrés así como en la sintomatología de estrés en la muestra después de la intervención cognitivo-conductual para el manejo de estrés?

Objetivo.

El objetivo de la Fase I del presente estudio fue diseñar una intervención cognitivo conductual personalizada para pacientes mexicanas con cáncer de mama, que disminuya la percepción y sintomatología del estrés.

Objetivos específicos.

- Identificar las características principales de la población a atender.
- Identificar las técnicas que debe contener la intervención cognitivo-conductual para reducir los niveles de percepción y la sintomatología de estrés en pacientes con cáncer de mama.
- Adaptar técnicas cognitivo- conductuales.
- Diseñar una intervención cognitivo- conductual que contenga técnicas para modificar los niveles de percepción y sintomatología del estrés en pacientes con cáncer de mama.
- Realizar el piloteo de la intervención.

Definición de Variables.

- Intervención cognitivo conductual.

Definición conceptual: Tipo de psicoterapia con la que se ayuda a los pacientes a cambiar su conducta mediante el cambio de la forma en que piensan y sienten. Se usa para tratar trastornos mentales, emocionales, de personalidad y de conducta (NIH, 2020). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento psicosocial en pacientes oncológicos, han mostrado efectos positivos más consistentes (Cwikel, Behar, & Rabson Hare, 2000)

- Percepción de Estrés.

Definición conceptual: La interpretación subjetiva de las relaciones del individuo con el ambiente por medio de procesos fisiológicos y psicológicos y, de manera simultánea e indisoluble, a través de percepciones de tipo afectivas y normativas (Lazarus, Folkman, & Zaplana, 1991).

Definición Operacional: Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados (PEPH, Badillo, Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2012); versión adaptada para pacientes con cáncer (PEPH-C), adaptada para la investigación, con una consistencia interna del instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de .796, T cuadrado de Hotelling de .001.

- Síntomas de Estrés.

Definición conceptual: Referencia de las consecuencias de la persona ante la respuesta al estrés prolongado, a través de manifestaciones físicas o psicológicas del individuo. (Evans, *et al.*, 2000; Ortega, *et al.*, 2005).

Definición Operacional: Cuestionario sobre Síntomas de Estrés de Reynoso (1977; 1997), útil para cualquier población, la cual evalúa los síntomas más frecuentes presentados a consecuencia del estrés como son insomnio, pesadillas, dolores musculares, pérdida del apetito, sudoración profusa y algunos síntomas emocionales como la pérdida de interés en el trabajo entre otras (Erazo & Nisenbaum, 2005). Autoregistro de pulsaciones por minuto.

MÉTODO.

Participantes.

En la Fase I, participaron 11 mujeres, voluntarias, de 18 años o más, con diagnóstico de cáncer (primario) en estadios I-III, en tratamiento adyuvante, post quirúrgico. Con un puntaje en la escala Karnofsky mínima de 60. Para calcular el tamaño de la muestra se recurrió a opinión de expertos, quienes determinaron un mínimo de 10 participantes para el estudio. Las participantes fueron elegidas por medio de un muestreo no probabilístico, por conveniencia, con los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de Inclusión.

- Diagnóstico confirmado primario de Cáncer de mama.
- De 18 años o más
- Etapa clínica I, II ó III.
- En tratamiento adyuvante.
- Puntaje de Karnofsky mínimo de 60.

- Pacientes que desearan estar en el estudio.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico con distorsiones a la realidad o que impidiera el trabajo terapéutico.
- Con complicaciones médicas mayores.
- Pacientes en estadio IV y cuidados paliativos.
- Pacientes que ya estén en algún tipo de terapia o que tengan atención psicológica.

Criterios de Eliminación.

- Participantes que decidan no continuar en el programa.
- Participantes que no cumplan el 80% de asistencia.
- Participantes que no realicen las evaluaciones.

Tipo de Estudio.

Es un diseño pre experimental, con mediciones pre- intervención (pre- test) y mediciones post- intervención (post- test). Tipo de estudio A-B (Kerlinger & Lee, 2002).

Instrumentos.

- Entrevista semi-estructurada: Cuestionario realizado *ex profeso* para la presente investigación, que es de utilidad para que el entrevistador tenga una guía para obtener datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares, características de la enfermedad y tratamiento, cogniciones recurrentes , emociones predominantes y otras características de las participantes (Ver Anexo 2).
- Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados (PEPH, Badillo, Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2012); versión adaptada para pacientes con cáncer (PEPH-C).

Para medir la variable percepción de estrés se hizo uso del instrumento: Escala de Percepción de Estrés Hospitalario en Pacientes Hospitalizados (Badillo, 2014), realizando una adaptación para ver su consistencia en la muestra a medir. La consistencia interna del instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de .796, sin ser necesario la eliminación de reactivos para aumentar su consistencia. En cuanto a la prueba T cuadrado de Hotteling el valor de la significancia fue de .001. Las correlaciones estuvieron marcadas por valores por debajo de 0.7, por lo cual la rotación a utilizar en el análisis factorial fue ortogonal. Los resultados agruparon 20 reactivos en cinco factores: Emocional- Conductual: el cual mide el malestar emocional debido a la falta de empoderamiento conductual dentro del ámbito de salud; Cognitivo- Emocional: mide la parte emocional de la percepción del estrés; Cognitivo- Conductual: mide los pensamientos que llevan al paciente a

actuar en situaciones de estrés, Ambiental- Interno: percepciones sensoriales internas y simbólicas del paciente con respecto a su ambiente y Ambiental: percepción del ambiente relacionado al tema salud y enfermedad. Los factores tendrán como formato de presentación cuatro casillas, con los encabezados: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. El paciente hospitalizado deberá tachar la opción que más se adapte a su opinión, durante las últimas 2 semanas. El valor 4 representa la opción de mayor estrés mientras que el valor 1 pertenece al nivel de estrés menor. Para conocer el puntaje obtenido únicamente se suma cada opción de respuesta elegida, dando un valor contrario a los reactivos invertidos; entre mayor sea el puntaje, mayor será la percepción de estrés del paciente (Ver Anexo 3).

- Termómetro de distrés (Holland, 1999) para tener validez concurrente de la prueba PEPH-C (Badillo, 2014) fue validado para población mexicana por Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez y consta de dos partes. La primera es una escala análoga visual, que va de 0 a 10, para evaluar el distrés experimentado en la última semana. La segunda plantea una lista de 35 problemas prácticos comunes en pacientes con cáncer (Almanza, Rosario, & Pérez, 2008).
- Cuestionario sobre Síntomas de Estrés de Reynoso (1997)
En cuanto a la variable síntomas de estrés, para esta investigación se empleó el Cuestionario sobre síntomas de estrés. Dicho instrumento está formado por 28 ítems, con respuesta dicotómica y ha sido empleado en diversas muestras incluyendo poblaciones con enfermedades crónicas degenerativas

y hospitalizadas. El Cuestionario evalúa los síntomas más frecuentes presentados a consecuencia del estrés como son insomnio, pesadillas, dolores musculares, pérdida del apetito, sudoración profusa y algunos síntomas emocionales como la pérdida de interés en el trabajo entre otras. En cuanto a consistencia interna informa un alfa de 0,59 para la escala total (Erazo & Nisenbaum, 2005) (Véase Anexo 4).

- Autoregistro de pulsaciones por minuto. De gran utilidad para ofrecer un dato biológico que también es un indicador de manejo de estrés. Por medio de una tabla, en la cual la paciente anota sus pulsaciones durante 15 segundos, antes y después de los ejercicios de relajación realizados, tanto en las sesiones como de manera externa en casa.
- Autoregistro de Estrés. Una tabla en la cual el paciente coloca su nivel de estrés después de realizar el ejercicio de relajación. Es una escala del 1 al 5, en donde el número 1 representa a estar “nada estresado” y el número 5 a estar “muy estresado”.

Materiales

- Consentimiento Informado (Véase Anexo 1)
- Manual de trabajo (Véase Anexo 5)
- Presentaciones Power Point
- Computadora
- Lápiz

Escenario

La intervención fue realizada para todas las participantes en el mismo escenario. El Estudio I se llevó a cabo en un consultorio al noreste de la Ciudad de México, en la delegación Gustavo A Madero. La habitación tenía una dimensión de aproximadamente 10m2. Contaba con ventilación y privacidad.

PROCEDIMIENTO.

La Fase I comenzó con una investigación exploratoria por medio de una revisión de la literatura, aunado a acercamientos con la población a atender para identificar aquellas características que compartía la muestra y poder identificar las necesidades que presentaban, para proponer un diseño de una intervención cognitivo conductual, adaptada a las necesidades de los usuarios.

Una vez identificadas las necesidades de la población, se seleccionaron las técnicas que podrían ser útiles para el manejo de las mismas y que la literatura identificaba como funcionales. Una vez seleccionadas las técnicas por medio de pares, dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, se adaptaron a la población con la que se iba a trabajar. Se realizó una búsqueda de instrumentos que pudieran medir las diferencias significativas en los constructos síntomas de estrés y percepción de estrés, antes y después de la intervención. Se seleccionaron las pruebas pertinentes a la investigación.

Se prosiguió a realizar un manual de trabajo (Ver descripción en Fase II), se realizó una validez del contenido a través de juicio de expertos. Posteriormente se realizaron los materiales de apoyo necesarios para el programa tales como presentaciones en Power Point.

Una vez concluido, se realizó un piloteo del programa. Se seleccionó la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión antes mencionados. Se invitó a participar a las pacientes, explicándoles el objetivo de la intervención y protocolo a seguir, en caso de estar interesadas se les agendaba una cita para la firma del consentimiento informado, la entrevista y la evaluación inicial.

Una vez transcurrida la entrevista y evaluación, se daba inicio al programa de intervención psicológica mediante una segunda cita, aproximadamente una semana después de la primera evaluación.

Dicha intervención constó de 8 sesiones, descritas a detalle en los anexos; cada una de ellas de manera semanal. Una vez concluidas las sesiones de la intervención se realizaba una vez más la batería de pruebas para una segunda evaluación.

Todas las pacientes fueron atendidas en el mismo espacio y por la misma terapeuta. Cabe recalcar que aquellas pacientes que no cumplían los criterios de inclusión y deseaban recibir atención, recibían la invitación de recibir la misma atención psicológica sin ser tomadas como parte de la muestra para el piloteo ni fueron incluidas al protocolo de investigación.

Una vez concluida la intervención y habiendo obtenido los datos necesarios, se procedió a realizar un análisis de resultados mediante el programa estadístico SPSS Statistics 19, con comparación de medias para muestras relacionadas.

Tratamiento de los datos.

Los datos recabados se analizaron a través de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas, en cada una de las variables, para determinar si las medias de la muestra variaban entre las pruebas realizadas antes y después de la intervención. El tratamiento de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS Statistics 19.

RESULTADOS.

Colaboraron con el estudio 11 pacientes con cáncer de mama primario, con una media de 52 años de edad, la edad mínima registrada fue de 31 años, mientras que el rango superior de edad registrada fue de 66 años.

Como puede observarse en la Tabla 1, un 40 % de la muestra eran solteras, mientras que un 30% eran casadas y el resto vivían en unión libre. En general, las participantes mencionaban tener una buena red de apoyo. Un 64% de las pacientes mencionaba contar con un buen apoyo instrumental.

En cuanto a los datos clínicos se pudo observar que el 64% de la muestra estaba en un estadio II, mientras que el resto, 36%, se encontraba en una etapa clínica III. El tiempo de diagnóstico promedio era aproximadamente de 14 meses. Por otra parte, 54% de las mujeres que conformaron la muestra tenían quimioterapia como tipo de tratamiento, 27% de ellas tenían radioterapia y el resto, 19% de las mujeres, estaban en un tratamiento combinado.

Tabla 1. Descripción de la muestra Fase 1.

Variable		N	%	Variable		N	%
Edad	Media	52		Emociones	Tristeza	7	63
	Mínima	31			Miedo	9	81
	Máxima	66			Enojo	6	54
			Culpa		4	36	
			Angustia		2	18	
Estado Civil	Casada	4	30	Tratamiento Psiquiátrico	Sí	0	0
	Unión Libre Soltera	3	30		NO	11	100
		4	40				
Educación	Primaria	4	30	Tratamiento Psicológico	Sí	2	20
	Secundaria	3	35		NO	9	80
	Carrera técnica	2	15				
	Bachillerato	1	10				
	Licenciatura trunca	1	10				
Ocupación	Hogar	7	64	Comorbilidad Médicas	Diabetes	3	35
	Empleadas	4	36		Dislipidemia	0	0
					Hipertensión	3	35
Fase Clínica	Estadio II	7	64	Tipo Tratamiento	Quimioterapia	6	54
	Estadio III	4	36		Radioterapia	3	27
					Combinada	2	19
				Cogniciones principales	Miedo a recaídas	7	64
					Miedo a la muerte	7	64
					Problemas en casa	3	35

NOTA: N=11

Por otra parte, un 64% de las participantes mencionaban que tenían el pensamiento recurrente de miedo a tener una recaída con respecto a su

enfermedad o que el tratamiento no les funcionara. También se mencionó frecuentemente, en 7 de las participantes, el miedo a morir por la enfermedad o durante el tratamiento, así como por cualquier complicación relacionada con el diagnóstico. Así mismo, otra de las cogniciones mayormente mencionadas, por un 35% de las participantes, eran las relacionadas con problemas en casa, tanto preocupación acerca de su pareja e hijos, así como mayor cantidad de discusiones ya que se sentían más irritables y con mayor predisposición a discutir.

En cuanto a las emociones mencionadas por las participantes el miedo fue el más mencionado por 81% de las participantes, también se mencionó frecuentemente el enojo, la tristeza y la angustia.

En cuanto a las comorbilidades médicas mencionadas, el 35% de la muestra mencionaba alguna enfermedad, encontrando mayor incidencia en Diabetes Mellitus e Hipertensión, como puede observarse en la Tabla 1.

En cuanto a la escolaridad de la muestra, el 30% de las participantes tenía primaria concluida, el 35% secundaria concluida, el 15% de las participantes tenían carrera técnica, el 10% bachillerato y un 10% licenciatura trunca.

En cuanto a tratamientos psicológicos previos el 20% de la muestra reportó haber recibido atención previa, una participante cuando era pequeña por problemas escolares y la otra por que se sentía deprimida. En cuanto al tiempo de la intervención las pacientes refirieron no recordarlo, sin embargo, aseguraron que fue durante poco tiempo. En cuanto a tratamientos psiquiátricos la muestra no reportó haber recibido algún tratamiento.

Tabla 2. Estadísticos de muestras relacionadas pre- post Percepción de estrés.

	N	Media	Desviación típ.	Error de la media
Pre evaluación	11	32.64	4.433	1.337
Post evaluación	11	22.91	4.182	1.261

...

Con lo referente a la percepción de estrés, por medio del instrumento PEPH-C (Badillo, 2014), como puede observarse en la Tabla 2, la muestra reportó una media $x=32.64$ en la pre evaluación, con una desviación $SD=4.433$, en la post evaluación la media reportó una media $x=22.91$ con una desviación $SD=4.182$ y un error $SEM=1.261$.

Tabla 3. Prueba *t* de Student para muestras relacionadas percepción de estrés.

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza	
					Inferior	Superior
Pre percepción	24.416	10	.000	32.636	29.66	35.61
Post percepción	18.168	10	.000	22.909	20.10	25.72

Como se observa en la Tabla 3 y en el Gráfico 1, los resultados de la prueba indicaron un cambio significativo antes y después de la intervención en cuanto a la percepción de estrés que tenían las participantes $t= 18.168$, $gl 10$, $p>.001$.

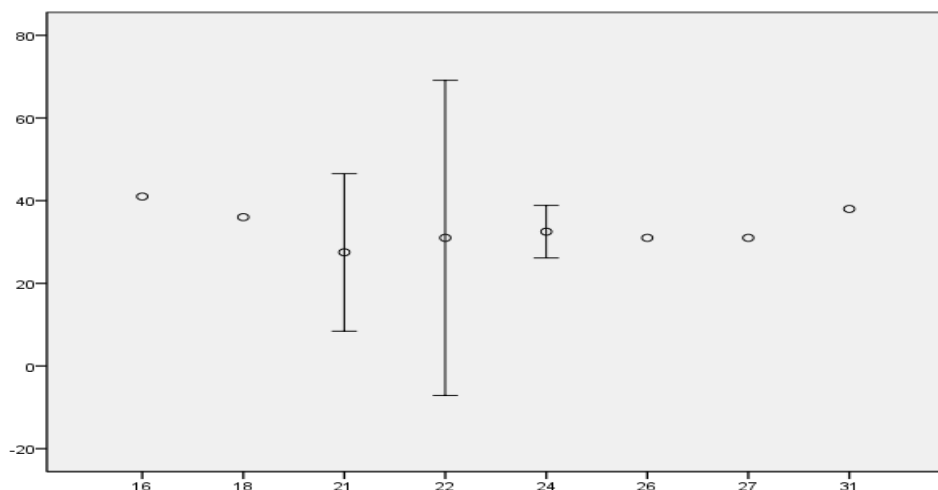


Gráfico 1. Prueba *t* de Student para muestras relacionadas percepción de estrés.

Continuando con la evaluación de la percepción de estrés que presentaba la muestra, se realizó la autoevaluación de niveles de estrés, como se muestra en la Tabla 4 se reportó una media $\bar{x}=2.45$ en la pre evaluación, con una desviación $SD=.522$ y un error $SEM=.157$, en la post evaluación la media reportó una media $\bar{x}=.64$ con una desviación $SD=.505$ y un error $SEM=.152$.

Tabla 4. Estadísticos de muestras relacionadas pre- post percepción de estrés.

	N	Media	Desviación típ.	Error de la media
Pre evaluación	11	2.45	.522	.157
Post evaluación	11	.64	.505	.152

Los resultados de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas resultaron significativos, como puede observarse en la Tabla 5 y en el Gráfico 2,

sugiriendo un cambio antes y después en el autoreporte del nivel de estrés de las participantes $t(4.183)$, gl 10, $p>.002$.

Tabla 5. Prueba t de Student para muestras relacionadas nivel de estrés.

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza	
					Inferior	Superior
Pre nivel	15.588	10	.000	2.455	2.10	2.81
Post nivel	4.183	10	.002	.636	.30	.98

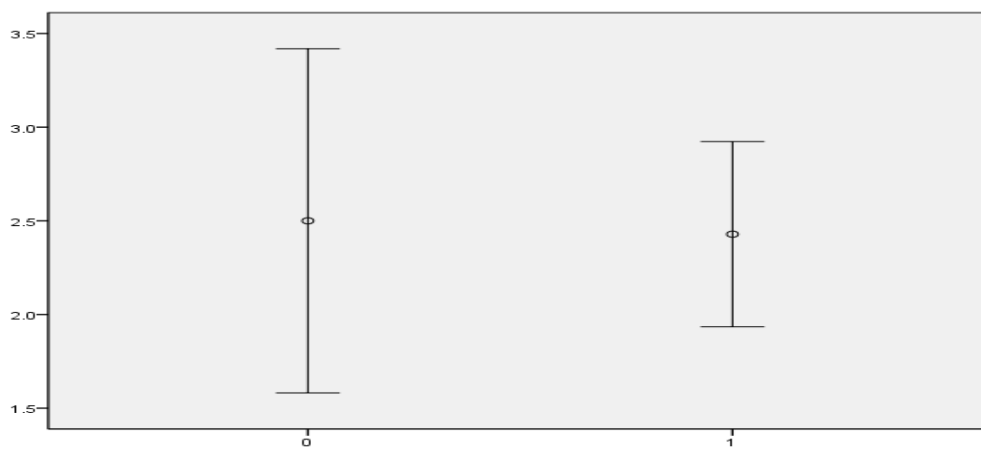


Gráfico 2. Prueba t de Student para muestras relacionadas nivel de estrés.

- En cuanto a los síntomas de estrés (Reynoso, 1997) la muestra presentó una media $x=18.27$ en la sumatoria de síntomas en la pre evaluación, con una desviación $SD= 2.687$ y un error $SEM=.810$. Mientras que en la post evaluación se obtuvo una media $x= 16.73$ de síntomas, con una desviación $SD= 1.555$ y un error $SEM=.469$ (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Estadísticos de muestras relacionadas pre- post síntomas de estrés.

	N	Media	Desviación típ.	Error de la media
Pre evaluación	11	18.27	2.687	.810
Post evaluación	11	16.73	1.555	.469

Los resultados de la prueba indicaron un cambio significativo antes y después de la intervención en cuanto a los síntomas de estrés reportados que tenían las participantes $t(35.676)$, $gl\ 10$, $p > .001$ (Ver Tabla 7, Gráfico 3).

Tabla 7. Prueba t de Student para muestras relacionadas síntomas de estrés.

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza	
					Inferior	Superior
Pre síntomas	22.557	10	.000	18.273	16.47	20.08
Post síntomas	35.676	10	.000	16.727	15.68	17.77

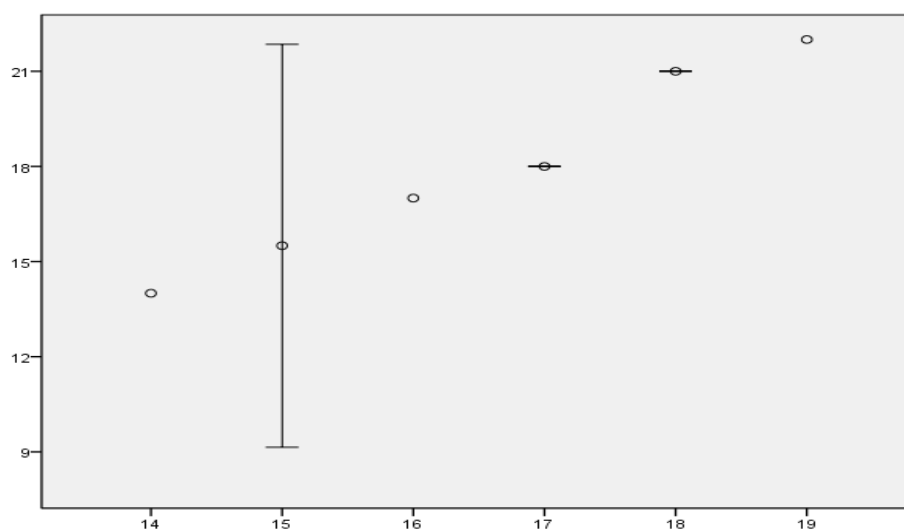


Gráfico 3. Prueba t de Student para muestras relacionadas síntomas de estrés.

Otra variable medida en la muestra fue las pulsaciones por minuto reportadas por parte de las participantes. La muestra presentó una media $x=103.18$ en la pre evaluación, con una desviación $SD= 5.269$ y un error $SEM=.1.589$ Mientras que en la post evaluación se obtuvo una media $x= 87.18$, con una desviación $SD=4.378$ y un error $SEM=1.320$, como puede reiterarse en la Tabla 8.

Tabla 8. Estadísticos de muestras relacionadas pre- post pulsaciones por minuto.

	N	Media	Desviación típ.	Error de la media
Pre evaluación	11	103.18	5.269	1.589
Post evaluación	11	87.18	4.378	1.320

Como puede verse en la Tabla 9 y su gráfico correspondiente (Gráfico 4), los resultados de la prueba indicaron un cambio significativo antes y después de la intervención en cuanto a las pulsaciones por minuto reportadas por las participantes $t (66.052)$, $gl 10$, $p>.001$.

Tabla 9. Prueba t de Student para muestras relacionadas pulsaciones por minuto.

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza	
					Inferior	Superior
Pre pulsaciones	64.947	10	.000	103.182	99.64	106.72
Post pulsaciones	66.052	10	.000	87.182	84.24	90.12

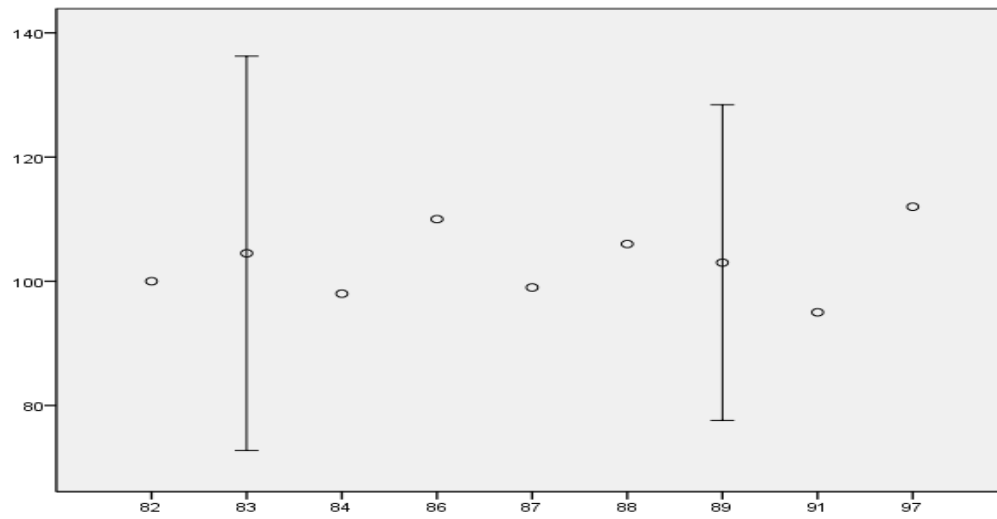


Gráfico 4. Prueba t de Student para muestras relacionadas pulsaciones por minuto.

Fase II. Elaboración del Manual de Trabajo.

Pregunta de Investigación.

¿Qué debe contener un manual de corte cognitivo conductual para que sirva como material de apoyo para un programa de manejo de estrés en pacientes mexicanas con cáncer de mama?

Objetivo.

El objetivo de la Fase II del presente estudio fue generar un manual de trabajo que sirva como material de apoyo para las pacientes del programa de intervención cognitivo conductual diseñado en la Fase I.

Objetivos específicos.

- Diseñar un manual que incluya las técnicas del programa de manejo de estrés en pacientes mexicanas con cáncer de mama.
- Realizar la validación del manual de trabajo.
- Realizar le piloteo del manual del trabajo.

MÉTODO.

Participantes.

En la Fase II, participaron siete jueces expertos, voluntarios, mayores de edad, que cumplieran con la definición de experto al tener una opinión informada, una trayectoria en el tema, reconocimiento por otros como expertos cualificados en éste, y que pudieran dar información, evidencia, juicios y valoraciones. Los participantes fueron elegidos por medio de un muestreo no probabilístico, intencional, con los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de Inclusión.

- Especialista en psicología u oncología.
- Jueces que desearan estar en el estudio.
- Coeficiente de competencia (K) alto.

Criterios de Exclusión.

- Jueces que no tengan formación en las áreas de interés del estudio.

Criterios de Eliminación.

- Participantes que decidan no continuar en la validación.
- Participantes que no realicen las evaluaciones.

Para realizar el piloteo del manual de trabajo en la Fase II, se empleó la misma muestra de la Fase I: 11 mujeres, voluntarias, mayores de edad, con diagnóstico de cáncer (primario) en estadios I-III, en tratamiento adyuvante, post quirúrgico. Con un puntaje en la escala Karnofsky mínima de 60. Las participantes fueron elegidas por medio de un muestreo no probabilístico, por conveniencia, con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación mencionados en la Fase I.

Tipo de Estudio.

En el presente estudio se utilizó un diseño no experimental debido a que no hubo un control directo sobre las variables (Kerlinger & Lee, 2002) y se realizó una medición transversal; en una sola ocasión, con un grupo único de participantes (León & Montero, 2003).

Instrumentos.

- Evaluación del manual de trabajo para jueces: Matriz de evaluación realizada *ex profeso* para la investigación, que evalúa, por sesiones y en global, el manual de trabajo. Dentro de las categorías se evalúa si el manual es claro, si ofrece información completa, si se considera que es útil y se pide que se agregue algún comentario para mejorar el manual en cada sesión y en el manual en general (Véase Anexo 7).
- Evaluación del manual de trabajo: Cuestionario breve con 5 preguntas, generado *ex profeso* para la presente investigación para poder recibir una retroalimentación de las participantes acerca del manual de trabajo, sus elementos y su utilidad (Véase Anexo 8).

Materiales

- Manual de trabajo
- Lápiz
- Evaluación del manual de trabajo

Escenario

La validación por jueceo se envió de manera electrónica a los distintos jueces a sus correos personales. Mientras que el piloteo del manual de trabajo se realizó junto con la Fase I en un consultorio al noreste de la Ciudad de México, en la delegación Gustavo A Madero. En una habitación que tenía una dimensión de 10m² que contaba con ventilación y privacidad.

PROCEDIMIENTO.

Se comenzó a realizar un manual de trabajo, en el cual se describía el objetivo del programa, los objetivos específicos de las sesiones, las sesiones en general, los ejercicios, así como las instrucciones de las técnicas de relajación, y la asignación de tareas. Se realizaron adaptaciones para que fuera un material útil para la población a tratar.

Se prosiguió a realizar una validez de contenido a través de juicio de expertos. Primero, se confeccionó un listado inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos, después se realizó una valoración sobre el nivel de experiencia que poseen, evaluando de esta forma los niveles de conocimientos y argumentación que poseen, se calculó un Coeficiente de Argumentación (Ka) y Coeficiente de Competencia (K). Se seleccionaron siete jueces expertos para consulta de competencia alta.

Se confeccionó un instrumento que permitió la valoración de los principales aspectos relacionados con el manual. Resultando una matriz elaborada de forma tal que ante cada aspecto a valorar, las respuestas fueran tan cerradas como fueran posibles y al mismo tiempo con la posibilidad de argumentar con amplitud por medio de comentarios. Dentro de las categorías se evalúa si el manual es claro, si ofrece información completa y si se considera que es útil. Como punto de corte de consenso a priori se estableció que al menos el 90% de los jueces aprobaran el manual, es decir 6 de los 7 jueces.

Se obtuvo un consenso general de la validez del manual y se obtuvieron algunas correcciones del mismo a través de los comentarios. Se realizaron las

modificaciones pertinentes. Se volvió a enviar vía correo electrónico el manual con las correcciones que se habían realizado y se obtuvo un consenso de satisfacción del mismo.

Una vez validado el manual, se realizó el piloteo de la intervención diseñada en la Fase I., empleando el manual como cuaderno de trabajo y material de apoyo para la intervención.

En la última de las sesiones de la intervención se realizaba una evaluación generada *ex profeso* para la presente investigación, que era un cuestionario breve con 5 preguntas, para poder recibir una retroalimentación de las participantes acerca del manual de trabajo.

Todas las pacientes fueron atendidas en el mismo espacio y por la misma terapeuta. Y todas las participantes tuvieron el manual de trabajo como parte de su participación en el protocolo.

Tratamiento de los datos.

La información recabada durante la validación por jueceo se sometió a un análisis de contenido, mediante el programa Microsoft Excel 2010. Y se triangularon los resultados del estudio cualitativo con las sugerencias realizadas.

Resultados.

La competencia de los expertos se midió a partir de obtener el coeficiente (K), que se calculó mediante la fórmula $K = \frac{1}{2} (kc + ka)$. Para calcularla fue necesario medir el coeficiente de conocimiento (kc) que tiene el experto sobre la temática que se aborda, por medio de una autovaloración del propio experto en una escala del 0 al 10, multiplicado por 0.1 y el coeficiente de argumentación (ka), determinado como resultado de la suma de los puntos alcanzados a partir de una tabla patrón que incluye investigaciones previas realizadas por el experto, experiencia, publicaciones, entre otros aspectos a valorar. El código para la interpretación del coeficiente de competencia (K) fue el siguiente:

- $0.8 < K < 1.0$ coeficiente de competencia alto.
- $0.5 < K < 0.8$ coeficiente de competencia medio.
- $K < 0.5$ coeficiente de competencia bajo.

Tabla 10. Coeficiente de Competencia Expertos.

Experto	Coeficiente de argumentación (ka)	Coeficiente de conocimiento (kc)	Coeficiente de competencia (K)
1.	1	1	1
2.	1	.9	.95
3.	.9	.9	.9
4.	1	1	1
5.	1	1	1
6.	1	1	1
7.	1	.9	.95

Como puede observarse en la tabla anterior, los 7 expertos tuvieron puntajes entre 0.9 y 1, correspondiente a coeficiente de competencia alto, por lo que se decidió integrarlos al jueceo de validación.

Las categorías del manual evaluadas por cada uno de los expertos fueron: claridad, relevancia y plenitud del contenido. Estas categorías fueron empleadas para evaluar, de manera individual, cada una de las sesiones del manual y, de manera general, el manual completo.

Como resultados encontramos un acuerdo del 100% de claridad, relevancia y plenitud del contenido del manual completo. Con algunas correcciones por realizar.

La primera sesión y la octava obtuvieron el menor porcentaje de acuerdo con el 70% en la categoría plenitud del contenido, debido a que se señalaba falta de información esencial para llevar a cabo sesiones de psicoeducación.

En cuanto a la claridad la sesión dos obtuvo el menor porcentaje de acuerdo con un 70%, debido a la complejidad de la sesión, por lo que se sugería usar más ejemplos, reducir la información y emplear lenguaje más coloquial para el mejor entendimiento de la muestra.

Dentro de las recomendaciones realizadas se concordó incorporar mayores elementos de apoyo visual para que el material fuera más didáctico e incluir espacios para realizar ejercicios dentro del manual para que las participantes únicamente tuvieran que tener ese material en las sesiones.

Una vez finalizada la validación de contenido por medio de jueces expertos se procedió a realizar el piloteo de la intervención empleando el manual de trabajo. Así mismo se realizó una evaluación generada *ex profeso* para la presente investigación, para poder recibir una retroalimentación de las participantes acerca del manual de trabajo.

Dentro del piloteo, el 100% de la muestra respondió de manera positiva acerca de si el manual le parecía útil e interesante. En cuanto a la pregunta “el manual te parece comprensible” 10 de las participantes contestaron que sí, mientras que una de las participantes contestó que no debido a que le gustaría que tuviera explicaciones más extensas como las que daba la terapeuta durante las sesiones.

En cuanto a lo que la muestra reportó que agregaría al manual se mencionaron más dibujos, más espacio para hacer la tarea y para tomar apuntes durante la sesión. En cuanto a lo que la muestra reportó que le quitaría al manual solo un 10% respondió y sugirió que ella le quitaría los dibujos.

DISCUSIÓN.

El objetivo de la Fase I del presente estudio fue diseñar una intervención cognitivo conductual personalizada para pacientes mexicanas con cáncer de mama que disminuya la percepción y sintomatología del estrés.

Para modificar la percepción y síntomas de estrés, se identificaron y adecuaron las técnicas que integrarían una intervención cognitivo- conductual en pacientes con cáncer de mama. La identificación y adecuación de técnicas formaba parte de los objetivos específicos y coincide con lo dicho en la literatura, que menciona que para realizar una intervención con pacientes oncológicos son necesarios tanto la selección de técnicas como los ajustes y adaptaciones de las mismas (Rivero, *et al.*, 2008).

Las técnicas de relajación seleccionadas fueron descritas por las participantes como de gran ayuda, mostrando cambios significativos en los autoregistros de estrés. Congruente con lo mencionado en la literatura la práctica de técnicas de relajación y visualización guiada pueden emplearse en cualquier tipo de cáncer y en cualquier estadio, incluso se ha observado que modifican el número de células T activadas, el nivel de TNF-circulante y la actividad citotóxica de células NK estimulada por citoquinas, donde la citotoxicidad correlaciona con la frecuencia en la práctica de la relajación y de la visualización, aportando una ganancia significativa en los pacientes que las practican (Gruzelier, Clow, Evans, Lazar, & Walker, 1998).

Las estrategias psicoeducativas fueron empleadas como otro pilar dentro del diseño de la intervención. Como resultado las participantes expresaron tener más

información acerca de la enfermedad, eliminaron ideas irracionales y mitos de la enfermedad. Tal como lo menciona la literatura, acompañado con debate y modificación de ideas irracionales, facilitó corregir las distorsiones e ideas erróneas asociadas a la enfermedad, incluso generando cambios de actitud y conducta (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal, & Baranda-Sepúlveda, 2006).

La psicoeducación de la intervención incluía información acerca de la enfermedad, su tratamiento y el papel de las variables psicológicas que rodean la enfermedad como son las estrategias de enfrentamiento, la reducción de la ansiedad, la satisfacción del paciente con la atención recibida y la adhesión a las indicaciones médicas, acorde con lo encontrado en la literatura (Zimmermann, Heinrichs, & Baucom, 2007).

Con respecto a las estrategias de enfrentamiento, las cuales no fueron medidas durante la evaluación sin embargo si fueron incluidas en el diseño de la intervención, se encontró pertinente mencionar que las estrategias pueden ser útiles o no dependiendo del momento en que la persona los emplea, incluso considerar estrategias como la negación como útiles al llegar a proteger a un individuo de sentirse emocionalmente abrumado en el contexto en el que se encuentra y dar tiempo para desarrollar otros recursos personales, como lo mencionan investigaciones previas (Font & Cardoso, 2009).

El entrenamiento en solución de problemas, frecuentemente reportada en el tratamiento del estrés en pacientes con cáncer, fue otra técnica incluida en el diseño

de la intervención debido a la existencia de una correlación entre los déficits de solución de problemas y el estrés psicológico (Nezu, *et al.*, 1999). A su vez las participantes mencionaron que en algunas ocasiones no se encontraban con respuestas de enfrentamiento efectivas y que eso afectaba su bienestar, corroborando lo dicho por D' Zurilla y Nezu (1982).

Dentro de la revisión de la literatura así como en las entrevistas iniciales se encontró que la percepción del apoyo social era crucial para las participantes. Esto se refleja lo mencionado por González- Ramírez y colaboradores, quienes dicen que la psicooncología identifica a la persona con cáncer como un ser biopsicosocial, con posibles dificultades en los factores personales como los estilos de enfrentamiento, como también en los factores sociales como el apoyo social percibido (González-Ramírez, Estrada-Pineda, Robles-García, Orozco-Mares, & Daneri-Navarro, 2014).

De acuerdo a lo referido en los resultados encontramos que la expresión de emociones es fundamental, ya que, como menciona la literatura, existen una serie de emociones negativas que no suelen ser expresadas por estas pacientes y que suelen ser una fuente de tensión y malestar (Segura-Valverde, García-Nieto, & Gutierrez, 2014).

Con respecto a la Fase II del presente estudio se tuvo como objetivo el generar un manual de trabajo que sirviera como material de apoyo para las pacientes del programa de intervención cognitivo conductual diseñado en la Fase I.

La materialización a través de un manual de trabajo resultó de gran utilidad según lo referido por las participantes, debido al apoyo didáctico y visual que

representaba para ellas. Aun cuando el manual no incluía todo lo visto en las sesiones, contenía información vital de cada sesión y daba una pauta para sistematizar la intervención (Fernández, García, & Crespo, 2012).

Además, la generación de un manual representa un recurso con el que las participantes cuentan para poder consultar durante la intervención y que incluso tendrán después de haber finalizado la intervención. Así cuentan con ejercicios prácticos, instrucciones de relajación e información útil para su manejo del estrés en el día a día. Adecuado a la literatura que considera los manuales de trabajo como un aporte procedimental relevante y de gran valor para los pacientes (Shapiro & Sprague, 2009).

En general, la intervención, diseñada de una manera personalizada a la necesidad de la muestra, y el manual de trabajo, como material de apoyo, fueron calificados como útiles por las participantes, en concordancia con los resultados obtenidos en el piloteo del estudio. Lo cual concuerda con lo reportado en investigaciones previas (Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010; Phillips, *et al.*, 2008; Shapiro & Sprague, 2009).

CAPÍTULO III. PROGRAMA DE MANEJO DEL ESTRÉS PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA (PECA).

Estudio II. Implementación del Programa de Manejo del Estrés para Pacientes con Cáncer de Mama (PECA).

Justificación.

Una alta proporción de las pacientes con cáncer de mama, sobretodo en estadios avanzados, sufren de estrés (Garduño, *et al.*, 2010; Thornton, *et al.*, 2010).

Aunado a su impacto epidemiológico, el estrés generado por el cáncer requiere una serie de ajustes en la vida cotidiana de cada individuo (Nezu, *et al.*, 2013). Aun cuando el tratamiento médico sea exitoso, las pacientes pueden llegar a sentirse vulnerables y desprotegidas por un futuro incierto, esta sensación no tiende a disminuir, sino que por el contrario incrementa en cada chequeo después de finalizar el tratamiento (Garduño, *et al.*, 2010). En específico, el cáncer de mama tiene fuertes repercusiones en las mujeres que lo padecen, debido a la compleja connotación cultural y su símbolo de feminidad, lo que termina por afectar diversos ámbitos de la persona (Fernandez, 2005). El cáncer de mama representa una significativa amenaza al bienestar y una considerable fuente de daño personal a la autoimagen, al manejo del estrés, al rendimiento, a las relaciones interpersonales, al apego al tratamiento médico, entre otros (Fernandez, 2005; González, *et al.*, 2015; Nezu, *et al.*, 1999).

Debido a la falta de ensayos clínicos aleatorizados en países en vías de desarrollo, se desconoce cómo los distintos factores psicológicos influyen en la eficacia e implementación de las intervenciones psicosociales. Por lo cual, es de gran importancia para la psicooncología aumentar la evidencia de la eficacia y la efectividad de las intervenciones aplicadas a poblaciones con cáncer (Galindo, *et*

al., 2014). Así mismo, es de gran valor aplicar intervenciones que ofrezcan resultados positivos en un número de sesiones reducidas y en diversas situaciones contextuales tales como el nivel de escolaridad y las restricciones económicas, como se ha observado en las terapias cognitivo conductuales (Antoni, 2013; Antoni, *et al*, 2006; Fernández, Jorge, Sánchez, & Bejar, 2016; Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010).

Pregunta de Investigación.

¿Una intervención cognitivo conductual para el manejo de estrés tendrá efecto sobre la percepción y sintomatología de estrés que presentan las pacientes mexicanas con cáncer de mama?

¿Existirá alguna diferencia entre los resultados del grupo control con el grupo experimental?

Objetivo.

El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual diseñada para pacientes mexicanas con cáncer de mama sobre la percepción y sintomatología del estrés.

Objetivos específicos.

- Entrenar terapeutas de apoyo para homogenizar la administración de la intervención.
- Evaluar los niveles de percepción de estrés, los síntomas de estrés, antes y después del programa.

- Comparar las diferencias en los niveles de percepción de estrés y los síntomas de estrés entre el grupo de intervención y el grupo de lista de espera.
- Observar si existen diferencias significativas entre los resultados de la muestra piloto y la muestra del estudio final pertenecientes al Estudio I y Estudio II.

Definición de Variables.

- Intervención cognitivo conductual.

Definición conceptual: Modelo de tratamiento conformado por un grupo de intervenciones, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas (NIH, 2020; Sanchez, 2008)

- Percepción de Estrés.

Definición conceptual: La interpretación subjetiva de las relaciones del individuo con el ambiente por medio de procesos fisiológicos y psicológicos y, de manera simultánea e indisoluble, a través de percepciones de tipo afectivas y normativas (Lazarus, Folkman, & Zaplana, 1991).

Definición Operacional: Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados (PEPH, Badillo, Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2012); versión adaptada para pacientes con cáncer (PEPH-C). Termómetro de estrés (Holland, 1999).

- Síntomas de Estrés.

Definición conceptual: Referencia de las consecuencias de la persona ante la respuesta al estrés prolongado, a través de manifestaciones físicas o psicológicas del individuo. (Evans, *et al.*, 2000; Ortega, *et al.*, 2005).

Definición Operacional: Cuestionario sobre Síntomas de Estrés de Reynoso (1977; 1997). Autoregistro de pulsaciones por minuto.

MÉTODO.

Participantes.

En el Estudio participaron 127 mujeres, mayores de 18 años, voluntarias, con diagnóstico confirmado por un médico de cáncer de mama (primario), en estadios I-III, post quirúrgico en tratamiento adyuvante. Con una muerte experimental del 34%, por lo que únicamente 84 mujeres finalizaron el protocolo.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, por conveniencia y se calculó el tamaño de la muestra por medio de G* Power, con un tamaño de 80 participantes, con un nivel de confianza de 95% y un error 0.5.

Criterios de inclusión:

- De 18 años o más
- Diagnóstico de cáncer (primario) en estadios I-III
- Tratamiento adyuvante, post quirúrgico
- Escala Karnofsky mínima de 60.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico con distorsiones a la realidad o que impidiera el trabajo terapéutico.
- Con complicaciones médicas mayores.
- Pacientes en estadio IV y cuidados paliativos.
- Pacientes que ya estén en algún tipo de terapia o que tengan atención psicológica.

Criterios de eliminación:

- Tener más de 2 faltas en las sesiones del programa PECA.

Diseño.

Es un diseño experimental, con mediciones pre- intervención (pre- test) y mediciones post- intervención (post- test). Es un tipo de estudio A-B. La muestra, que cumplía con los criterios previamente descritos, fue aleatorizada por medio de números aleatorios para dos grupos: el grupo experimental o el grupo control (que para fines de esta investigación fue una lista de espera) por medio de un generador de números aleatorios (RNG, <http://www.generarnumerosaleatorios.com>).

El grupo control, por cuestiones éticas no se podía dejar sin tratamiento por lo que se prefirió hacer uso del método lista de espera para poder contar con una medición control sin excluir a ninguna de las participantes del tratamiento psicológico brindado por medio de la intervención.

Instrumentos.

Se emplearon los mismos instrumentos que en la primera fase de piloteo de la intervención, no solo por sus propiedades psicométricas sino también por su facilidad de trabajo para las participantes durante el programa de intervención.

- Entrevista semi-estructurada para obtener datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares, características de la enfermedad, cogniciones recurrentes y otras características de las participantes (Ver Anexo 2).
- Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados (PEPH, Badillo, Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2012); versión adaptada para pacientes con cáncer (PEPH-C) para medir la variable percepción de estrés, con alfa de Cronbach de .796 y una significancia de .000 en la T cuadrada de Hotteling. Cuenta con 20 reactivos con los factores: Emocional- Conductual, Cognitivo- Emocional, Cognitivo- Conductual, Ambiental- Interno y Ambiental. (Ver Anexo 3).
- Termómetro de distrés (Holland, 1999) para tener validez concurrente de la prueba PEPH-C (Badillo, 2014) fue validado para población mexicana con cáncer por Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez. Consta de dos partes, la primera es una escala análoga visual, que va de 0 a 10, para evaluar el distrés experimentado en la última semana. La segunda plantea una lista de 35 problemas prácticos comunes en pacientes con cáncer. La versión en idioma español requirió mínimas adaptaciones semánticas y conservó el término distrés para efectos de claridad. La validación convergente a través del

Análisis ROC mostró área bajo la curva de 0.631, sensibilidad de 93%, especificidad de 76%, valor predictivo positivo de 82%, valor predictivo negativo de 90%, con un punto de corte de 4 o más, lo cual arroja una prevalencia del distrés de 61.8% (Almanza, Rosario, & Pérez, 2008).

- Cuestionario sobre Síntomas de Estrés de Reynoso (1997) lista de chequeo de 28 ítems, que evalúa los síntomas más frecuentes presentados a consecuencia del estrés. En cuanto a consistencia interna informa un alfa de 0,59 para la escala total (Erazo & Nisenbaum, 2005) (Véase Anexo 4).
- Autoregistro de pulsaciones por minuto.
- Autoreporte de Estrés, por medio de una escala del 1 al 5, en la cual la paciente coloca su nivel de estrés después de realizar el ejercicio de relajación.

Materiales

- Consentimiento Informado (Véase Anexo 1)
- Manual de trabajo (Véase Anexo 5)
- Fichas descriptivas de sesiones (Véase Anexo 6)
- Presentaciones Power Point
- Computadora
- Lápiz

Escenario

La intervención fue realizada para todas las participantes en el mismo escenario. El Estudio II se llevó a cabo en un consultorio al noreste de la Ciudad de

México, en la delegación Gustavo A Madero. La habitación tenía una dimensión de aproximadamente 10m². Contaba con ventilación y privacidad.

Procedimiento.

Se comenzó el Estudio II. realizando el reclutamiento y capacitación de dos terapeutas para que realizaran las intervenciones. Las terapeutas contaban con grado de maestría y con la especialidad en Medicina Conductual, por lo que estaban familiarizadas con el tipo de intervención. La capacitación se llevó a cabo con ambas terapeutas en 3 sesiones de aproximadamente 2 horas cada sesión. Dentro de la capacitación se explicó a detalle las fichas descriptivas de las sesiones, el manual de trabajo y se realizaron ejercicios de rol playing, en los cuales se evaluaba el grado de capacitación de las terapeutas. Una vez finalizado el entrenamiento, se acompañó a las terapeutas a varias de las sesiones al azar, sin intervenir a la sesión, para tratar de homogenizar las intervenciones.

Una vez que las dos terapeutas no tuvieron dudas y se pudo comprobar una capacitación mínima por medio de las evaluaciones realizadas en los ejercicios de rol playing, en las cuales se mostraba un manejo homogéneo y preciso de la intervención se prosiguió a conseguir la muestra. Para conseguir la muestra se repartieron folletos, en algunos hospitales de la zona, y se hizo invitación de manera personal a algunas personas, así como por medio de algunos médicos oncólogos. Se seleccionó la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión antes mencionados. Se invitó a participar a las pacientes, explicándoles el objetivo de la intervención y el protocolo a seguir, en caso de estar interesadas se les asignaba una cita para la firma del consentimiento, la entrevista y la evaluación inicial.

Una vez transcurrida la entrevista y evaluación, se aleatorizaba la muestra al grupo control o al grupo experimental por medio de números aleatorios. Un número aleatorio tiene la misma probabilidad de ser elegido y la elección de uno no depende de la elección del otro. Se realizó por medio de un generador de números aleatorios (RNG, <http://www.generarnumerosaleatorios.com>). Y dentro del grupo experimental se realizaba una asignación aleatoria del terapeuta, por medio del mismo método. Al existir una supervisión de los terapeutas, también se les comentaba a las participantes que en algunas ocasiones podían estar presentes dos terapeutas en lugar de uno.

Al grupo control se le explicaba que estaban dentro de una lista de espera y que se les daría la intervención en un tiempo aproximado de 6 semanas.

Con el grupo experimental se daba inicio al programa de intervención psicológica mediante una segunda cita, aproximadamente cuatro días después de la primera evaluación.

Dicha intervención constó de 8 sesiones, descritas a detalle en los anexos (Ver Anexo 6); cada una de ellas aproximadamente cada 5 días. Una vez concluidas las sesiones de la intervención se aplicaba por segunda vez la batería de pruebas para una segunda evaluación, tanto al grupo experimental como al grupo que se encontraba en lista de espera. Al grupo control se les asignaba una cita para comenzar su protocolo de intervención.

Al igual que el grupo experimental, el grupo control o de lista de espera recibió una intervención que constó de 8 sesiones, descritas a detalle en los anexos,

semanalmente. Una vez concluidas las sesiones de la intervención se realizaba una vez más la batería de pruebas para una tercera y última evaluación.

Todas las pacientes fueron atendidas en el mismo espacio y por los mismos terapeutas. Cabe recalcar que aquellas pacientes que no cumplían los criterios de inclusión y deseaban recibir atención, recibían la invitación de recibir la misma atención psicológica sin ser tomadas como parte de la muestra para el piloteo ni fueron incluidas al protocolo de investigación.

Una vez concluida la intervención y habiendo obtenido los datos necesarios, se procedió a realizar un análisis de resultados mediante el programa estadístico SPSS Statistics 19. Primero se realizó una prueba de Levene para ver si no variaban significativamente los grupos, es decir si eran muestras homogéneas. Posteriormente, se llevaban a cabo el análisis para evaluar los cambios en el pre y post test de cada grupo, y finalmente se evaluó si habían diferencias significativas entre los resultados del grupo control y el grupo experimental.

Tratamiento de los datos.

Se empleó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, en cada uno de las variables, para determinar si las medias de la muestra variaban entre el grupo experimental y el grupo control. Así mismo, se llevó a cabo el supuesto de homocedasticidad, mediante la Prueba de Levene para comprobar la igualdad de varianza entre ambos grupos antes de iniciar el tratamiento. El tratamiento de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS Statistics 19.

Resultados

Colaboraron con el estudio 84 pacientes con cáncer de mama primario, con una media de 56 años de edad, la edad mínima registrada fue de 32 años, mientras que el rango superior de edad registrada fue de 64 años. Como puede verse en la Tabla 11.

Tabla 11. Datos Sociodemográficos de la Muestra Estudio 2.

Edad	Años	Edo. Civil	N	%	Ocupación	N	%	Escolaridad	N	%
Media	56	Soltera	23	27	Hogar	54	64	Primaria	26	30
Mínima	32	Casada	53	63	Empleadas	30	33	Secundaria	29	35
Máxima	64	Separada	7	8				Carrera	21	25
		Viuda	1	2				Técnica		
								Bachillerato	8	10

Nota: N=84

La mayor parte de la muestra, un 63% tenían estado civil casada o en unión libre, mientras que un 27 % eran solteras, un 8% separadas y un 2% viuda. Un 85% de la muestra reportaba tener al menos un hijo. En general, las participantes mencionaban tener una buena red de apoyo, un 82% mencionaba sentir apoyo por parte de sus seres queridos, además de sentir refugio en la espiritualidad. Un 63% de las pacientes mencionaba contar con un buen apoyo instrumental.

Por otra parte, las participantes mencionaban que tenían preocupación acerca de su pareja e hijos, de provocarles molestias, así como de no brindarles las mismas atenciones que les daban antes de la enfermedad. Otra cognición que fue mencionada recurrentemente fue el temor a las recaídas o a que su tratamiento

tuviera que ser alargado, así mismo un 27% mencionaba tener miedo a la muerte desencadenada por alguna consecuencia de la enfermedad o del tratamiento.

También las pacientes narraban diversos mitos acerca del origen de su enfermedad, como que podría ser un castigo divino o muchos enojos o que alguien les había deseado un mal. Dentro de esta cognición se mencionaba de manera reiterada el sentimiento de culpabilidad acerca de la enfermedad. En cuanto a las emociones mencionadas estaban: miedo, enojo, culpa, incertidumbre, desesperación y tristeza. Como puede observarse en la Tabla 12.

Tabla 12. Datos Psicosociales de la Muestra Estudio 2.

Emociones	N	%	Cogniciones	N	%	Tratamiento Psicológico Previo	N	%	Apoyo Social Percibido	N	%
Tristeza	48	57	Miedo a recaídas	32	38	Sí	8	10	Si	69	82
Enojo	37	44	Miedo a la muerte	23	27	No	76	90	No	15	18
Miedo	62	73	Problemas con pareja e hijos	38	46						
Culpa	31	37									
Desesperación	10	12									

Nota: N=84

Clínicamente, las participantes se encontraban en su mayoría en un estadio II (64%), y el resto en un estadio III (36%). El tiempo promedio de diagnóstico era de 16 meses. El 63% de las pacientes mencionaba contar con alguna comorbilidad médica, las que fueron con mayor recurrencia mencionadas fueron: Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Hipertensión. Mencionaron recibir varios tipos de tratamientos neoadyuvante, 38 pacientes es decir el 46% recibía quimioterapia, 23

pacientes, es decir el 27%, radioterapia y el mismo número de pacientes, es decir el 27%, un tratamiento combinado. Como puede verse en la Tabla 13.

Tabla 13. Datos Clínicos de la Muestra Estudio 2.

Etapa Clínica	N	%	Tratamiento	N	%	Comorbilidad Médica	N	%	Tratamiento Psiquiátrico Previo	N	%
Estadio I	0	0	Quimioterapia	38	46	Diabetes	41	49	Sí	8	10
Estadio II	54	64	Radioterapia	23	27	Dislipidemia	8	10	No	76	90
Estadio III	30	36	Combinada	23	27	Hipertensión	38	46			
						1 o más	53	63			

Nota: N=84

En cuanto a tratamientos psicológicos previos o psiquiátricos, el 10% de la muestra reportó haber recibido atención previa. Debida a depresión y el tratamiento fue durante 5 meses aproximadamente.

Para cubrir con el diseño del estudio, los participantes se asignaron aleatoriamente al grupo experimental o al grupo control de lista de espera. El grupo experimental estuvo conformado por 48 participantes de las cuales 43 participantes finalizaron el estudio, con una muerte experimental del 10%. Mientras que el grupo control contó con 79 participantes, de las cuales 41 participantes finalizaron el programa, con una muerte experimental del 48%.

Todas las participantes fueron evaluadas, por medio de los instrumentos descritos previamente en la sección de instrumentos, acerca de las variables: síntomas de estrés, pulsaciones por minuto y percepción de estrés.

Para medir la percepción de estrés se empleó la Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados, versión adaptada para pacientes con cáncer. Para valorar si las muestras eran homogéneas o el supuesto de homocedasticidad se realizó una prueba de Levene que indicaba igualdad de varianzas ($p(1.141)$, $gl/1,82$, $p<.289$) con lo que cual podemos confirmar que la aleatorización formó muestras similares para ambos grupos. La media del grupo experimental antes de la intervención fue $x=33.44$, con una desviación $DE=4.881$ y error $SEM=.744$, mientras que la media del grupo control fue $x=34.10$ $DE= 5.375$ y error $SEM=.839$ (Véase Tabla 14).

Tabla 14. Prueba de homogeneidad de varianzas Levene percepción de estrés.

Grupos	Levene	gl1	gl2	Sig.
Pre	1.141	1	82	.289
Post	8.178	1	82	.005

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, con dos niveles o grupos para medir si existía diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención, así como para evaluar si existió un cambio significativo entre la pre evaluación y la post evaluación.

Tabla 15. ANOVA percepción de estrés pre- post.

		Suma de	gl	Media	F	Sig.
		cuadrados		cuadrática		
pre percepción	Inter-grupos	9.024	1	9.024	.343	.560
	Intra-grupos	2156.214	82	26.295		
	Total	2165.238	83			
post percepción	Inter-grupos	3838.753	1	3838.753	216.754	.001
	Intra-grupos	1452.235	82	17.710		
	Total	5290.988	83			

Como se observa en la Tabla 15, en los resultados se observó una diferencia significativa inter- grupos e intra- grupos en las mediciones pre- post $F(216.754)$, gl 1,82, $p > .000$. Lo cual indica una diferencia significativa entre los síntomas antes y después de la intervención. Así mismo la diferencia significativa en la comparación entre grupos, grupo experimental y grupo control sugeriría que el cambio se debió a la intervención (Ver Gráfico 5). La media del grupo experimental en la post evaluación fue $x=19.74$, con una desviación $DE= 3.017$, mientras que en el grupo control en la post evaluación fue de $x= 33.27$ con una desviación $DE= 5.172$.

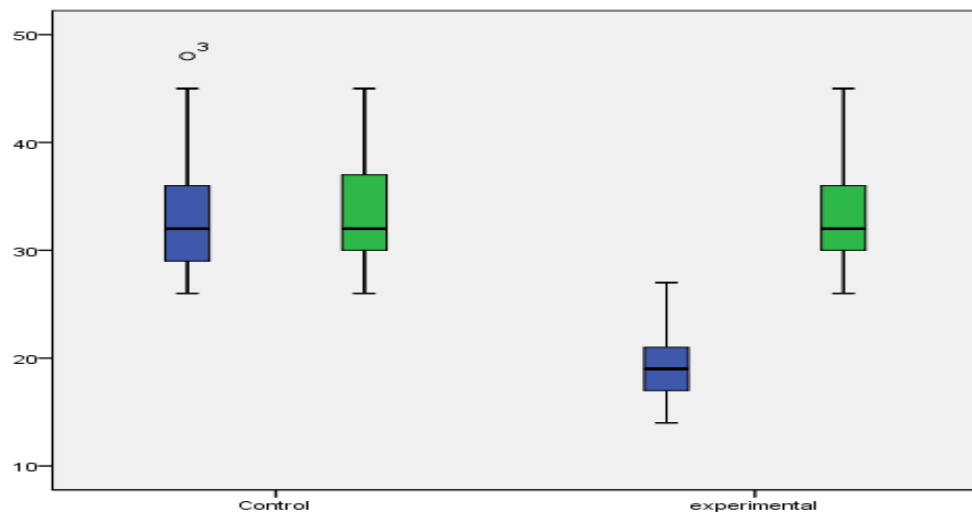


Gráfico 5. Percepción de estrés post evaluación grupo control y experimental.

Una vez que el grupo control fue sometido a la intervención, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, para verificar si existía algún cambio significativo entre sus mediciones previas a la intervención y la evaluación final. Se observó una $F(102.424)$, gl 39, $p > .000$, lo cual sugiere que existió un cambio en el grupo control antes y después debido a la intervención (Ver Tabla 16).

Tabla 16. ANOVA post evaluación grupo control percepción de estrés.

	Suma de cuadrados	<i>gl</i>	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2705.378	1	2705.378	102.424	.001
Intra-grupos	2113.073	39	26.413		
Total	4818.451	40			

Como una medida de validez concurrente de la prueba PEPH-C, se empleó el termómetro de distrés (Holland, 1999). Para valorar si las muestras eran homogéneas o el supuesto de homocedasticidad se realizó una prueba de Levene que al ser no significativa indicaba igualdad de varianza ($p(.695)$, gl 1,82, $p < .407$), como se observa en la Tabla 17, con lo que podemos confirmar que la aleatorización formó muestras similares para ambos grupos. La media del grupo control antes de la intervención fue $x=7.83$, $DE= 1.093$, $SEM=.171$, mientras que el grupo experimental fue de $x=7.93$, $DE= 1.033$, $SEM=.157$.

Tabla 17. Prueba de homogeneidad de varianzas Levene termómetro de distrés.

Grupos	Estadístico Levene	gl1	gl2	Sig.
Pre	.695	1	82	.407
Post	.088	1	82	.768

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, con dos niveles o grupos para medir si existía diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en los síntomas de estrés después de la intervención, así como para evaluar si existió un cambio significativo entre la pre evaluación y la post evaluación (Ver Tabla 18).

Tabla 18. ANOVA termómetro de distrés pre- post.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pre termómetro	Inter-grupos	.214	1	.214	.189	.665
	Intra-grupos	92.596	82	2.848		
	Total	92.810	83			
post termómetro	Inter-grupos	392.289	1	392.289	503.022	.001
	Intra-grupos	63.949	82	.780		
	Total	456.238	83			

Como resultados se observó una diferencia significativa inter- grupos e intra-grupos en las mediciones pre- post $F(503.02)$, $gl\ 1,82$, $p>.000$. La media del grupo control en la post evaluación fue $x= 7.95$, $DE=.973$, $SEM=.152$, mientras que la media del grupo experimental fue $x=3.63$, $DE=.787$, $SEM=.120$. Lo cual indica una diferencia significativa entre la percepción de estrés según el autoreporte en el termómetro de distrés antes y después de la intervención. Así mismo la diferencia

significativa en la comparación entre grupos, grupo experimental y grupo control, sugeriría que el cambio se debió a la intervención (Gráfico 6).

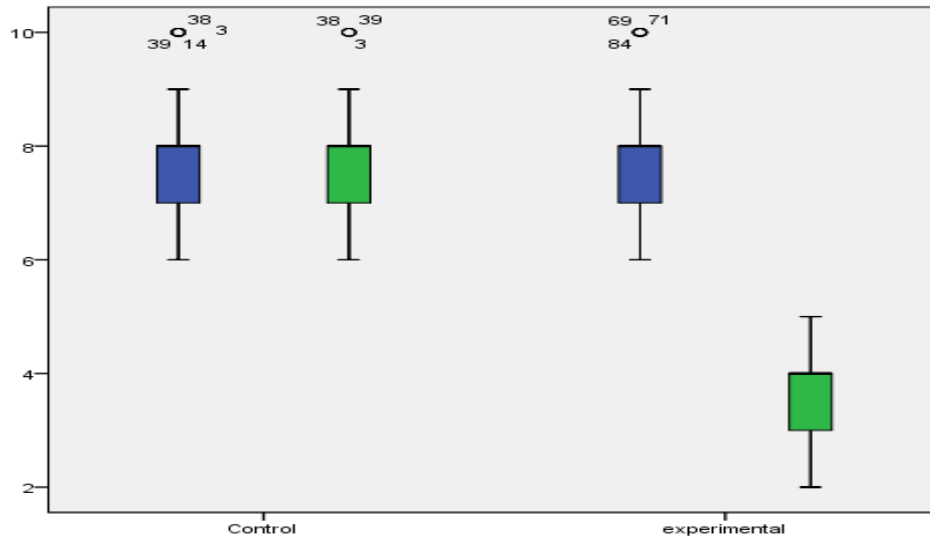


Gráfico 6. Termómetro de distrés post evaluación grupo control y experimental.

Una vez que el grupo control de lista de espera fue sometido a la intervención, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, para verificar si existía algún cambio significativo entre sus mediciones previas a la intervención y la evaluación final, como puede verse en la Tabla 19. Se observó una $F(514.705)$, $gl\ 39$, $p > .000$, lo cual sugiere que existió un cambio en el grupo control antes y después de la intervención.

Tabla 19. ANOVA post evaluación grupo control termómetro de distrés.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	399.524	1	399.524	514.705	.0001
Intra-grupos	62.098	39	.776		
Total	461.622	40			

Otra prueba empleada fue el Autoreporte de Estrés, para medir el nivel reportado de estrés. Las medias de los grupos antes de la intervención eran $x = 2.34$, $DE = .575$, $SEM = .090$ para el grupo control y $x = 2.35$, $DE = .573$, $SEM = .087$ para el grupo experimental. Para valorar si las muestras eran homogéneas o el supuesto de homocedasticidad se realizó una prueba de Levene (Ver Tabla 20) que indicaba igualdad de varianza ($p < .000$), $gl = 1, 82$, $p < .986$) con lo que podemos confirmar que la aleatorización formó muestras similares para ambos grupos.

Tabla 20. Prueba de homogeneidad de varianzas Levene autoreporte nivel de estrés.

Grupos	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
	Levene			
Pre	.000	1	82	.986
Post	7.842	1	82	.006

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, con dos niveles o grupos para medir si existía diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en los síntomas de estrés después de la intervención, así como para evaluar si existió un cambio significativo entre la pre evaluación y la post evaluación (Tabla 21).

Tabla 21. ANOVA Autoreporte nivel de estrés pre- post.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pre nivel estrés	Inter-grupos	.001	1	.001	.003	.953
	Intra-grupos	26.987	82	.329		
	Total	26.988	83			
post nivel estrés	Inter-grupos	49.044	1	49.044	172.065	.001
	Intra-grupos	23.373	82	.285		
	Total	72.417	83			

Como resultados se observó una diferencia significativa inter- grupos e intra- grupos en las mediciones pre- post $F(172.065)$, $gl\ 1,82$, $p>.000$. Lo cual indica una diferencia significativa entre los síntomas antes y después de la intervención. Así mismo, como puede observarse en el Gráfico 7, encontramos una media de $x=2.37$, $DE=.581$, $SEM=.091$ para el grupo control y $x=.84$, $DE=.485$, $SEM=.074$ para el grupo experimental. La diferencia significativa en la comparación entre grupos, sugeriría que el cambio se debió a la intervención.

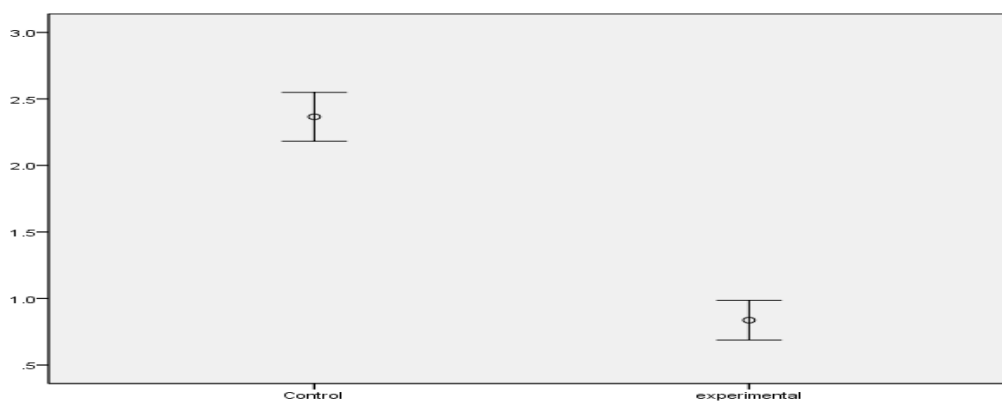


Gráfico 7. Nivel de estrés autoreporte post evaluación grupo control y experimental.

Una vez que el grupo control fue sometido a la intervención, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, para verificar si existía algún cambio significativo entre sus mediciones previas a la intervención y la evaluación final (Tabla22). Se observó una $F(133.420)$, $gl\ 39$, $p>.000$, lo cual sugiere que existió un cambio en el grupo control antes y después de la intervención.

Tabla 22. ANOVA post evaluación grupo control autoreporte nivel de estrés.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	49.951	1	49.951	133.420	.001
Intra-grupos	29.951	39	.374		
Total	79.902	40			

Para medir los síntomas de estrés se utilizó el Cuestionario sobre Síntomas de Estrés de Reynoso (1997). La media de la sumatoria del grupo control en la pre evaluación fue $x=20.32$, $DE=1.635$, $SEM=.255$, en cuanto al grupo experimental encontramos una media en la sumatoria total de síntomas $x=20.28$, $DE=1.737$, $SEM=.265$. Para valorar si las muestras eran homogéneas o el supuesto de homocedasticidad se realizó una prueba de Levene que indicaba igualdad de varianzas ($p(.186)$, $gl\ 1,82$, $p<.668$) con lo que podemos confirmar que la aleatorización formó muestras similares para ambos grupos (Tabla 23).

Tabla 23. Prueba de homogeneidad de varianzas Levene síntomas de estrés.

Grupos	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
	Levene			
Pre	.186	1	82	.668
Post	2.346	1	82	.129

Posteriormente, se realizó un análisis de varianzas (ANOVA) de un factor, con dos niveles o grupos para medir si existía diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en los síntomas de estrés después de la

intervención, así como para evaluar si existió un cambio significativo entre la pre evaluación y la post evaluación, como puede observarse en la Tabla 24.

Tabla 24. ANOVA síntomas de estrés pre- post.

		Suma de	gl	Media	F	Sig.
		cuadrados		cuadrática		
pre síntomas	Inter-grupos	.030	1	.030	.011	.918
	Intra-grupos	233.529	82	2.848		
	Total	233.560	83			
post síntomas	Inter-grupos	586.292	1	586.292	309.609	.001
	Intra-grupos	155.280	82	1.894		
	Total	741.571	83			

Como resultados se observó una diferencia significativa inter- grupos e intra- grupos en las mediciones pre- post $F(309.609)$, gl 1,82, $p>.000$. Lo cual indica una diferencia significativa entre los síntomas antes y después de la intervención. Como observamos en el Gráfico 8, el grupo control continuó con una media $x=20.63$, $DE=1.318$, $SEM=.206$, mientras que la media del grupo experimental disminuyó $x=15.35$, $DE=1.429$, $SEM=.218$. Así mismo la diferencia significativa en la comparación entre grupos, grupo experimental y grupo control sugeriría que el cambio se debió a la intervención.

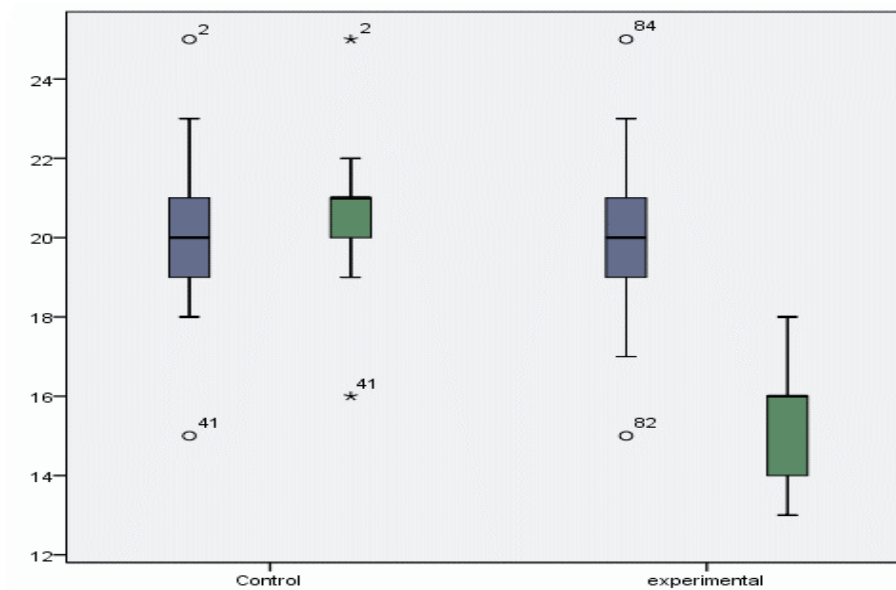


Gráfico 8. Nivel de estrés pre-post evaluación grupo control y experimental.

Posteriormente, se realizó el análisis por reactivo a través de una prueba *t* de Student para muestras independientes. Los resultados que se presentaron fueron que no todos los reactivos tuvieron un cambio significativo, sin embargo se observó que el reactivo *Nausea, dolor de estómago e indigestión* presentó una diferencia significativa $t(-2.106)$, *gl* 82, $p=.038$. La *Pérdida del deseo sexual* presentó una diferencia significativa $t(-6.719)$, *gl* 82, $p<.001$. El reactivo 12 *Irritabilidad y mal humor* presentó una diferencia significativa $t(-5.252)$, *gl* 82, $p<.001$. Los otros reactivos de la prueba que presentaron diferencia significativa entre los valores del grupo experimental y el grupo control fueron: *Letargo o incapacidad para trabajar* $t(1.863)$, *gl* 82, $p<.001$; *Depresión* $t(-4.289)$, *gl* 82, $p<.001$; *Pensamientos de apuro o Falta de concentración* $t(-6.193)$, *gl* 82, $p<.001$; *Sentimiento de desesperación o de inutilidad* $t(-2.534)$, *gl* 82, $p=.013$; *Síntomas del corazón* $t(-2.009)$, *gl* 82, $p=.048$.

Tabla 25. ANOVA post evaluación grupo control síntomas de estrés.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	579.561	1	579.561	296.469	.001
Intra-grupos	156.390	39	1.955		
Total	735.951	40			

Una vez que el grupo control fue sometido a la intervención, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, para verificar si existía algún cambio significativo entre sus mediciones previas a la intervención y la evaluación final. Se observó una $F(296.469)$, $gl\ 39$, $p>.000$, lo cual sugiere que existió un cambio en el grupo control antes y después de la intervención debido a los efectos del programa. (Ver Tabla 25).

Para finalizar, otra prueba empleada como autoreporte para medir el nivel de estrés fue el Autoregistro de pulsaciones. Se obtuvo una media $x=97.59$, $DE=10.067$, $SEM=1.572$ en el grupo control, mientras que el grupo experimental presentó una media $x=96.60$, $DE=11.221$, $SEM=1.711$. De igual manera se realizó la prueba de Levene para valorar si las muestras eran homogéneas o el supuesto de homocedasticidad. El resultado fue no significativo lo cual nos indica igualdad de varianza ($p(1.536)$, $gl\ 1,82$, $p<.219$) con lo que cual podemos confirmar que la aleatorización formó muestras similares para ambos grupos, como puede verse en la Tabla 26.

Tabla 26. Prueba de homogeneidad de varianzas Levene síntomas de estrés.

Grupos	Estadístico Levene	gl1	gl2	Sig.
Pre	1.536	1	82	.219
Post	22.939	1	82	.001

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, con dos niveles o grupos para medir si existía diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en los síntomas de estrés después de la intervención, así como para evaluar si existió un cambio significativo entre la pre evaluación y la post evaluación, como puede observarse en la Tabla 27.

Tabla 27. ANOVA pulsaciones por minuto pre- post.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pre pulsaciones	Inter-grupos	20.186	1	20.186	.177	.675
	Intra-grupos	9342.230	82	113.930		
	Total	9362.417	83			
post pulsaciones	Inter-grupos	6218.705	1	6218.705	109.053	.001
	Intra-grupos	4675.998	82	57.024		
	Total	10894.702	83			

Como resultados se observó una diferencia significativa inter- grupos e intra- grupos en las mediciones pre- post $F(109.053)$, $gl\ 1,82$, $p>.000$. Lo cual indica una diferencia significativa entre los síntomas antes y después de la intervención. En cuanto a la diferencia entre las media encontramos una media en el grupo control de $x=97.59$, $DE=10.067$, $SEM=1.572$, mientras que el grupo experimental tuvo una media $x=80.37$, $DE=3.848$, $SEM=.587$ (Gráfico 9). Así mismo la diferencia

significativa en la comparación entre grupos, grupo experimental y grupo control sugeriría que el cambio se debió a la intervención.

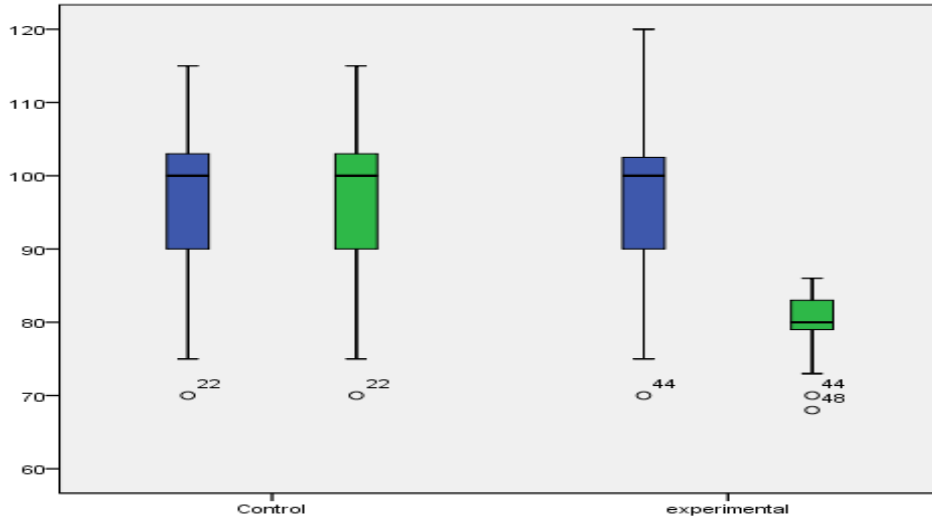


Gráfico 9. Pulsaciones Post evaluación grupo control y experimental

Una vez que el grupo control fue sometido a la intervención, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, para verificar si existía algún cambio significativo entre sus mediciones previas a la intervención y la evaluación final (Tabla 28). Se observó una $F(296.469)$, $gl\ 39$, $p>.000$, lo cual sugiere que existió un cambio en el grupo control antes y después de la intervención.

Tabla 28. ANOVA post evaluación grupo control pulsaciones por minuto.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6269.378	1	6269.378	110.193	.000
Intra-grupos	4551.561	39	56.895		
Total	10820.939	40			

DISCUSIÓN.

El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual diseñada para pacientes mexicanas con cáncer de mama sobre la percepción y sintomatología del estrés.

Al realizar la primera evaluación encontramos que las participantes tenían niveles de estrés de alto a moderado, congruente con lo dicho en la literatura acerca de la recurrencia del estrés en pacientes de cáncer en general y de cáncer de mama en particular (Galindo, *et al.*, 2014; Garduño, *et al.*, 2010; Nezu, *et al.*, 2013). Aunado a esto, se pudo observar, desde el momento de la evaluación, algunas consecuencias psicosociales del impacto del cáncer en la mujer, debido al papel central que ellas asumen en la vida familiar por diversos factores, entre ellos la cultura. Como se menciona en la literatura, el cáncer de mama puede tener un impacto en el rol de ama de casa, la responsabilidad del manejo de la casa, la crianza de los hijos y el cuidado de la familia, aunado a la restricción en sus capacidades para llevar a cabo las funciones dentro de la familia como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento, estos puntos fueron frecuentemente señalados desde la entrevista inicial como principales miedos o preocupaciones en la muestra (González-Ramírez, *et al.*, 2014).

Así mismo, encontramos que la mayoría de las participantes se encuentran en estadio II o III, lo cual refleja la necesidad de continuar con campañas de prevención para poder detectar el cáncer de mama en un estadio I, ya que, aunque la muestra es de 84 participantes, no se encontraron participantes dentro de ese estadio y en la actualidad el número de casos nuevos siguen en ascenso (Globocan,

2020). El estatus económico tiene relación con el estrés, principalmente con el diagnóstico oportuno debido acceso a servicios legales, médicos, entre otros (Acuña, 2012), sin embargo, en la presente investigación, los pacientes tenían acceso a los mismos servicios médicos por lo que no fue un factor estudiado, excepto en el trabajo con la técnica de solución de problemas. En esa técnica, varias participantes mencionaban tener problemas económicos, congruente a la situación económica del país y se trataba de facilitar el cómo manejar problemas específicos relacionados a la falta de ingresos que les estaban generando estrés (Antoni, *et al.*, 2006; Nezu, *et al.*, 2013).

En cuanto al nivel educativo encontramos diversidad dentro de la muestra, sin embargo, la intervención fue útil para todas las participantes debido a que las intervenciones cognitivo conductuales son eficaces sin importar la escolaridad, como se menciona en la literatura (Jassim, Whitford, & Grey, 2010).

Se pudo observar nuevamente un cambio favorable en las participantes que recibieron la intervención, corroborando la literatura que menciona que las intervenciones psicosociales dirigidas pueden ser de gran utilidad para ayudar a los pacientes a adquirir conocimiento, expresión emocional y aceptación de los cambios debidos al tratamiento, así como para mejorar la comunicación con su pareja y sus médicos, herramientas para solución de problemas, habilidades de enfrentamiento y el uso de apoyo social (Miceli, *et al.*, 2019).

Algo peculiar que se encontró fue que algunas participantes reportaron que la enfermedad no solo representa algo negativo, sino que tomaba una connotación positiva al acercarse a su familiar y apoyarse en su religión como mencionaban

Nezu y colaboradores (Nezu, *et al.*, 1999). Congruente con otro estudio en el que se observaba que una estrategia de enfrentamiento frecuentemente empleada es el apoyo en la religión, es decir que las personas que padecen de cáncer tienden a manejar el estrés a través de rezar, confiando en Dios para que les ayude con su enfermedad, provocando un bienestar psicológico (Moysén, Garay, Gurrola, Esteban, & Balcázar, 2012). También podría relacionarse con que la mayoría de la muestra recolectada presentaba una buena percepción de apoyo social, lo cual según la literatura favorece un mejor manejo del estrés, debido a la amplitud de sus redes sociales y la sensación de apoyo que generan (Cohen, 2004).

En cuanto a los hallazgos encontrados en la lista de chequeo de estrés no se encontró cambios significativos en las mediciones post test de todos los reactivos, puede deberse a que los factores culturales evitan que se identifiquen ciertos síntomas de estrés ya que son cotidianos y no son tomados en cuenta (González-Ramírez, *et al.*, 2014), sin embargo, no podría descartarse la falta de sensibilidad del instrumento al cambio. Los reactivos que sí tuvieron una diferencia significativa fueron: Náusea, dolor de estómago e indigestión, Pérdida del deseo sexual, Irritabilidad y mal humor, Letargo o incapacidad para trabajar, Depresión, Pensamientos de apuro o Falta de concentración, Sentimiento de desesperación o de inutilidad y Síntomas del corazón. Estos reactivos podrían ser susceptibles a ser modificados a través de las técnicas empleadas en la intervención.

Por ejemplo, los componentes fisiológicos de la ansiedad son controlados por los procedimientos de relajación e imaginación. Las técnicas de respiración son las más efectivas en el control de las reacciones viscerales, tales como aumento en el

ritmo cardiaco, hiperventilación, exceso de sudoración, náusea y vómito, congruente con el reporte de las participantes de disminución de la media de pulsaciones por minuto después de los ejercicios de relajación, aún en situaciones evaluadas como estresante como sucedió en la sesión 6, en la que se les pedía realizar el ejercicio de relajación durante una situación que les fuera muy estresante y las participantes respondieron tener un mejor manejo de la situación (Gruzelier, *et al.*, 1998). La diferencia entre los autoreportes se dió de manera gradual, corroborando lo dicho por la literatura de la necesidad de la práctica para dominar las técnicas (Antoni, *et al.*, 2006).

La pérdida de deseo sexual, los pensamientos de apuro o falta de concentración pudieron cambiar debido a la modificación de pensamientos disfuncionales, ya que como menciona la literatura, los pensamientos disfuncionales perjudican varias áreas de la persona incluso el área social, por ejemplo a mayor cantidad de pensamientos negativos, existe un menor apoyo social percibido (Montesinos & Luciano, 2016).

La irritabilidad, la depresión, el mal humor y los sentimientos de inutilidad pudieron modificarse a través del entrenamiento en asertividad, la modificación de pensamientos disfuncionales, la expresión emocional y el apoyo social. Coincidiendo con los estudios de Villa y Vinaccia (2006) que encontraron que el eliminar esos síntomas, por medio de técnicas cognitivo conductuales, puede funcionar de manera importante ante el apoyo social percibido y como amortiguador y protector de la aparición del estrés (Hernández & Landero, 2014).

Sin embargo, fue pertinente en la intervención mencionar que tener

emociones negativas durante largos periodos de tiempo no favorece a la salud, pero es algo natural y aceptable y que lo más importante es identificar esas emociones y aprender a expresarlas, para evitar la tiranía de pensamiento positivo que puede interpretarse por los pacientes como que deben sentir culpa por tener emociones negativas, lo que los lleva a sentirse responsables del curso clínico de su enfermedad. Por lo que es frecuente que los pacientes busquen esconder sus miedos, tristezas o preocupaciones y como consecuencia que no busquen ayuda y no desarrollen habilidades de expresión emocional (Montesinos & Luciano, 2016).

Finalmente, podemos concluir que el proyecto tiene un aporte metodológico, al presentar un diseño experimental con grupo control por medio de lista de espera, pre test- post en el cuál se puede evaluar la efectividad de la intervención aislando las variables extrañas que pudieran intervenir en los resultados, ya que aun cuando pudieran presentarse algunas variables, la homogeneidad de las muestras permite que no sean un factor determinante, es decir se realizó un ensayo clínico aleatorizado en México (Galindo, *et al.*, 2014).

CONCLUSIÓN.

El tratamiento adecuado del cáncer de mama sólo puede conseguirse a través de un enfoque integral, en el que se tengan en cuenta todos los aspectos médicos, psicológicos y sociales que afectan a las mujeres que lo padecen o están en riesgo de sufrirlo (Phillips, *et al.*, 2008).

Es de gran importancia para la psicooncología aumentar la evidencia de la eficacia y efectividad de las intervenciones aplicadas a poblaciones con cáncer (Galindo, *et al.*, 2014).

En general, se puede concluir que la intervención generó un cambio en las participantes tanto en los síntomas del estrés, como en la percepción del estrés además de una mayor sensación de manejo del estrés. Las pruebas estadísticas favorecen el poder asegurar que la intervención fue diseñada de manera exitosa para la muestra seleccionada y que la intervención es eficaz para la reducción de estrés en mujeres mexicanas adultas con cáncer de mama primario. Las técnicas seleccionadas tuvieron un efecto positivo en las participantes tal como indica la literatura. Mientras que el análisis comparativo entre el grupo experimental y el grupo control indican un cambio estadísticamente significativo, que sugiere que el cambio no se debió al paso del tiempo, sino que la intervención fue efectiva en la reducción de los síntomas y la percepción de estrés (Antoni, *et al.*, 2006; Antoni & Dhabhar, 2019; Garduño, *et al.*, 2010; Moysén, *et al.*, 2012).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En cuanto a las limitaciones del trabajo encontramos la falta de una medición de seguimiento a tres o seis meses, para evaluar la efectividad de la intervención a través del tiempo, que debido a diversos factores no pudo realizarse como parte del proyecto. Estos datos podrían dar mayor sustento al impacto de la terapia cognitivo conductual a un largo plazo.

Así mismo, se encontró como una limitación la selección de instrumentos de medición. Como sugerencia para futuras investigaciones se invita al desarrollo de instrumentos psicométricos o adaptación de instrumentos específicos para la muestra y los constructos a medir, ya que podrían dar mayor exactitud en los datos obtenidos.

Una limitación sería el evaluar la efectividad de la intervención en pacientes con cáncer de mama en estadio I, ya que en la selección de muestra no se pudo integrar ninguna al estudio.

Para futuros trabajos se podría integrar en los criterios de inclusión pacientes con cáncer de mama en estadio IV, para poder saber si resulta funcional para muestras con otras características médicas y psicológicas. De manera paralela, podría trabajarse con pacientes recién diagnosticadas o pacientes cuyo primario no fuera cáncer de mama.

Así mismo, se sugiere para futuros trabajos el realizar la misma intervención en diversos tipos de cáncer para evaluar su eficacia en diferentes diagnósticos. Además de tener muestras más grandes para que pueda ser más representativo.

Otra sugerencia podría ser integrar variables como bienestar subjetivo o calidad de vida en la investigación para poder medir el impacto de la intervención en estas variables, así como en la disminución de la percepción y síntomas de estrés.

Finalmente, para el diseño del programa sería enriquecedor incorporar técnicas de Mindfulness que pudieran favorecer un buen resultado en el manejo de síntomas de estrés, la ansiedad anticipatoria, la espiritualidad y la autocompasión.

REFERENCIAS.

- Acuña, L. (2012). Efecto de diversas variables psicológicas sobre la salud: resultados de algunos estudios hechos en México. *Acta de investigación psicol*, 825-841.
- Al' Absi, M., Hugdahl, K., & Lovallo, W. R. (2002). Adrenocortical stress responses and altered working memory performance. *Psychophysiology*, 39(1), 95-99. doi:<https://doi.org/10.1111/1469-8986.3910095>
- Almanza, J., Rosario, I., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista Sanid Milit Mex*, 62(5), 209-217.
- Almiron Baca, C. (2017). *Influencia de la familia en la calidad de vida del paciente oncológico adulto, con tratamiento ambulatorio de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur*. Fonte: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6792>
- American Cancer Society. (6 de Marzo de 2020). Fonte: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>
- American Cancer Society. (2020). Fonte: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno.html>
- Anderson, C. R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: a longitudinal study. *Journal of Applied psychology*, 446.
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 30, S88-S98. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.05.009>
- Antoni, M. H., & Dhabhar, F. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 1417-1431.
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., . . . Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1143. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1143>
- Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Blomberg, B., Carver, C. S., Lechner, S., Diaz, A., . . . Cole, S. W. (2012). Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics. *Biological psychiatry*, 71(4), 366-372.
- Antonova L, A. K. (2011). Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Research*, 1-15.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Canada: John Wiley & Sons Canada.

- Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R. B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A. M., & Rao, S. M. (2018). Journal article reporting standards for quantitative research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 3.
- Asplund, R. P., Jäderlind, A., Björk, I. H., Ljótsson, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019). Experiences of internet-delivered and work-focused cognitive behavioral therapy for stress: A qualitative study. *Internet interventions*, 100282. doi:https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100282
- Badillo, B. (2014). *Intervención cognitivo- conductual para modificar el estrés hospitalario en pacientes con síndrome consuntivo del Hospital Juárez de México*. México: UNAM.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1982). Self- Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Barker, D. J. (1990). The fetal and infant origins of adult disease. *British Medical Journal*, 301, 1111. doi:10.1136/bmj.301.6761.1111
- Baslet, G., & Hill, J. (2011). Case report: brief mindfulness-based psychotherapeutic intervention during inpatient hospitalization in a patient with conversion and dissociation. *Clinical Case Studies*, 10(2), 95-109.
- Bassets, M. P. (2017). *Técnicas de relajación creativa y emocional 2*. Madrid: Paraninfo.
- Becerra, A., Lugo, I., & Reynoso, L. (2013). Terapia de Activación Conductual en Pacientes Oncológicos: Una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 10(1), 163-168.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Nueva York: Desclée de Brouwer.
- Belianin, A., Brylev, L., Isupova, O., Kashina, E., Lishchenko, E., & Radionova, M. (2013). Chapter 17. Determinants of Subjective Well-Being of Chronically Ill Patients: Theoretical Considerations and Some Empirical Results. Em F. Sarracino, *The Happiness Compass: Theories, Actions and Perspectives for Well-Being*. (pp. 273-294). Hauppauge NY: Nova Publishers.
- Bellver-Pérez, A., Peris-Juan, C., & Santaballa-Beltrán, A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 107-114.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 74-80.

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 186-204.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104.
- Bonanno, G. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science & Medicine*, 74, 753-756.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., . . . Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.5.1150>
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). Definición y medición del estrés. Em L. Brannon, & J. Feist, *Psicología de la Salud* (pp. 141-175). Madrid: Thompson Learning.
- Bulman, R. J., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": severe accident victims react to their lot. *Journal of personality and social psychology*, 35(5), 351.
- Cannon, W. (1932). *The wisdom of the body*. New York: W.W. Norton & Company .
- Cardenal, V., Cerezo, M., Martínez, J., Ortiz- Tallo, M., & Blanca, M. (2012). Personality, emotions and coping styles: predictive value for the evolution of cancer patients. *Journal Psychology*, 15, 756-767.
- Cárdenas, J., Bargalló, J., Erazo, A., Poitevin, A., Valero, V., & Pérez, V. (2015). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario*. Fonte: http://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_6aRev2015c.PDF
- Carobrez, S. G., Gasparotto, O. C., Buwalda, B., & Bohus, B. (2002). Long-term consequences of social stress on corticosterone and IL-1 β levels in endotoxin-challenged rats. *Physiology & Behavior*, 76(1), 99-105. doi:[https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(02\)00694-7](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(02)00694-7)
- Carpenter, K., Stoner, S., Schmitz, K., McGregor, B., & Doorenbos, A. (2014). An online stress management workbook for breast cancer. *J Behav Med.*, 3(37), 458-468. doi:[doi:10.1007/s10865-012-9481-6](https://doi.org/10.1007/s10865-012-9481-6)
- Carroll, D., Phillips, A., & Lovallo, W. R. (Septiembre de 2009). Are large physiological reactions to acute psychological stress always bad for health? Social and Personality Compass. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(5), 725-743.

- Carver , C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Casals, P., & Serra, P. (2005). *Taller de memoria: Ejercicios prácticos* . Barcelona: Horsori.
- CEAMEG, C. d. (Abril de 2013). *Salud mental. Diagnóstico estadístico sobre la depresión y el estrés en las mujeres mexicanas*. Fuente: archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/ET_2013/04_SMDES.pdf
- Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. (2013). *Armonización legislativa para la defensa de los derechos humanos de las mujeres, a la luz de la ley general para la igualdad entre mujeres y hombres*. México: Cámara de Diputados.
- Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual process model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 425-435.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550.
- Christenfeld, N., Glynn, L. M., Phillips, D. P., & Shrira, I. (1999). Exposure to New York City as a Risk Factor for Heart Attack Mortality. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 740-743.
- Classen, C. C., Kraemer, H. C., Blasey, C., Giese-Davis, J., Koopman, C., Palesh, O. G., & Morrow, G. R. (2008). Supportive–expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(5), 438-447. doi:<https://doi.org/10.1002/pon.1280>
- Cohen, S. (1986). Contrasting the Hassles Scale and the Perceived Stress Scale: Who's really measuring appraised stress? *American Psychologist*, 41(6), 716–718. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.6.716>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Contrada, R. J., & Baum, A. (2011). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology and Health*. New York: Springer.
- Cooper, C., & Quick, J. C. (2017). *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. UK: John Wiley & Sons.
- Cwikel, J., Behar, L., & Rabson Hare, J. (2000). A Comparison of a Vote Count and a Meta-Analysis Review of Intervention Research With Adult Cancer Patients. *Research on Social Work Practice*, 139-158.

- D' Zurilla, T., & Nezu, A. (1982). Social problema solving in adults. Em K. P.C., *Advances in cognitive- behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 202-274). New York: Academic Press.
- Davidson, K. W., Mostofsky, E., & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31(9), 1065–1070. doi:<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp603>
- Day, T. (2005). Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: no help from allostasis. *Progress in Neuro- Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29(8), 1195-1200.
- Deffenbacher, J. L. (2008). Behavior therapy. Em F. Leong, *Encyclopedia of Counseling, Volume Two: Personal and emotional counseling* (pp. 28-34). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Del Castillo, A. (2005). *Intervención cognitivo- conductual para modificar los índices de adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2*. México: Universidad Nacional Autónoma de México .
- Del Castillo, A. (2010). *Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2*. México : Universidad Nacional Autónoma de México.
- DeLongis, A., Coyne, J., Decor, G., Folkman, S., & Lazarus, R. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1(2), 119-136.
- Dempster, M., McCorry, N. K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L. J., & Johnston, B. T. (2011). Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivors? *Journal of health psychology*, 16(3), 500-509.
- Dimsdale, J. E. (1974). The coping behavior of Nazi concentration camp survivors. *American Journal of Psychiatry*, 131(7), 792-797.
- Dryden, W. (2012). *The ABCs of REBT revisited: Perspectives on conceptualization*. London: Springer Science & Business Media.
- Dunbar, M., Ford, G., Hunt, K., & Der, G. (2000). A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression scale: comparing empirically and theoretically derived structures. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 79-94.
- Dyer, J. R., Sylvester, M., Traupman, E. K., Mackelprang, J. L., & Patterson, D. R. (2014). Coping With Chronic Pain. *Health, Happiness, and Well-Being: Better Living Through Psychological Science*, 117.

- Elkuch, F. M., Haberthür, A. K., Hochstrasser, B., Grosse Holtforth, M., & Soyka, M. (2010). Langzeiteffekte einer stationären Burnouttherapie—eine Nachbefragung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 31(1), 4-18.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva* (Vol. 2). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. California: Prentice-Hall.
- Ellis, B. J., & Boyce, W. T. (2008). Biological Sensitivity to Context. *Current Directions in Psychological Science*, XVII(3), 182-187.
- Ellis, B. J., Jackson, J. J., & Boyce, W. T. (2006). The stress response systems: Universality and adaptative individual differences. *Developmental Review*, 138-174.
- Erazo, L. R., & Nisenbaum, I. S. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: UNAM.
- Espino-Polanco, A., & García-Cardona, M. (2018). Cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 2(26), 145-155.
- Evans, P., Hucklebridge, F., & Clow, A. (2000). *Mind, immunity, and health: the science of psychoneuroimmunology*. London: Free Asociation Books.
- Everly, G., & Lating, J. (2002). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. New York: Springer.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., & Mathers, C. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386. doi:<https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- Fernandez, A. (2005). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*(1), 169-179.
- Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C., & Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncologia*, 13(2-3), 191-204.
- Fernández, M. Á., García, M. I., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Poncela, A. (2011). *Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos*. Fonte: CES UAI: <https://www.cesuai.cl/single-post/2016/04/02/Art%C3%ADculo-para-descargalibre-Antropolog%C3%ADa-de-las-emociones-y-teor%C3%ADa-delos-sentimientos>
- Fink, G. (2007). *Encyclopedia of Stress* (Segunda ed., Vol. I). New York: Academic Press.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19. doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(200001/02\)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200001/02)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z)
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en Cancer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Fontaine, K. R., Manstead, A. S., & Wagner, H. (1993). Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of personality*, 7(4), 267-281.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. Nueva York: Psychology Press.
- Fusté-Escolano, A., & Ruiz-Rodríguez, J. (2000). Análisis de la relación entre personalidad, estrategias de afrontamiento, estrés autopercebido y respuesta inmune a una prueba de hipersensibilidad retardada. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 169–189.
- Galindo, O., Castillo, E. R., Benjet, C., García, A. M., Ponce, J. L., & Aguilar, S. A. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en sobrevivientes de cáncer : una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241.
- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, J., & Alvarado, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: Una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241.
- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 69-80.
- Ginty, A., Gianaros, P., Derbyshire, S., Phillips, A., & Carroll, D. (2013). Blunted cardiac stress reactivity relates to neural hypoactivation. *Psychophysiology*, 50(3), 219-229. doi:10.1111/psyp.12017
- Glaser, R., Rice, J., Sheridan, J., Fertel, R., Stout, J., Speicher, C., . . . Kiecolt-Glaser, J. (1987). Stress-related immune suppression: Health implications. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1(1), 7-20. doi:[https://doi.org/10.1016/0889-1591\(87\)90002-X](https://doi.org/10.1016/0889-1591(87)90002-X)

- Global Cancer Center. (2022). Fuente: UICC.org: <https://www.uicc.org/>
- Globocan. (12 de Marzo de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Fuente: Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (Globocan): <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Goldfried, M., & Davison, G. (1994). *Clinical behavior therapy*. US: Wiley & Sons.
- Goldhirsch, A., Winer, E. P., Coates, A. S., Gelber, R. D., Piccart-Gebhart, M., Thürlimann, B., & Bergh, J. (2013). Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Annals of oncology*, 2206-2223.
- González , B., & Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 30-38.
- González, A., González, A., & Estrada, B. (2015). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en Mujeres con Cancer de Mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140.
- González-Ramírez, L., Estrada-Pineda, C., Robles-García, R., Orozco-Mares, I. M.-L., & Daneri-Navarro, A. (2014). Estudio Exploratorio de Relación entre la Percepción de Apoyo Social Instrumental y la modificación de Roles Familiares en Mujeres con Cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 59-69.
- Grau, J., Hernández, E., & Vera, P. (2005). Estrés, Salutogénesis y Vulnerabilidad. Em E. Hernández, *Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 295-322). Guadalajara : Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2013). Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *British journal of health psychology*, 18(3), 623-641.
- Gruzelier, J., Clow, A., Evans, P., Lazar, I., & Walker, L. (1998). Mind-body influences on immunity: Lateralized control, stress, individual difference predictors, and prophylaxis. *Ann NY Academic Science*, 851, 487- 494.
- Haybron, D. (2008). *The pursuit of unhappiness: The elusive psychology of well-being*. . New York: Oxford University Press on Demand.
- Hesser, H., Gustafsson, T., Lundén, C., Henrikson, O., Fattahi, K., Johnsson, E., . . . Andersson, G. (2012). A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 649–661. doi:<https://doi.org/10.1037/a0027021>

- Hinkle, L. (1978). The Concept of Stress in the Biological and Social Sciences. Em Z. J. Lipowski, D. R. Lipsitt, & P. C. Whybrow, *Psychosomatic medicine: Current trends and clinical implications* (pp. 31-48). New York: Oxford University Press.
- Holland, J. (1999). *Psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, XI*(2), 213-218.
- Holst-Schumacher, F., & Quirós-Morales, D. (2015). Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Revista Costarricense de Psicología, 29*(43), 35-46.
- Hostinar, C. E., & Gunnar, M. R. (2013). The Developmental Effects of Early Life Stress: An Overview of Current Theoretical Frameworks. *Current Directions in Psychological Science (Sage Publications Inc.)*, 5(22), 400-406.
- Howard, C., Dupont, S., Haselden, B., Lynch, J., & Wills, P. (2010). The effectiveness of a group cognitive-behavioural breathlessness intervention on health status, mood and hospital admissions in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychology, health & medicine, 15*(4), 371-385.
- Hsieh, M. Y., Ponsford, J., Wong, D., Schönberger, M., McKay, A., & Haines, K. (2012). A cognitive behaviour therapy (CBT) programme for anxiety following moderate–severe traumatic brain injury (TBI): Two case studies. *Brain Injury, 26*(2), 126-138.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press.
- Jassim, G., Whitford, D., & Grey, I. (2010). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane, 10*, 1-10.
- Jemal, A., Center, M., DeSantis, C., & Ward, E. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., 19*(8), 1893-1907. doi:10.1158/1055-9965.EPI-10-0437
- Jenkins, F. J., & Baum, A. (1995). Stress and reactivation of latent herpes simplex virus: A fusion of behavioral medicine and molecular biology. *Annals of Behavioral Medicine, 17*, 116. doi:https://doi.org/10.1007/BF02895060
- Jenkins, F., & Baum, A. (1995). Stress and reactivation of latent herpes simplex virus: A fusion of behavioral medicine and molecular biology. *Annals of Behavioral Medicine, 116-123*.
- Johnson, J., Rash, J., Campbell, T., Savard, J., Gehrman, P., Perlis, M., . . . Garland, S. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Medicine Reviews, 27*, 20-28. doi:https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.07.001.

- Johnston, D., Bell, C., Jones, M., Farquharson, B., Allan, J., Schofield, P., . . . Johnston, M. (2016). Stressors, appraisal of stressors, experienced stress and cardiac response: A real-time, real-life investigation of work stress in nurses. *Annals of Behavioral Medicine*, 187-197.
- Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *Journal of traumatic stress*, 13(1), 101-113.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care*, 15(5), 47-58.
- Kareaga, A. (2002). Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 62, 19-31.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales* (Cuarta ed.). Ciudad de México, México: McGraw Hill.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Cacioppo, J. T., & Glaser, R. (1994). 13 - Stressful Personal Relationships: Immune and Endocrine Function. *Handbook of Human Stress and Immunity*, 321-339. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-285960-1.50017-4>
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 537-547. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.537>
- Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Velázquez, E., Dorantes, J., Méndez, O., & Ávila-Burgos, L. (2009). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 51, s286-s295.
- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Publica Mex*(51), s335-S344.
- Kreitler, S. (1999). Denial in Cancer Patients. *Psychosocial Issues*, 514-534.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2009). *Estrés: trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Labrador, F. (1995). *El Estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid : Temas de Hoy .
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw- Hill.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.

- Lazarus, R. (1994). Coping. Em R. Corsini, *Encyclopedia of psychology* (pp. 326-329). New York: Wiley & Sons.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169. doi:https://doi.org/10.1002/per.2410010304
- Lazarus, R., & Cohen, J. (1977). Environmental Stress. Em I. Altman, & J. Wohlwill, *Human Behavior and Environment: Advances in theory and research* (pp. 89-102). New York : New York Plenum.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., Folkman, S., & Zaplana, M. (1991). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazcano-Ponce, E., Mohar-Betancourt, A., Meneses-García, A., & Hernández-Ávila, M. (2016). Cancer burden in Mexico: urgent challenges to be met. *Salud Pública de México*, 58(2), 101-103.
- Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- León, O., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (Tercera ed.). Madrid: McGraw Hill.
- Levine, S. (2005). Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 939-946.
- Lewis, S., Heitkemper, M., & Dirsken, S. (2004). *Enfermería Medicoquirúrgica: Valoración y Cuidados en Problemas Clínicos*. Madrid: Elsevier España.
- Lofters, A., Juffs, H. G., Pond, G. R., & Tannock, I. F. (2002). "PSA-itis": knowledge of serum prostate specific antigen and other causes of anxiety in men with metastatic prostate cancer. *The Journal of urology*, 168(6), 2516-2520.
- Lovallo, W. R. (2005). Cardiovascular reactivity: mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, 119- 132. doi:10.1016/j.ijpsycho
- Lovallo, W. R. (2016). *Stress and Health. Biological and Psychological Interactions* (Tercera ed.). Los Angeles, Estados Unidos: SAGE.
- Lynn, S. J., O'Donohue, W. T., & Lilienfeld, S. O. (2015). *Health, happiness, and well-being: Better living through psychological science*. California: SAGE.

- Malaktaris, A., Lemons, P., Lynn, S. J., & Condon, L. (2015). Chilling out: Meditation, relaxation, and yoga. Em S. J. Lynn, W. T. O'Donohue, & S. O. Lilienfeld, *Health, happiness, and well-being: Better living through psychological science* (pp. 142–166). California: Sage Publications, Inc. doi:https://doi.org/10.4135/9781483385822.n9
- Manuck, S. B. (1994). Cardiovascular reactivity in cardiovascular disease: "Once more unto the breach". *International Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 4-31.
- Markenson, D. (2007). *Asistencia Pediátrica Prehospitalaria*. Madrid : Elsevier.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C., & Skyes, C. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. Madrid: Manual Moderno .
- Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 733(191), a234. doi:doi: http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004
- Mashour, G. A. (2014). Top-down mechanisms of anesthetic-induced unconsciousness. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, 115.
- Matthews, G. (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook in Stress Series* (Vol. 1). (G. Fink, Ed.) San Francisco: Academic Press. doi:https://doi.org/10.1016/C2013-0-12842-5
- McEwen, B. (2005). Stressed or stressed out: what is the difference? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(5), 315-318.
- Mechanic, D. (1974). Discussion of research programs on relations between stressful life events and episodes of physical illness. Em B. S. Dohrenwend , & B. P. Dohrenwend , *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: John Wiley & Sons.
- Medina-Mora , M. E., Borges , G., Lara , C., Ramos , L., Zambran, J., & Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Publica Mex*, 47, 8-22.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Meschoulam, M. (2019). *Miedo y construcción de paz en México*. Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C. L., Wang, Y., Pathak, R., . . . Steel, J. (2019). Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psycho-oncology*, 1513-1519.
- Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C. L., Wang, Y., Pathak, R., . . . Steel, S. (2019). Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psycho-oncology*, 28(7), 1513-1519. doi:https://doi.org/10.1002/pon.5108

- Michael, Y., Carlson, N., Chlebowski, R., Aickin, M., Weihs, K., Ockene, J., & et., a. (2009;). Influence of stressors on breast cancer incidence in the women's health initiative. *Health Psychol.*, 2(28), 137-146.
- Miller, G., Chen, E., & Parker, K. (2011). Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving Toward a Model of Behavioral and Biological Mechanisms. *Psychological Bulletin*, 959–997.
- Miller-Matero, L. R., Coleman, J. P., Smith-Mason, C. E., Moore, D. A., Marszalek, D., & Ahmedani, B. K. (2019). A Brief Mindfulness Intervention for Medically Hospitalized Patients with Acute Pain: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Pain Medicine*, 20(11), 2149-2154.
- Mingote, J., & Pérez, S. (2003). *Estrés en la Enfermería : El Cuidado del Cuidador*. Madrid: Díaz de Santos.
- Montesinos, F., & Luciano, C. (2016). Acceptance of relapse fears in breast cancer patients: Effects of an act- based abridged intervention. *Psicooncología*, 13(1), 7-21.
- Moore, R. K., Groves, D. G., Bridson, J. D., Grayson, A. D., Wong, H., Leach, A., . . . Chester, M. R. (2007). A brief cognitive-behavioral intervention reduces hospital admissions in refractory angina patients. *Journal of pain and symptom management*, 33(3), 310-316.
- Morales, O. (2012). *Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2. Tesis de Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Moscoso, M. (1998). Estrés, Salud y Emociones: Estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de Psicología*, 3, 9-17.
- Moscoso, M. (2011). El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. *Liberabit*, 17(1), 67-76.
- Mostofsky, E., Penner, E. A., & Mittleman, M. A. (2014). Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: a systematic review and meta- analysis. *Eur Heart J*, 1404-10.
- Moysén, A., Garay, J., Gurrola, M., Esteban, J., & Balcázar, P. (2012). Acontecimientos productores del estrés y manejo en pacientes con cáncer. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 63-70.
- Munir, F., Burrows, J., Yarker, J., Kalawsky, K., & Bains, M. (2010). Women's perceptions of chemotherapy-induced cognitive side effects on work ability: a focus group study. *Journal of clinical nursing*, 19(9-10), 1362-1370.
- National Comprehensive Cancer Network. (2016). *National Comprehensive Cancer Network, Inc. (US)*. Fonte: <https://www.nccn.org/>

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Jain, D. (2008). Social problem solving as a mediator of the stress-pain relationship among individuals with noncardiac chest pain. *Health Psychology, 27*(6), 829.
- Nezu, A., Nezu, C., & Salber, K. (2013). Problem- Solving Therapy for Cancer patients. *Psicooncología, 10*(2-3), 217-231.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., & Houts, P. (1999). *Helping Cancer Patients Cope. A Problem- Solving Approach* . Washington, DC.: American Psychological Association.
- NIH. (2019). *Instituto Nacional del Cáncer*. Fonte: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/estudios-clinicos/que-son-estudios/fases>
- NIH. (2020). *Instituto Nacional del Cáncer* . Fonte: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/terapia-cognitivo-conductual>
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. (13 de Marzo de 2011). *DOF. Diario Oficial de la Federación*. Fonte: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo%3D5194157%26fecha%3D09/06/2011
- Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (4a ed.). Ciudad de México: CENGAGE.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs297/en>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (12 de Marzo de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Fonte: <https://www.who.int/es/>: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>
- Ornelas Mejorada, R. E., Tufiño Tufiño, M. A., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., Rosas, A. R., & Sánchez Sosa, J. J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Revista Psicología y Salud, 23*(1), 55-62.
- Oros, L., & Neifert, I. (2006). Construcción y Validación de una Escala para evaluar Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés. *Evaluar, 1*-14.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L., & Estrada, C. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración Psicoambiental*. México: UNAM.
- Ortiz, J. D., Pérez, M. J., & Sierra, J. C. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología, 14*, 34-45.

- Papa, A., Kahler, J., & Rummel, C. (2015). Stress, Coping and Resilience in the Face of Trauma. Em S. J. Lynn, W. T. O' Donohue, & S. O. Lilienfeld, *Health , Happiness, and Well- Being: Better Living Through Psychological Science* (pp. 90-115). USA: SAGE Publications, Inc.
- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. Badalona: Editorial Paidotribo.
- Peiró, J. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 18-38.
- Penedo, F. J., Benedict, C., Zhou, E. S., Rasheed, M., Traeger, L., Kava, B. R., . . . Antoni, M. H. (2013). Association of stress management skills and perceived stress with physical and emotional well-being among advanced prostate cancer survivors following androgen deprivation treatment. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(1), 25-32.
- Penedo, F., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J., Kinsinger, D., Roos, B., . . . Antoni, M. (2004). Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 192-200. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.11894>
- Pérez, A. B., Cánovas, J. S., Bertrán, A. S., Munárriz, B., Fidalgo, J. A., & Salcedo, J. M. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 6(1), 139-154.
- Pérez-Guzmán, I., Zonana-Nacach, A., & Valles-Medina, A. (2009). Niveles de estrés en trabajadores de la salud adscritos a unidades de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*(5), 575-579.
- Perna, F. M., Antoni, M. H., Baum, A., Gordon, P., & Schneiderman, N. (2003). Cognitive behavioral stress management effects on injury and illness among competitive athletes: a randomized clinical trial. *Annals of behavioral medicine*, 25(1), 66-73.
- Phares, E. J. (1976). *Locus of control in personality*. (Vol. 174). Morristown, NJ: General Learning Press.
- Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E., . . . Carver, C. S. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 70(9), 1044-1049.
- Pineda, J. A., Guerrero, E. A., & Castillo-Martínez, J. Á. (2020). Cognitive-behavioral Therapy: a theoretical review of its bases. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 20-24. doi:<https://doi.org/10.29057/jbapr.v1i2.5362>

- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de coping no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-37722003000200007>
- Plaud, J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 1089-1102.
- Pulgar, M., Garrido, S., Muela, J., & Reyes, G. (2009). Validación de un Inventario para la medida de Estrés Percibido y las Estrategias de Afrontamiento de Enfermos con Cáncer (ISEAC). *Psicooncología*, 6(1), 167-190.
- Reyes Gómez, L. V., Ibarra Zavala, D., Torres López, M. E., & Razo Sánchez, R. S. (1 de julio de 2012). El estrés como un factor de riesgo en la salud: análisis diferencial entre docentes de universidades públicas y privadas. 13, 4-12. México. Fuente: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art78/>
- Reyes-Gibby, C. C., Anderson, K. O., Morrow, P. K., Shete, S., & Hassan, S. (2012). Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of women's health*, 21(3), 311-318.
- Reynoso-Noverón, N., & Torres-Domínguez, J. A. (2017). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020 Epidemiology of cancer in México: global burden and projections 2000-2020. *Medicine*, 9-15.
- Ritschel, L. A., & Ramirez, C. L. (2015). Emotion regulation: Staying in control. . *Health, happiness, and well-being: better living through psychological science*, 14-40.
- Rivero, R., Piqueras, A., Rodríguez, J., Ramos, V., García, J., López, L., . . . A., O. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-197.
- Rojas, I.-G., Padgett, D. A., Sheridan, J. F., & Marucha, P. T. (2002). Stress-Induced Susceptibility to Bacterial Infection During Cutaneous Wound Healing. *Brain, Behavior, and Immunity*, 16(1), 74-84. doi:<https://doi.org/10.1006/brbi.2000.0619>
- Rosenfeld, C. (2005). *Aportes de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual en Tratamiento de Pacientes con Cáncer*. Buenos Aires: IV Congreso Mundial de Psicoterapias. La psicoterapia como puente entre culturas.
- Rothbart, M. K. (2011). *Becoming Who We Are. Temperament and Personality in Development*. New York: The Guilford Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. doi: <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno.

- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R., & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-546.
- Sandín, B. (2003). El estrés un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, III(1), 141-157.
- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Sarafino, E. P. (2001). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (Cuarta ed.). New Jersey: Wiley & Sons, Incorporated, John.
- Sarracino, F. (2013). Determinants of subjective well-being in high and low income countries: Do happiness equations differ across countries. *The Journal of socio-economics*, 42(0), 51-66.
- Secretaría de Salud. (2009). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención*. México.
- Seegerstrom, S., & Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: a metaanalytic study of 30 years inquiry. *Psychological Bulletin*, 601-630.
- Segura-Valverde, M., García-Nieto, R., & Gutierrez, L. (2014). Imagen Corporal y Autoestima en Mujeres Mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45-57.
- Seitz, D. C., Besier, T., & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: A systematic review of the literature. *Psicooncología*, 18(7), 683-690.
- Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2(3), 307-320.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw- Hill.
- Serdà, B. C., del Valle, A., Marcos-Gragera, R., & Monreal, P. (2009). Beneficios de un programa de ejercicio de fuerza para la mejora de la calidad de vida del hombre con cáncer de próstata. *Psicooncología*, 6(1), 211.
- Shapiro, L. E., & Sprague, R. K. (2009). *The relaxation and stress reduction workbook for kids: Help for children to cope with stress, anxiety, and transitions*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Skalski, L. M., Sikkema, K., Heckman, T. G., & Meade, C. S. (2013). Coping styles and illicit drug use in older adults with HIV/AIDS. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1050–1058. doi:<https://doi.org/10.1037/a0031044>

- Sodergren, S. C., Hyland, M. E., Crawford, A., & Partridge, M. R. (2004). Positivity in illness: Self-delusion or existential growth? *British Journal of Health Psychology*, *9*(2), 163-174.
- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Medical Care*, *43*(6), 521-530.
- SSA. (2013). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013- 2018*. Fonte: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Stagl, J. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Bouchard, L. C., Blomberg, B. B., Glück, S., . . . Carver, C. S. (2015). Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: A brief report of effects on 5-year depressive symptoms. *Health psychology*, *34*(2), 176. doi:<https://doi.org/10.1037/hea0000125>
- Strickland, B. R. (1978). Internal–external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*(6), 1192–1211. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.6.1192>
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2006). *Social psychology 12th edition*. New Jersey: Pearson/Prentice Hall.
- Thornton, L. M., Andersen, B. L., & Blakely, W. P. (2010). The pain, depression, and fatigue symptom cluster in advanced breast cancer: Covariation with the hypothalamic–pituitary–adrenal axis and the sympathetic nervous system . *Health Psychology*, *29*(3), 333.
- Traeger, L., Penedo, F. J., Benedict, C., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2013). Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *22*(2), 250-259.
- Traeger, L., Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J. R., Lechner, S. C., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2009). Illness perceptions and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer. *Journal of psychosomatic research*, *67*(5), 389-397. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.013>
- Trianes, M. (2002). *Estrés en la Infancia: Su Prevención y Tratamiento* . Madrid: Narcea.
- Trull, T., & Phares, J. (2003). *Psicología Clínica*. México: Thompson.
- Van Oers, H. M., & Schlebusch, L. (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: a review of current research and practice. *South African Family Practice*, *55*(6), 525-529.

- Vardy, J., Rourke, S., & Tannock, I. F. (2007). Evaluation of cognitive function associated with chemotherapy: a review of published studies and recommendations for future research. *Journal of Clinical Oncology*, 25(17), 2455-2463.
- Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stress, Eustress and Disstress. *Interni Med*, 4(10), 188-192.
- Walch, J., Rabin, B., Day, R., Williams, J., Choi, K., & Kang, J. (2005). The effects of sunlight on postoperative analgesic medication use: A prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 156-163.
- Walker, J. G., Jackson, H. J., & Littlejohn, G. O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 461-488. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.001>
- Wei, J., Rooks, C., Ramadan, R., Shah, A. J., Bremner, J. D., Quyyumi, A. A., . . . Vaccarino, V. (2014). Meta-Analysis of Mental Stress-Induced Myocardial Ischemia and Subsequent Cardiac Events in Patients With Coronary Artery Disease. *The American Journal of Cardiology*, 114(2), 187-192.
- Weis, J., Poppelreuter, M., & Bartsch, H. H. (2011). Rehabilitation of therapy-related cognitive deficits in patients with breast cancer. *Psicooncologia*, 8(2-3), 371.
- Weis, J., Poppelreuter, M., & Bartsch, H. H. (2011). Rehabilitation of therapy-related cognitive deficits in patients with breast cancer. *Psicooncologia*, 8(2-3), 371-384. doi:10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37887
- Weiss, J. M. (1980). Part V: Explaining behavioral depression following uncontrollable stressful events. *Behaviour Research and Therapy*, 18(5), 485-504.
- White, R. (1974). Strategies of adaptation: an attempt at systematic description. Em G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams, *Coping and Adaptation*. New York: Basic Books.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press.
- Wright, R. A., & Gendolla, G. (2012). *How motivation affects cardiovascular response: Mechanisms and applications*. . Washington DC: APA Press. .
- Yang, E. V., & Glaser, R. (2002). Stress-induced immunomodulation and the implications for health. *International Immunopharmacology*, 2(2-3), 315-324. doi:[https://doi.org/10.1016/S1567-5769\(01\)00182-5](https://doi.org/10.1016/S1567-5769(01)00182-5)
- Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B., . . . Liu, Z. (2018). A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1695-1703. doi:<https://doi.org/10.1002/pon.4687>

Zeidner , M., & Hammer, A. L. (1992). Coping with missile attack: Resources, strategies, and outcomes. *Journal of personality*, 60(4), 709-746.

Zhou, E. S., Penedo, F. J., Lewis, J. E., Rasheed, M., Traeger, L., Lechner, S., . . . Antoni, M. H. (2010). Perceived stress mediates the effects of social support on health-related quality of life among men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(9), 587-590.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.019>

Zimmermann, T., Heinrichs, N., & Baucom, D. H. (2007). “Does one size fit all?” Moderators in psycho- social interventions for breast cancer patients: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 225-239.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROTOCOLO/TESIS PROGRAMA DE MANEJO DEL ESTRÉS PARA PACIENTES CON CÁNCER DEMAMA (PECA).

Yo

(Nombre completo del participante o apoderado legal)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en esta investigación cuyos objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos me han sido explicados.

Es una investigación enfocada en el tratamiento psicológico de la paciente con cáncer de mama, quién sufre de estrés debido a su patología.

Comprendo que sus objetivos son evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual diseñada para pacientes mexicanas con cáncer de mama sobre la percepción y sintomatología del estrés. Se me ha explicado que no implica riesgo para la salud.

Entiendo que el estudio no tiene costo adicional para mí y que la atención médica que se me proporciona no se verá afectada por mi participación en el estudio. Los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que al momento de firmar la presente no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación. Además, se me ha ofrecido confidencialidad con la información obtenida.

Se me ha garantizado que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello signifique que la atención médica que se me proporciona se vea afectada por este hecho. Estoy de acuerdo en participar en este estudio, por lo que

firmando la presente junto al investigador que me informó.

En base a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en sus artículos 1º, 2º, 4º, 5º, 6º, 10º, 18º, 19º, 20º, 21º y 22º fracción V, autorizo a las partes contratantes a utilizar la información obtenida de mi participación en el estudio para su inclusión en los informes científicos correspondientes, así como para presentarla en reuniones científicas o publicarla.

México, D.F., a _____ de _____ del 20_____.

NOMBRE

FIRMA

Participante, Esposo/Padre/Apoderado Legal

Anexo 2. Entrevista Semiestructurada.

Número: _____

Fecha: _____

Datos Sociodemográficos

Nombre: _____

Edad: _____ años. Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Estado Civil: _____ Número de Hijos: _____

Dirección: _____

Con quién vive: _____

Teléfono: _____

Información Médica

Diagnóstico: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Tipo de tratamiento (neoadyuvante/ previo a cirugía: quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal): _____

Fecha de inicio: _____ No. de sesiones: _____

Cirugía: A) Mastectomía B) Cirugía conservadora Fecha: _____

Tratamientos alternativos: _____

Comorbilidades: _____

Información psicológica

Alguna vez has estado en terapia:

- A) Sí ¿Cuánto tiempo? ¿Por qué? _____
- B) NO

Alguna vez has tenido un tratamiento psiquiátrico:

- A) Sí ¿Cuánto tiempo? ¿Por qué? _____
- B) NO

Actualmente tienes algún tratamiento psiquiátrico:

A) Sí ¿Cuál? ¿Para qué? _____

B) NO

Pensamientos relacionados al diagnóstico, tratamiento y enfermedad:

Emociones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y enfermedad:

Red de apoyo:

¿Consideras que tienes una buena red de apoyo?

A) Sí ¿Por qué? _____

B) NO ¿Por qué? _____

NOTAS DEL EVALUADOR:

Anexo 3. Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados, versión adaptada para pacientes con cáncer (PEPH-C).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Diagnóstico:

Tratamiento:

El siguiente cuestionario tiene por objetivo identificar la percepción de estrés que tiene usted en torno a ciertas situaciones planteadas. Es confidencial y anónimo. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa su opinión. ¡Gracias por su colaboración!

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, con cuatro casillas delante de cada una de ellas. Después de leer con atención cada afirmación, marque con una cruz la casilla que se acerque más a su opinión desde hace dos semanas, dependiendo del grado de acuerdo o desacuerdo que esté con la frase. Procure no dejar afirmaciones sin contestar.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Estar en contacto con el hospital me produce estrés.				
2	Continuamente siento que soy una carga.				
3	Me siento aburrido.				
4	Pensar en mi familia me genera estrés.				
5	Me siento emocionalmente agotado y desgastado.				
6	Últimamente lloro constantemente.				
7	Me siento confiado y tranquilo.				
8	Asistir al hospital es algo bueno.				
9	Me siento angustiado constantemente.				
10	Me siento incómodo y molesto.				

11	El hospital es un lugar triste y deprimente.				
12	Puedo realizar las cosas que me gustan.				
13	Los servicios en los centros de salud son lentos.				
14	Me estresa tener que dedicar mucho tiempo al cuidado de mi salud.				
15	En general, me parece que los espacios dentro del centro de salud me hacen sentir bien.				
16	El mobiliario del hospital me parece poco confortable.				
17	Estoy conforme con el apoyo que recibo por parte de mis seres queridos				
18	El olor en el hospital o clínica es muy molesto.				
19	El hospital o clínica donde me atiendo es muy frío/a.				
20	Me estresa que el personal de				

	salud no me respete				
--	-------------------------------	--	--	--	--

Ha finalizado el cuestionario, ¡Gracias por su participación!

Anexo 4. Cuestionario sobre Síntomas de Estrés de Reynoso.

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas. Marque con una **X** si actualmente o durante las últimas dos semanas ha presentado o no el síntoma.

Dolores musculares	Sí	No
Cambios de apetito	Sí	No
Insomnio y Pesadillas	Sí	No
Sudoración profusa	Sí	No
Náusea, dolor de estómago e indigestión	Sí	No
Rechinar los dientes	Sí	No
Dolores de cabeza, mareos	Sí	No
Constipación o diarrea	Sí	No
Pérdida del deseo sexual	Sí	No
Presión alta	Sí	No
Garganta y boca seca	Sí	No
Irritabilidad o mal humor	Sí	No
Letargo o incapacidad para trabajar	Sí	No
Manos frías	Sí	No
Depresión	Sí	No
Miedo, pánico o ansiedad	Sí	No
Fatiga, dormir en exceso	Sí	No

Hiperventilación o que se corte la respiración	Sí	No
Incremento en el número de accidentes menores	Sí	No
Pensamientos de apuro; Falta de concentración	Sí	No
Aumento de los lapsus de memoria	Sí	No
Incremento en la frecuencia de los errores	Sí	No
Cambio en las conductas habituales	Sí	No
Falta de ganas de jugar o trabajar	Sí	No
Sentimiento de desesperación o de inutilidad	Sí	No
Pensar constantemente en cosas que no puede cambiar	Sí	No
Síntomas del corazón: Siente que el corazón se le sale del pecho	Sí	No
Tensión muscular, torceduras musculares y tics	Sí	No

Programa de Manejo del Estrés para Pacientes con Cáncer (PECA)

Este Manual de Trabajo pertenece a:

Introducción

Bienvenido al Programa de Manejo del Estrés para Pacientes con Cáncer (PECA). Este programa es una intervención terapéutica semanal, individual, con una duración de 8 semanas. Se desarrolló gracias a una compleja investigación para obtener un programa adecuado para ti. El programa PECA busca ofrecerte un ambiente de apoyo en el que podrás aprender nuevas técnicas para el manejo del estrés, además de que te dará un lugar para compartir tus dudas, pensamientos y emociones.



Durante cada sesión aprenderás distintas y útiles técnicas para el manejo del estrés, así como algunos ejercicios de relajación. Estas técnicas están diseñadas para que en un futuro tú puedas reconocer tus respuestas ante el estrés y pensar de manera adecuada para poder actuar en situaciones que así lo requieran. Algunas de estas técnicas se enfocarán más en tus pensamientos o en tus respuestas emocionales, mientras que otras se centrarán en la manera en que tú enfrentas el estrés y actúas ante eventos estresantes.

Adicionalmente, aprenderás ejercicios de relajación diseñados a disminuir la tensión de tu cuerpo, así como otros síntomas físicos relacionados con el estrés. Estos ejercicios los iremos practicando de manera gradual para ir mejorando tus habilidades.

Una parte fundamental del programa son los ejercicios en casa o tareas. Si asistes a las sesiones semanales y practicas en casa, vas a poder mejorar tu habilidad de manejo de estrés, así como llegar a un mejor nivel de relajación y desarrollar habilidades interpersonales para que lo puedas mantener bajo control. ¡Bienvenida!

Sesión 1:

Empezando el programa PECA

Este programa está diseñado para ayudarte a manejar tu diagnóstico de cáncer a través de los beneficios que dan las técnicas de manejo del estrés y las técnicas de relajación. Vamos a introducir nuevos temas en cada sesión, cada tema va ligado con el anterior, por lo que es importante que asistas a todas las sesiones. Aunque cada sesión contiene información significativa, lo más importante es tu colaboración al hablar de tus experiencias y sentimientos, no solo tiene que ser de tu diagnóstico, enfermedad o tratamiento sino, también, puede ser de situaciones en tu vida que sucedían desde antes o que han cambiado a partir de tu diagnóstico.

Las sesiones se dividirán en dos partes. La primera parte abarcará la discusión de diferentes temas, así como ejercicios, que se llevarán a cabo tanto en la sesión como en casa, y que facilitarán el aprendizaje de diferentes habilidades para el manejo del estrés. La segunda parte son los ejercicios de relajación, que te ayudarán al manejo de aspectos físicos y emocionales del estrés, al reducir la tensión y liberar de pensamientos negativos. Durante cada sesión se realizarán estos ejercicios, pero se te recomienda que los practiques diariamente en casa durante 20 o 30 minutos. Ahora, comenzaremos hablando de qué es el estrés y cuáles son sus efectos en general en tu cuerpo.

Actividad 1: Definiendo el cáncer y el estrés

¿Tienes alguna duda de tu enfermedad? ¿Hay algo más que querías saber? El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial, y México no es la excepción. El cáncer de mama es un grupo de células que tienen un crecimiento anormal y desordenado que comienza en las células de la mama y que tienen la capacidad de diseminarse. Estas células pueden invadir o crecer dentro o alrededor de los tejidos o esparcirse en lo que se denomina metástasis. Existen diversos estudios para diagnosticar el cáncer, el estudio mastográfico es el más empleado y la autoexploración es también un método útil. Las fases o estadios de la enfermedad van desde el 0 hasta el estadio IV y varían de acuerdo al tamaño

del tumor y otras características. En México existe un mayor número de casos en etapas avanzadas y las opciones de tratamientos son personalizadas a las características de cada paciente. Por otra parte, el cáncer es una enfermedad crónica degenerativa, la cual puede llegar a tener un impacto en la vida diaria y generar estrés.

¿Qué piensas que es el estrés? Basado en tu propia experiencia ¿cómo lo definirías? El estrés está definido como la relación entre la persona y el ambiente, que es evaluado por la persona como gravoso o con demandas superiores a sus recursos y dañino para su bienestar. El estrés no sólo se determina por el estímulo o el estresor sino, también, por la interpretación de la persona y el ambiente. Representa la interacción con los motivos y creencias, que ponen en situaciones de amenaza o desafío.

Aunque no siempre nos percatemos de que estamos experimentado estrés, existen algunas pistas que nos pueden indicar que estamos teniendo una respuesta de estrés y que, de no manejarla adecuadamente, puede ser dañina para nuestra salud. Estas pistas son síntomas, los cuales pueden ser físicos y psicológicos. Algunos de los síntomas físicos pueden ser: dolores de cabeza, fatiga o cansancio, intranquilidad, problemas del sueño, tensión, dolores estomacales, mayor frecuencia cardiaca y presión. Entre los síntomas psicológicos encontramos: falta de concentración y atención, deterioro en la memoria, disminución de la capacidad para relajarse, aumento de explosiones emocionales, depresión, pérdida de autoestima, nerviosismo, irritabilidad, problemas de comunicación, disminución del interés, apatía, menos energía, entre otros. Reconocer estos síntomas puede ayudar a percatarnos que tenemos estrés y, así, también podemos identificar qué nos provocó esta sensación.

Actividad 2: Realizar una lista de estresores

¿Qué es lo que te hace sentir estresado? ¿Cuándo te sientes estresado? Debemos tomar en cuenta que no todos nos estresamos por igual ante un mismo evento, ya que la percepción es subjetiva. Es decir, es una interpretación individual del evento, combinado con nuestras habilidades para hacerle frente. Una forma de incrementar tu reconocimiento de tus propias respuestas al estrés es pensando en situaciones comunes en tu vida. Vamos a comenzar a dar ejemplos del día a día, o lo que ocurre comúnmente. Piensa en eventos que te generaron estrés y que sucedieron en las últimas dos semanas y en la columna de la izquierda anótalo. En la columna de la derecha vamos a escribir lo que te hizo darte cuenta que era un evento estresante, por ejemplo: me sentí con miedo o me sudaban las manos y me dolía la cabeza.

Evento	Experiencia
Me tocó mucho tráfico.	Me sentía frustrada y enojada

Ahora vamos a llenar una lista para observar cuántos de estos síntomas relacionados al estrés has presentado en las últimas dos semanas.

Dolores musculares	SI	NO
Cambios de apetito	SI	NO
Insomnio y pesadillas	SI	NO
Sudoración	SI	NO
Náusea, dolor de estómago e indigestión	SI	NO
Rechinar los dientes	SI	NO
Dolores de cabeza, mareos	SI	NO
Constipación o diarrea	SI	NO
Pérdida del deseo sexual	SI	NO
Presión alta	SI	NO
Garganta y boca seca	SI	NO
Irritabilidad o mal humor	SI	NO
Letargo o incapacidad para trabajar	SI	NO
Manos frías	SI	NO
Depresión	SI	NO
Miedo, pánico o ansiedad	SI	NO
Fatiga, dormir en exceso	SI	NO
Hiperventilación o que se corte la respiración	SI	NO
Incremento en el número de accidentes menores	SI	NO
Pensamientos de apuro; Falta de concentración	SI	NO
Aumento de los lapsus de memoria	SI	NO
Incremento en la frecuencia de los errores	SI	NO
Cambio en las conductas habituales	SI	NO
Falta de ganas de jugar o trabajar	SI	NO

Sentimiento de desesperación o de inutilidad	SI	NO
Pensar constantemente en cosas que no puedes cambiar	SI	NO
Síntomas del corazón: Siente que el corazón se le sale del pecho	SI	NO
Tensión muscular, torceduras musculares y tics	SI	NO

Al presentar estos síntomas de manera continua se disminuye la respuesta del sistema inmunológico o el sistema de defensas de nuestro organismo, lo que favorece la presencia de diversas enfermedades. Debido a ello, es muy importante manejar el estrés para evitar dañar nuestro cuerpo.

Actividad 3: El cáncer y el estrés

¿Entonces de qué forma crees que se relaciona el cáncer con el estrés? Varios de los efectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad pueden ser estresantes para las personas. Algunas personas tratan de manejar su estrés con acciones que pueden llegar a ser riesgosas como no salir, fumar o tomar. Otras personas usan estrategias distintas como técnicas de relajación o asistir a grupos de apoyo y suelen tener buenos resultados. Incluso hay evidencia que indica que el estrés psicológico puede afectar la capacidad que tiene un tumor para crecer y diseminarse. Esta es una de las razones de importancia para aprender a manejar tu estrés. Y la siguiente actividad puede ayudarte a comenzar a trabajar para conseguir ese objetivo.

Actividad 4: Respiración diafragmática

Vamos a comenzar con la parte de la relajación, con la técnica más básica pero no por ello menos importante: la respiración diafragmática. **La respiración diafragmática o abdominal lleva gran cantidad de aire** a la zona baja de los pulmones, que es la que tiene más capacidad, por lo que hay una mejor ventilación e ingresa más oxígeno. Así mismo, el movimiento del diafragma activa el sistema encargado de la respuesta de relajación (sistema nervioso parasimpático). Puedes

no sentirte completamente relajada durante el primer ejercicio, no te preocupes ya que es una cuestión de práctica. ¡Vamos a comenzar!

Empecemos tomando tu pulso para que veas si hubo un cambio antes y después de tu ejercicio. Para tomar tu pulso vas a poner tus dos dedos, el índice y el medio, en tu cuello hasta que sientas tu vena. ¿Ya la encontraste? Ahora vamos a contar durante los próximos 15 segundos cuántas pulsaciones sentiste. Anota aquí el número de pulsaciones que sentiste _____. Ahora sí estamos listos para comenzar.

Recuerda que puedes no sentirte completamente relajada durante el primer ejercicio, eso está bien, poco a poco vas a ir mejorando tu técnica y obteniendo mejores resultados. ¡Lo más importantes es practicarlo!

Instrucciones

Primero tomaremos una posición cómoda y cierra los ojos. Ahora concéntrate en tu respiración. Sitúa tu mano izquierda en tu abdomen y la derecha en tu pecho, a medida que inhalas tu abdomen se eleva y cuando exhalas, baja suavemente. Inhalarás en una cuenta de tres segundos y exhalarás en tres segundos también. Inhala1,2,3; exhala1,2,3; inhala1,2,3; exhala 1, 2, 3. Vas a sentir como tu mano derecha no se mueve mientras que tu mano izquierda se mueve cada que inhalas aire y éste va llenando tu estómago. Ahora inhalarás cada cinco segundos y exhalarás en cinco segundos también. Inhala1,2,3,4,5; exhala1,2,3,4,5; inhala1,2,3,4,5; exhala1,2,3,4,5. Concéntrate en que tu respiración sea cada vez más profunda. Nuevamente, inhala1,2,3,4,5; exhala1,2,3,4,5; inhala1,2,3,4,5; exhala1,2,3,4,5; inhala1,2,3,4,5; exhala 1, 2, 3, 4, 5.

Vamos a tomar tu pulso nuevamente para que veas si hubo un cambio antes y después de tu ejercicio. Recuerda que para tomar tu pulso vas a poner tus dos dedos, el índice y el medio, en tu cuello hasta que sientas tu vena. ¿Ya la encontraste? Ahora vamos a contar durante los próximos 15 segundos cuántas pulsaciones sentiste. Anota aquí el número de pulsaciones que sentiste _____. ¿Hubo algún cambio con el número que anotaste arriba? ¿Por qué crees que sucedió?

¿Cuál fue tu experiencia de la relajación? ¿Tuviste algún cambio emocional o físico? ¿Tuviste algún pensamiento en el procedimiento? En una escala del 1 al 5 ¿qué tan estresado te sientes?

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

Nota:

A partir de la siguiente sesión se va a comenzar con el ejercicio de relajación y después se realizará la parte de discusión, para que el comienzo de la sesión sea más tranquilizador y se faciliten los ejercicios al estar más frescos y relajados.

Para finalizar la sesión, recuerda que debes realizar, al menos una vez al día, el ejercicio de respiración y registrar tus pulsaciones antes y después de tu ejercicio, así como tu nivel de estrés después de cada ejercicio, en la escala del 1 al 5.

Tarea:

- Realizar diariamente el ejercicio de respiración diafragmática.
- Completar el autoregistro de estrés.
- Realizar lectura 1.

Tarea	Número de pulsaciones antes del ejercicio de respiración	Número de pulsaciones después del ejercicio de respiración.	Qué tan estresada te sientes (del 1 “nada estresada” al 5 “muy estresada”).
Día 1			
Día 2			
Día 3			
Día 4			
Día 5			

Sesión 2:

El Estrés y los pensamientos

Como se planteó en la sesión anterior, vamos a comenzar con una técnica que nos ayudará a estar más relajados y así poder aprovechar más el resto de la sesión. Pero, antes de comenzar, sería de gran utilidad que hablaras de los ejercicios que realizaste en casa y observar tus escalas de nivel de estrés. ¿Se volvió más sencillo después de varias repeticiones? ¿Qué dificultades encontraste? ¿Qué podrías hacer para poder sentirte más relajado?

Actividad 1: Imaginería

Vamos a comenzar nuevamente con la respiración diafragmática para que se practique una vez más y podamos continuar con una técnica nueva llamada imaginería. La imaginería se usa como un ejercicio de relajación, por medio de una imagen en la cual te centras para reducir los pensamientos repetitivos y negativos y sus consecuencias como el “no puedo hacer algo”, teniendo en la mente una imagen positiva y relajante. Recuerda que no siempre logras sentirte completamente relajado en el primer intento, es normal y vas a conseguirlo conforme continúes practicando. Vamos a comenzar tomando tu pulso antes del ejercicio, durante 15 segundos. Anota aquí tu número de pulsaciones _____.

Instrucciones

Vamos a cerrar nuevamente los ojos y vamos a centrarnos en tu respiración, cada vez es más profunda y calmada. Vas a comenzar a pensar en un lugar especial donde te sientas relajado y tranquilo. Este lugar puede ser un espacio donde ya has estado o un lugar creado por tu mente, lo importante es que tenga elementos que te hagan sentir seguro y relajado. Vas a fijarte en qué olores percibes y vas a sentirte más cómodo y seguro cada vez. El ambiente se siente fresco o es más bien cálido, qué cosas están ahí, qué colores ves. Trata de ver ese lugar con la mayor cantidad de detalles posibles. Es un lugar que te hace sentir muy tranquilo y seguro. Y es un lugar al que puedes ir cada vez que así lo decidas ya que se

quedará ahí en tu mente. Sigue respirando profundamente, ahora cada 3 segundos inhalas y exhalas. Vamos a abrir los ojos.

Nuevamente vamos a medir tus pulsaciones, durante 15 segundos. Anota el número aquí _____. ¿Cómo te sentiste durante el ejercicio? Como tarea debes al menos practicar la técnica una vez al día, durante 20 minutos y posteriormente llenar tu autoregistro. ¿Qué tan estresada te sientes?

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

Actividad 2: Percepción del estrés

Durante la sesión anterior, así como en la lectura de apoyo, revisamos diversas respuestas que se tienen durante eventos estresantes. Como podrás recordar estas respuestas pueden darse en diversas áreas y, a su vez, afectarlas. Una situación estresante tiene componentes cognitivos, emocionales, conductuales, fisiológicos y sociales.



Estos componentes forman parte del proceso de evaluación para saber si una situación es o no estresante para cada uno de nosotros, ya que no todos los eventos son igual de estresantes para todas las personas. Para comenzar el proceso debe ocurrir un evento, posteriormente, tu mente se da cuenta de éste y decide si debes o no tomarlo en cuenta (si representa una amenaza para tu bienestar). Una vez que se percibe como una situación estresante se genera una reacción física y una emoción, también se generan pensamientos de la evaluación del evento y de los recursos o herramientas con los que cuenta la persona. Estos pensamientos son parecidos a un diálogo con nosotros mismos y nos llevan a actuar de una manera u otra (por ejemplo: pedir ayuda o discutir con alguien, impactando el área social). Vamos a realizar un ejemplo para que quede más claro.

Situación: ¿Cuál fue el evento?	Percepción: ¿Cómo me di cuenta?	Pensamientos: Diálogo contigo misma	Respuestas: Emociones, Cambios Físicos.
Estabas esperando la llamada de un amigo y nunca marcó.	Debía marcarme hace una hora, ¿qué le pasó?	Algo terrible le pasó. No tiene ni siquiera la cortesía de avisarme, es egoísta y no le importo	Sentimientos de preocupación, de enojo. Palpitaciones y un nudo en el estómago.

Actividad 3: Conociendo nuestros pensamientos

El día de hoy, comenzaremos a hacer una breve revisión del componente cognitivo o, dicho de otra manera, todo lo relacionado con los pensamientos. Debido a que los eventos ocurren sin previo aviso, es complicado darse cuenta de qué es lo que pensaste acerca del evento. Para percatarse de esos pensamientos, es necesario prestar atención en las emociones, ya que están muy relacionados. Vamos a hacer

un pequeño ejercicio para que veas que tan cercanos son los pensamientos de las emociones: cierra los ojos e imagina que tienes en tu mano derecha un limón verde, lentamente lo vas a acercar a tu boca y poco a poco vas a apretarlo hasta que caigan un par de gotas de jugo de limón en tu boca ¿tuviste alguna sensación? Lo mismo pasa con cada emoción que tiene su propio discurso con uno mismo, por ejemplo: sentirse triste puede acompañarse de pensamientos como: “no hay nada que pueda hacer bien” o “pobre de mí”, el enojo con: “esto está mal” o “es culpa de alguien más” y la ansiedad con: “estoy en peligro” o “algo malo puede ocurrirme”. ¿Alguno de estos pensamientos te parecen familiares? ¿Crees que estos pensamientos tienen alguna función?

En realidad, sí, por ejemplo: el enojo puede motivarte a conseguir una meta, la culpa a seguir las reglas impuestas dentro de una comunidad o la ansiedad te prepara para escapar de algún peligro. Sin embargo, algunas veces adoptamos tipos de pensamiento que generan una respuesta que es innecesaria y disfuncional y que, a su vez, nos lleva a sentirnos más estresados.

La forma más fácil de romper con este patrón o ciclo es identificar estos pensamientos automáticos para después modificarlos por un pensamiento más funcional o útil.

Actividad 4: Identificando Distorsiones Cognitivas

Vamos a realizar un ejercicio, imagina que desde tu diagnóstico no has escuchado de alguno de tus amigos más cercanos ¿qué te dirías a ti misma? ¿Qué emociones y pensamientos tendrías?

Las distorsiones cognitivas son formas equivocadas de interpretar los hechos que generan consecuencias negativas como alteraciones emocionales, conflictos en las relaciones con los demás y conflictos o, en la manera de ver la vida dando lugar a una visión negativa. Algunos ejemplos de distorsiones cognitivas son:

Pensamiento blanco o negro	No se ven términos medios, la realidad se percibe de forma polarizada (blanco o negro) y extrema: o es maravilloso o es horrible.
Sobregeneralización	Es la tendencia a creer que, si ha ocurrido algo una vez, ocurrirá muchas veces
Negativismo	Se agranda lo negativo y no se percibe o se quita importancia de lo positivo.
Catastrofismo	Tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos reales.
Lectura del pensamiento	Creer saber lo que piensan los demás y porqué se comportan de la forma en que lo hacen.
La personalización	Pensar que todo lo que hace o dice la gente tiene que ver de alguna manera, con uno.

¿Qué patrones de pensamiento negativos o pensamientos automáticos tienes o con cuáles te identificas más? Es muy importante identificarlos porque pueden llevar a consecuencias negativas como afectar relaciones familiares, faltar a citas con el oncólogo, tener problemas con tu bienestar y calidad de vida, y tener problemas con tus redes de apoyo. Por ello, en tu tarea de llenado de autoregistro de esta semana vas a escribir la columna de pensamientos si encuentras alguna distorsión cognitiva en tus pensamientos.

Tarea

- Realizar diariamente el ejercicio de imaginación y el autoregistro de pulsaciones y estrés.
- Realizar autoregistro de las situaciones estresantes de la semana incluyendo las distorsiones cognitivas o pensamientos negativos.

Tarea	Número de pulsaciones antes	Número de pulsaciones después	Qué tan estresada te sientes (del 1 "nada estresada" al 5 "muy estresada").	Situación estresante y qué pensaste. ¿Es alguna distorsión cognitiva?
Día 1				
Día 2				
Día 3				
Día 4				
Día 5				

Sesión 3:

Enfrentando al estrés

Vamos a comenzar la sesión preguntando cómo fue tu experiencia con los ejercicios de imaginería y respiración diafragmática que realizaste en casa y observando tus escalas de nivel de estrés. ¿Se volvió más sencillo en esta segunda semana? ¿Qué fue lo que más trabajo te costó? ¿Has tenido alguna dificultad llenando tus niveles de estrés o con tus ejercicios de práctica?

Actividad 1: Imaginería

Nuevamente realizaremos el ejercicio de respiración diafragmática y continuaremos con el ejercicio de imaginería, para resolver dudas y seguir practicando. Trata de relajarte, pero no te preocupes si no llegas a relajarte por completo. Una vez terminado vamos a llenar tu registro para ver qué tan estresada te sientes. Comenzamos nuevamente tomando tu pulso, cuántas pulsaciones sentiste esta vez _____. Y ahora que finalizamos el ejercicio _____. ¿Qué tan estresada te sientes?

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

Actividad 2: Cambiando mis pensamientos

En la sesión anterior observamos que existen distintos tipos de distorsiones cognitivas que generan un círculo vicioso que alimenta a las emociones negativas y que nos llevan a tener mayores niveles de estrés. Por lo que realizaremos un ejercicio para poder romper este círculo. Vamos a comenzar con una situación estresante que reportaste en tu tarea y seguiremos los siguientes pasos:

1. Identificar los pensamientos	Primero observa si existe alguna distorsión cognitiva. Después Identifica los sentimientos, conductas y las reacciones físicas que generó.
---------------------------------	--

2. Creencias	Califica que tan real es la creencia (del 0% al 100%)
3. Debate	Cuestionate si existe algo que justifique, racionalmente, tu pensamiento, si hay evidencia que indica que es falso. Pregúntate qué le dirías a un amigo en la misma situación.
4. Elimina el pensamiento irracional	Elimina el pensamiento inadecuado y trata de reemplazarlo por una respuesta más racional (¿qué pensamiento me ayudaría a reducir esos efectos negativos?).
5. Evaluación	¿Qué tan real y funcional es este nuevo pensamiento? ¿Te sientes emocional y físicamente mejor?

Nota:

Para facilitar la generación de nuevas respuestas debes escoger pensamientos tan específicos como puedas, para trabajar y reemplazar, es más fácil cuando se comienzan a debatir situaciones concretas o específicas y no generales. Una vez que se seleccionó la situación, intenta realizar una lluvia de ideas para eliminar aquellas opciones que tengan algún tipo de sesgo cognitivo. Al igual que los ejercicios de relajación esta habilidad se desarrolla más cada vez que se practica, por lo que cada que identifiques un pensamiento irracional o un sesgo cognitivo debes tratar de poner en práctica el ejercicio anterior. ¡Recuerda que este ejercicio es útil para modificar esas actitudes, creencias y pensamientos que causan estrés excesivo!

Actividad 3: Estilos de enfrentamiento

¿Cómo definirías enfrentar o afrontar algo? ¿Cuáles son tus recursos para enfrentar una situación difícil? ¿Piensas que son efectivos? Probablemente la palabra enfrentamiento te lleve a pensar en situaciones negativas, sin embargo, el enfrentamiento se refiere a los esfuerzos individuales para manejar las demandas que exceden los recursos de la persona. Las personas pueden enfrentar una situación estresante modificando la forma en que piensan de la situación o cambiando su conducta ante la situación. Ambas opciones son efectivas dependiendo de la situación, si la situación no es controlable o no depende de uno mismo lo más útil sería cambiar la forma en que se piensa de la situación, mientras que si la situación es controlable un enfrentamiento centrado en modificar la conducta sería el más adecuado.

Existen dos estilos de enfrentamiento: el centrado en el problema y el centrado en la emoción. Los estilos de enfrentamiento que se centran en el problema, generalmente se asocian con un mayor número de resultados positivos, sin embargo, cuando las estrategias de enfrentamiento se enfocan en la emoción, los resultados tienden a ser negativos, pero recuerda que dependerá de cada situación.

Otra dimensión del enfrentamiento tiene que ver con que la estrategia para lidiar con el problema sea pasiva, indirecta, activa o directa, no importando si es centrado en el problema o en la emoción. Esto puede ser un poco confuso, para que quede más claro vamos a ver algunos ejemplos.

- Ejemplo 1: Un huracán se aproxima (incontrolable). Algunas personas pasan su tiempo hablando de ello y preocupándose (centrado en la emoción). Otras personas protegen sus casas y compran provisiones (centrado en el problema). Algunas personas evitan enterarse del fenómeno (pasivo)
- Ejemplo 2: Se le acaba de diagnosticar a una persona con cáncer (incontrolable). La persona comienza a investigar acerca de la enfermedad (centrado en el problema). La persona se acerca con familia y le cuenta su

problema (centrado en la emoción). La persona deja de asistir al médico (pasivo).

Como puedes observar el abordaje pasivo se refiere a esos esfuerzos que realiza la persona para evitar la situación y su manejo. Las estrategias conductuales para el abordaje pasivo se refieren a los pasos que sigue una persona para evitar una persona incómoda, un lugar o una actividad; mientras que las estrategias cognitivas pasivas se refieren a las distracciones que se buscan para no tener que lidiar con el problema. Estas acciones indirectas pueden llegar a incrementar las emociones negativas y tener un impacto en el sistema inmunológico. Vamos a ver unos ejemplos para que quede más claro cada abordaje.

Centrado en el problema	Centrado en la emoción	Pasivo
Buscar información o pedir ayuda	Modificar pensamientos	Ignorar o negar el problema
Tomar decisiones	Reconocer y aceptar emociones negativas	Procrastinar/ Distraerse con otras actividades
Resolver conflictos	Buscar apoyo emocional	No expresar sentimientos
Establecer metas	Usar ejercicios de relajación	Darte por vencido

Actividad 4: Identificando tus estilos de enfrentamiento

Comenzarás por identificar una situación de las que reportaste en tu tarea, tomando en cuenta las reacciones que generó en ti. Vamos a dividir el evento en qué puede ser controlable y qué no es controlable.

Una vez dividido, genera ideas de estrategias de enfrentamiento, cuidando que sean estrategias activas y tratando de modificar aquellas estrategias pasivas. Para que puedas identificar estas situaciones es necesario seguir practicando, por lo que en

En casa deberás realizar otro ejercicio durante esta semana, incluyendo una nueva columna en tu registro de situaciones estresantes, donde pongas qué estrategia de enfrentamiento empleaste y señalando si es centrada en la emoción o el problema y si es pasiva, modificándola por un abordaje activo.

Nota: Recuerda que si tienes alguna duda de la tarea podremos discutirla durante la siguiente sesión, es muy importante que sigas haciéndola ya que es pieza fundamental de nuestro programa.

Tarea

- Realizar diariamente el ejercicio de imaginación y el autoregistro de pulsaciones y estrés.
- Realizar autoregistro de las situaciones estresantes de la semana, con las distorsiones cognitivas que encuentres (tratando de debatir los pensamientos que encuentres) y el estilo de enfrentamiento que empleaste.

Tarea	Número de pulsaciones antes del ejercicio de respiración	Número de pulsaciones después del ejercicio de respiración.	Qué tan estresada de sientes (del 1 “nada estresada” al 5 “muy estresada”).
Día 1			
Día 2			
Día 3			
Día 4			
Día 5			

Situaciones Estresantes de la Semana

Situación estresante	Distorsión Cognitiva	Debate de pensamiento	Estilo de enfrentamiento

Sesión 4:

Solución de Problemas: Definición

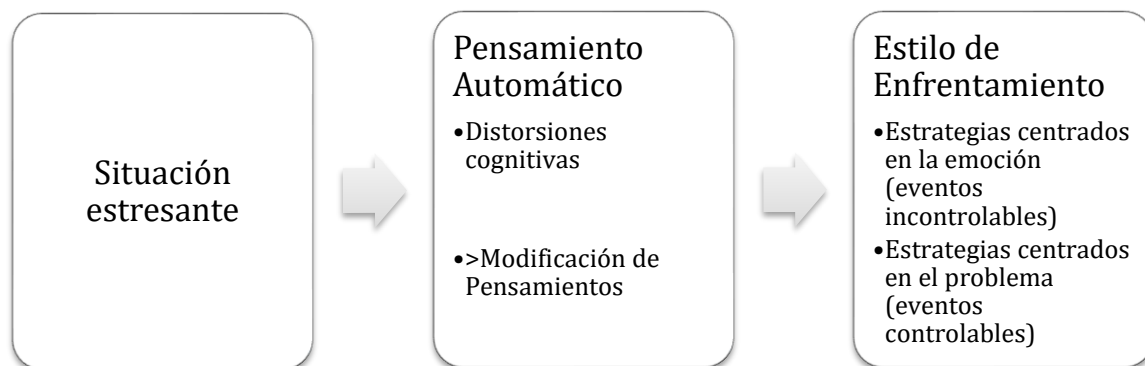
Esta semana, nuevamente, vamos a comenzar la sesión con tu experiencia con los ejercicios de relajación que realizaste en casa ¿Cuáles fueron tus niveles de estrés de esta semana y tus pulsaciones? ¿Tuviste que seguir leyendo las instrucciones? ¿Crees que hay algo que te falte para que tengas mayor éxito en tu relajación?

Actividad 1: Imaginería

Vamos a comenzar con el ejercicio de respiración diafragmática y continuaremos con el ejercicio de imaginería. Trata de relajarte, pero no te preocupes si no llegas a relajarte por completo. Vamos a medir el número de tus pulsaciones durante 15 segundos, cuántas fueron en esta vez_____. Al igual que la semana anterior, terminado el ejercicio vamos a llenar tu registro para ver qué tan estresado te sientes. Nuevamente anota aquí el número de pulsaciones terminando el ejercicio_____. ¿Qué tan estresada te sientes?

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

Actividad 2: Repaso



El proceso de entender el estrés y todo lo que lo rodea puede llevar algo de tiempo. Por ello, si tienes alguna duda no dudes en exponerla en cualquier momento de la sesión. Recuerda que los pensamientos automáticos regulan nuestra percepción de las situaciones, por medio de diálogos que tenemos con nosotras mismas. Estos pensamientos pueden tener sesgos o pueden estar distorsionados, si existe alguna distorsión cognitiva o de pensamientos, debe llevarse a cabo una modificación o reestructuración cognitiva para romper el círculo vicioso, en el cual nuestros pensamientos nos llevan a tener mayores niveles de estrés. Una vez que percibimos una situación como estresante, hacemos uso de nuestros recursos para poder hacerle frente a una amenaza (estilos de enfrentamiento). Estos pueden funcionar modificando la forma en que piensan de la situación (centrado en la emoción) o cambiando su conducta ante la situación (centrado en la emoción). Si el estilo de enfrentamiento es pasivo, debemos modificarlo por alguna opción activa.

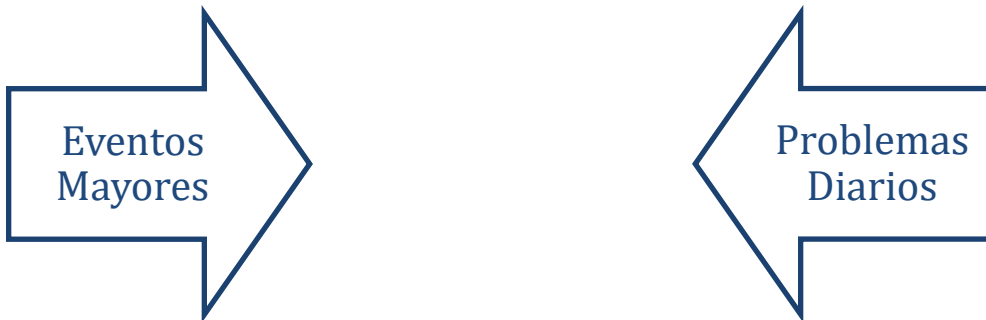
Actividad 3: Solución de Problemas

La forma en que se solucionan los problemas afecta la manera en que la persona entiende, piensa y reacciona ante un problema en general.



Como sabes es común y normal tener dificultades o problemas en la vida, incluso puede suceder que después del diagnóstico de cáncer y su tratamiento, tengas que enfrentarte a un mayor número de problemas. Existen dos tipos de problemas: los eventos mayores, como podría ser el diagnóstico de una enfermedad, y los problemas diarios o cotidianos que nos acompañan en el día a día. La experiencia del cáncer está en ambos ya que es un evento mayor negativo, pero también es la

causa de una serie de eventos estresantes diarios. Los problemas también pueden ser agudos como puede ser el fallar al tratar de conseguir una meta o problemas en tus relaciones personales, o pueden ser eventos traumáticos o eventos permanentes, como puede suceder en la pérdida de un ser amado.



El entrenamiento en solución de problemas busca desarrollar una serie de habilidades para enfrentar efectivamente la variedad de estresores que tiene la vida para evitar consecuencias negativas tanto físicas como mentales. Para ello vamos a desarrollar un ejercicio en el cuál vamos a hacer una lista de todos tus problemas, sin importar qué tan pequeños sean. Posteriormente, vamos a darle un número del 1 al 5 de acuerdo a qué tanto nos afecta cada problema, 1 representa a algo que te afecta muy poco y 5 que te afecta mucho. Ya que tengamos esos números vamos a ordenar la lista del que más te afecta al que menos.

Nota:

Esta lista vamos a usarla para los siguientes ejercicios por lo que debes guardarla para ésta y la siguiente sesión.

Lista de Problemas	¿Qué tanto te afecta? (1- Afecta muy poco, 3- Afecta, 5- Afecta mucho)

Actividad 4: Definiendo el problema

Dentro del programa de solución de problemas se manejarán cuatro áreas de habilidad: la definición y formulación del problema, para entender la naturaleza de la situación, poner objetivos realistas e identificar obstáculos; la generación de alternativas; la toma de decisiones prediciendo consecuencias y resultados deseados; y la implementación de la solución y verificación. En la sesión de hoy vamos a comenzar con la definición del problema. Para definir un problema se deben buscar los hechos, describirlos con un lenguaje claro, identificar los obstáculos y conflictos y definir metas realistas. Vamos a comenzar con uno de los problemas, el más sencillo. Comienza describiendo el problema, pero detente para separar los hechos de las situaciones que solo estás asumiendo. Ya que tenemos claro el problema, cuál sería tu objetivo y meta de resolver esta situación, dicho de otra forma ¿cómo te gustaría que se resolviera el problema? No olvides ponerte metas realistas. Y

¿cuáles son los obstáculos que te impiden llegar a tu meta? Además de ¿cuáles son tus recursos de enfrentamiento ante este problema? Como ejercicio para casa debes describir, por escrito, 5 problemas más de tu lista (solo hechos) con sus metas realistas, sus obstáculos y tus recursos de enfrentamiento, para poder continuar desde ahí la siguiente sesión.

Tarea:

- Realizar diariamente el ejercicio de imaginación y el autoregistro de estrés.
- Traer lista de problemas.
- Definir 5 problemas de la lista.

Tarea	Número de pulsaciones antes del ejercicio de respiración	Número de pulsaciones después del ejercicio de respiración.	Qué tan estresada de sientes (del 1 “nada estresada” al 5 “muy estresada”).
Día 1			
Día 2			
Día 3			
Día 4			
Día 5			

Definición de 5 Problemas

Problema	Meta	Obstáculo para resolverlo	Recursos que tengo para enfrentarlo
1			
2			
3			
4			
5			

Sesión 5:

Solución de Problemas (Generando alternativas)

En la sesión de hoy continuaremos con el tema de solución de problemas, pero antes de comenzar realizaremos un nuevo ejercicio de relajación. Antes de pasar a la actividad ¿tienes alguna duda o comentario acerca de las técnicas de respiración diafragmática e imaginación que hemos revisado anteriormente? Si más adelante te surge alguna duda no dudes en comentarla.

Actividad 1: Relajación autógena

La relajación autógena funciona a través de una serie de órdenes, por medio de las cuales se condiciona al cuerpo y a la mente a llegar a un estado de relajación. Funciona a través de las técnicas que anteriormente revisamos, por medio de sugerencias. Debes de aprenderlo de forma progresiva, lo que quiere decir que debes practicarlo para que puedas dominar la técnica. Vamos a comenzar como en las sesiones anteriores, tomando tus pulsaciones, durante 15 segundos. ¿Cuántas pulsaciones fueron? _____.

Instrucciones

Primero tomaremos una posición cómoda. Ahora quiero que cierres los ojos porque así comenzaremos la relajación. Quiero que tomes consciencia de cualquier ruido fuera de la habitación (10 segundos). De cómo sientes tu cuerpo en la silla, del contacto entre tu cuerpo y la silla (10 segundos). Ahora la concentración se irá a tu respiración. Sitúa tu mano izquierda en tu abdomen y la derecha en tu pecho, a medida que inhalas tu abdomen se eleva y cuando exhalas, baja suavemente. Inhalarás en una cuenta de cinco segundos y exhalarás en 5 segundos también. Inhala 1, 2, 3, 4, 5; exhala 1, 2, 3, 4, 5; inhala 1, 2, 3, 4, 5; exhala 1, 2, 3, 4, 5. Puedes poner nuevamente tus manos en una posición cómoda. Ahora concéntrate en tu mano y brazo derechos y comienza a decirte mentalmente: Siento mi mano derecha pesada (3 veces). Mi mano derecha es pesada y cálida (3 veces). Siento mi mano y brazo derechos pesados (3 veces). Siento cómo el calor invade mi mano y brazo derechos (3

veces). Visualiza tu mano y brazo derechos en un sitio cálido, dándoles el sol y sientes cómo los calienta suavemente. Di mentalmente: mi mano y brazo derechos se vuelven cálidos y pesados. Recuerda que tu respiración continua siendo lenta y profunda, en cada inhalación déjate llevar un poco más y siente el calor y la relajación hacia tu mano y brazo derechos (10 segundos). Continuaremos ahora con tu mano y brazo izquierdos, la concentración irá a esta parte de tu cuerpo. Comienza a decirte mentalmente: Siento mi mano izquierda pesada (3 veces). Mi mano izquierda es pesada y cálida (3 veces). Siento mi mano y brazo izquierdos pesados (3 veces). Siento cómo el calor invade mi mano y brazo izquierdos (3 veces). Visualiza tu mano y brazo izquierdos en un sitio cálido, dándoles el rayo del sol y sientes cómo los calienta suavemente. Tu mano y brazo izquierdos se vuelven cálidos y pesados. Respira lenta y profundamente, en cada inhalación déjate llevar un poco más y siente el calor y la relajación hacia tu mano y brazo izquierdos (10 segundos). Ahora cambiaremos la concentración a tu pie y pierna derechos y comienza a decirte mentalmente: Siento mi pie derecho pesado (3 veces). Mi pie derecho es pesado y caliente (3 veces). Siento mi pie y pierna derechos pesados (3 veces). Siento cómo el calor invade mi pie y pierna derechos (3 veces). Visualiza tu pie y pierna derechos en un sitio cálido, dándoles el sol y sientes cómo los calienta suavemente. Continúa con la respiración lenta y profunda, en cada inhalación te dejas llevar un poco más y sientes el calor y la relajación en tu pie y pierna derechos (10 segundos). Tu pie y pierna izquierdos, comienzan a sentirse pesados (3 veces). Mi pie izquierdo es pesado y caliente (3 veces). Siento mi pie y pierna izquierdos pesados (3 veces). Siento cómo el calor invade mi pie y pierna izquierdos (3 veces). Imagina tu pie y pierna izquierdos en un sitio cálido, como se van calentando suavemente. Tu pie y pierna izquierdos se vuelven cálidos y pesados. Respira lenta y profundamente, la relajación hacia tu pie y pierna izquierdos (10 segundos). Ahora la concentración irá hacia tu abdomen. Concéntrate en él y comienza nuevamente a decirte mentalmente: Siento mi abdomen pesado (3 veces). Mi abdomen es pesado y cálido (3 veces). Siento cómo el calor invade mi abdomen (3 veces). Tu respiración continua siendo

lenta y profunda, en cada inhalación déjate llevar un poco más y siente el calor y la relajación hacia abdomen (10 segundos). Continúa respirando lenta, regular y profundamente (3 veces). Repite a ti mismo mi corazón late calmado y lentamente (3 veces) mi mente está tranquila y en paz (3 veces), tengo confianza en poder resolver los problemas cotidianos (3 veces). Toda tensión y estrés se va disipando con cada respiración (3 veces). Ahora gradualmente puedes empezar a volver a la habitación, manteniendo los ojos cerrados hazte consciente de nuevo de los sonidos fuera y dentro de la habitación. Vas sintiendo tu cuerpo sobre la silla. Cuando estés preparado comenzarás a mover tus dedos y poco a poco ir abriendo tus ojos.

Vamos a tomar nuevamente tu pulso, durante los siguientes 15 segundos_____.
 ¿Cómo te sentiste con esta nueva actividad? ¿Te sientes más relajada?

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

Actividad 2: Generando solución de problemas

En el entrenamiento de solución de problemas se recomienda no pasar mucho tiempo enfocado en un problema en particular o en un mismo estilo de solución de problema, esto no quiere decir tomar decisiones de manera impulsiva sino llevar a cabo una solución adecuada sin hacer eternos los problemas. Lo cual nos lleva a las siguientes áreas de habilidad del programa de solución de problemas: la generación de alternativas, la toma decisiones y la implementación de la solución y verificación.

El área de generar alternativas se consigue al combinar ideas y modificarlas, sin juzgarlas. Esto puede funcionar a través de una lluvia de ideas. Vamos a comenzar con un ejercicio, tomaremos un ejemplo de los problemas que definiste como tarea

la semana anterior y tratarás de pensar en todas las posibles soluciones que pudieras darle, no hay ideas malas así que no te detengas a decir todas las opciones que piensas.

Problema	Solución

Ahora con esta lista vamos a ver cuáles son los resultados o consecuencias de cada una de ellas y si al combinarse algunas de las soluciones dan un mejor resultado ¿Qué resultado es el que te parece más adecuado? ¿Cuál alternativa da el resultado que buscas?

Para la toma de decisiones, vamos a realizar una tabla en la cual a cada alternativa la evaluaremos a través de los efectos personales, sociales, a corto plazo, a largo plazo, que tanta probabilidad hay que funcione y que tan sencillo es que lo pueda llevar a cabo. Todos estos puntos son importantes para saber que estás solucionando la situación de la manera más adecuada prediciendo sus consecuencias y encontrando los resultados deseados. Vamos a generar la tabla de algunas de las opciones que diste y seleccionar la que mejor se adecúe a ti.

Solución	
Efectos personales	
Efectos sociales	
Efectos a corto plazo	
Efectos a largo plazo	
Probabilidad que funcione	
Es sencillo	

El paso a seguir es poner en práctica este ejercicio, lo que quiere decir que debes llevar a cabo la solución que seleccionaste y debes monitorear sus efectos: saber que fue una buena decisión si el resultado fue positivo y alternativas si la opción no fue efectiva.

Actividad 3: Solución de Problemas

Para resolver dudas, vamos a desarrollar un ejercicio desde el inicio. Describe una situación problemática que ya resolviste: qué pensamientos tuviste (antes, después y después de la resolución), qué sentimientos (antes, durante y después de la resolución) y qué estrategia de enfrentamiento fue la que empleaste y qué tan complacido te sientes con tu reacción general al problema.

Como tarea debes continuar con este ejercicio, así que te pido que desarrolles al menos dos ejercicios de situaciones problemáticas que se presenten esta semana (si no se presenta alguna situación, puedes usar alguna que describiste en tu tarea anterior), para resolver cualquier duda que te quede del ejercicio. Recuerda que lo importante es que por escrito describas el problema, pongas las alternativas que generaste y sus consecuencias, menciones cual alternativa seleccionaste y, finalmente, describas cuál fue el resultado o consecuencia, según lo escrito, de seleccionar esa alternativa (si el resultado es negativo, también debes incluir una nueva alternativa para solucionar el problema).

Tarea:

- Realizar diariamente el ejercicio de relajación y el autoregistro de estrés.
- Realizar al menos 2 ejercicios de solución de problemas.

Nota: Recuerda que si tienes alguna duda de la tarea podremos discutirla durante la siguiente sesión, es muy importante que sigas haciéndola ya que es pieza fundamental de nuestro programa.

Tarea	Número de pulsaciones antes del ejercicio de respiración	Número de pulsaciones después del ejercicio de respiración.	Qué tan estresada de sientes (del 1 “nada estresada” al 5 “muy estresada”).
Día 1			
Día 2			
Día 3			
Día 4			
Día 5			

Ejercicio de Solución de problema en la semana

Problema		
Pensamiento (antes, durante, después)		
Sentimiento (antes, durante, después)		
Estrategia de enfrentamiento		
¿Complacida?	SÍ	NO

Sesión 6:

Entrenamiento en asertividad

El entrenamiento en asertividad te brinda una serie de herramientas para lidiar con el estrés. Esta técnica te ayudará a comunicarte mejor con otras personas, así como expresar sentimientos positivos y negativos de manera más libre. Estos ejercicios reducirán el estrés cotidiano además de que pueden llegar a mejorar la calidad de algunas de tus relaciones, ya que si las personas no comunican claramente sus intenciones pueden desarrollar conflictos con otros y generar estrés.

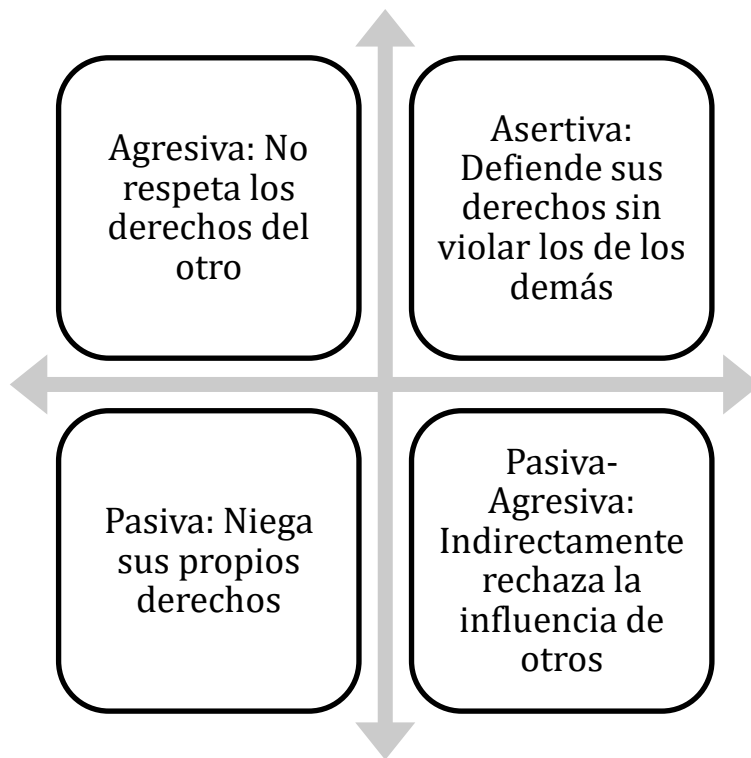
Actividad 1: Relajación autógena

Nuevamente vamos a comenzar la sesión con el ejercicio de relajación, recuerda que debes tratar de relajarte, pero no te preocupes si no llegas a relajarte por completo, la constancia y práctica te llevarán a mejores resultados. Al igual que las semanas anteriores, terminando el ejercicio debes llenar tu registro para ver qué tan estresado te sientes. Y si tuviste alguna dificultad durante la semana con el ejercicio no dudes en comentármelo. Vamos a tomar tus pulsaciones durante 15 segundos, cuántas son _____. Ahora que ya terminamos el ejercicio anota aquí el número de tus pulsaciones durante los siguientes 15 segundos _____. ¿Qué tan estresada te sientes? _____

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

Actividad 2: Tipos de comunicación

La asertividad permite a las personas defender sus derechos sin violar los derechos de los demás, expresar sus gustos y disgustos, además de dar una forma más abierta de estar en desacuerdo. Aprender a ser asertivo puede ser una tarea complicada, por lo que, comenzaremos a revisar los distintos estilos de comunicación para que evitar confundir la asertividad, con la agresividad o con la pasividad. Existen cuatro estilos de comunicación interpersonal (es decir entre las personas): Agresiva (en la cual, la persona defiende sus derechos a través de ignorar los sentimientos de los demás), Pasiva (donde la persona viola sus propios derechos al no expresar lo que en verdad siente o piensa), Pasiva- Agresiva (se resiste de manera indirecta a defender sus derechos y tiende a guardar resentimientos y a buscar formas de vengarse) y, Asertiva (defienden sus intereses y expresan directamente sus verdaderos sentimientos y pensamientos sin violar los derechos de terceros).



Actividad 3: Asertividad y Manejo del Estrés

Antes de comenzar con nuestra sesión ¿Tuviste alguna duda en la tarea? ¿Te resultó sencilla? ¿Qué se te dificultó más? Listo, ahora vamos a pasar a un tema nuevo que como verás más adelante está relacionado con todos los temas anteriores: la asertividad. ¿Sabes tú qué es la asertividad?

La asertividad es una habilidad, de la rama social de nuestras vidas, que consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, sin olvidar el respeto a los demás. Ser asertiva puede disminuir el estrés al permitir a las personas lidiar con situaciones de manera más eficiente, sin dejar a un lado sus necesidades ni violar los derechos de los demás. También promueve una comunicación más clara con menos consecuencias emocionales. En general, las personas asertivas suelen ser calmadas, directas y preocupadas de los demás. Sin embargo, cuando tienes pensamientos irracionales es más complicado ser asertivo, por lo que debes usar las técnicas que ya se aprendieron (como la modificación de pensamientos) para facilitar una comunicación asertiva real.

Las razones más comunes para no tener una comunicación asertiva son nuestros propios pensamientos como:

- *“si digo lo que quiero, puedo herir a alguien”* debido a pensamientos de que no tienes el derecho a luchar por lo que quieres
- *“me van a rechazar”* lo que nos lleva a sentirnos vulnerables o en peligro y puede manifestarse en agresión y enojo
- *“mi trabajo es hacer felices a las personas”* al tener un erróneo sentido de responsabilidad y pensar que el desacuerdo de los otros es una señal que hicimos algo malo.

¿Te identificas con alguna de estas situaciones? ¿Crees que hay alguna ventaja al no ser asertiva? ¿Cuáles son tus razones para no ser asertiva?

Para tener una comunicación asertiva debes tener los siguientes componentes:

- Mandar un mensaje asertivo, hablando con lo que tú quieres o sientes, siendo empática con el otro y sin tratar de hablar por los demás ni ser sarcástico. *“Sé que tienes mucho trabajo y que es difícil saber cuándo terminarás, pero me gustaría que me llamas si vas a llegar tarde para poder organizarme”*
- Tener una escucha efectiva, no se refiere a aceptar pasivamente sino a respetar el derecho de los demás de expresar sus pensamientos y sentimientos.
- Entender que no todas las situaciones tienen soluciones inmediatas (usando las técnicas de enfrentamiento que se vieron anteriormente, principalmente las centradas en la emoción).

Nota:

Debido a la cultura a la que pertenecemos, el ser asertivo puede ser en algunas ocasiones visto como agresivo, por lo que vale la pena realizar el cambio en el estilo de comunicación poco a poco, para evitar que las personas que te rodean se pongan a la defensiva.

Actividad 4: Siendo asertivos

Vamos a realizar una actividad para que puedas ser más asertivo, esta actividad puedes repetirla en diferentes situaciones y entre más la practiques se volverá más sencilla.

- I. Identifica una situación en la que tengas conflicto con otra persona y decide si debes actuar en ese momento o esperar.
- II. Contextualiza o ubica la situación y tomar en cuenta lo que le rodea.
- III. Planea el cambio de comunicación tomando en cuenta lo que necesitas y quieres, las necesidades del otro y sus derechos, estableciendo el día y lugar para la discusión y, expresando de manera simple, firme y concisa lo que deseas. Recuerda pensar en las consecuencias tanto positivas como negativas de tu forma de comunicarte con los demás. Y tampoco olvides modificar esos pensamientos irracionales que tienes.
- IV. Prepárate para escuchar, si no entiendes algo pide que se te aclare y no olvides hacerle saber a la otra persona que estás escuchándole y que escuchaste su punto de vista.

Nota:

Se debe recordar que una conducta asertiva no sólo es lo que se habla, sino que incluye el tono, la forma, el momento, la conducta no verbal, entre otras características.

Tarea:

- Realizar diariamente el ejercicio de relajación y el autoregistro de estrés.
- Intentar realizar un ejercicio de relajación (puede ser cualquier técnica que hayamos visto) en una situación estresante y realizar el autoregistro de estrés.
- Hacer un ejercicio de ser asertivo durante una situación en la semana y reportar los resultados la siguiente sesión (debes recordar que si existen distorsiones cognitivas deben identificarse y modificarse).

Tarea	Número de pulsaciones antes del ejercicio de respiración	Número de pulsaciones después del ejercicio de respiración.	Qué tan estresada de sientes (del 1 “nada estresada” al 5 “muy estresada”).
Día 1			
Día 2			
Día 3			
Día 4			
Día 5			
Situación estresante			

Sesión 7:

Apoyo Social y Expresión Emocional

Las técnicas que hoy revisaremos están muy relacionadas entre ellas, por ello, ocuparemos solo una sesión en revisar ambas. Así mismo, en la técnica de manejo de emociones comenzaremos por identificar nuestras respuestas, para poder modificar las situaciones que nos molestan, similar a las técnicas que ya hemos revisado. Encontrarás una relación con lo que abordamos la semana anterior, por lo que si te quedaron dudas o comentarios, no dudes en compartirlos.

Actividad 1: Relajación autógena

Vamos a comenzar con la parte de la relajación, con la técnica de la semana anterior, una vez concluido el ejercicio realizarás tu monitoreo del estrés y podremos realizar una revisión de tarea, sobretodo de tu experiencia bajo situación de estrés. ¡Vamos a comenzar! Pon aquí tu número de pulsaciones durante 15 segundos antes _____ y después del ejercicio _____. Ahora ¿qué tan estresada te sientes?

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

Ahora vamos a revisar tu ejercicio realizado en casa ¿Cómo te sentiste en la situación estresante? ¿Fue complicado? ¿Qué te gustó y qué no te gustó? ¿Crees que fue útil para ti? Ahora sí, vamos a comenzar a trabajar el tema de hoy.

Actividad 2: Apoyo social

Para iniciar necesito que narres las posibles dificultades que se han presentado desde tu diagnóstico, en tus relaciones sociales. ¿Cómo percibes el apoyo social

que recibes? ¿Has tenido problemas con tus relaciones sociales? ¿Crees que tienes alguna alteración en tus pensamientos (distorsión cognitiva) relacionada al tema y que pudieran estar alterando tus pensamientos y conductas? ¿Qué tipo de comunicación usas con tus seres cercanos: pasiva, agresiva, pasivo-agresiva o asertiva? Recuerda que, aunque los diferentes tipos de comunicación desean dar un mismo mensaje, los resultados que presentan entre cada estilo son distintos. También, como ya lo habíamos discutido, hay pensamientos automáticos (que deben modificarse) que llevan a los individuos a usar los distintos tipos de comunicación, tales como pensar que nuestra opinión no es importante o valorada.

Actividad 3: Tipos de Apoyo

Debes saber que existen distintos tipos de apoyo:

- Apoyo psicológico o emocional (aquellas personas que son guías espirituales, que reducen la sensación de desesperanza o comparten tus penas, que alientan a actividades divertidas)
- Apoyo informacional (personas que te dan información a la hora de tomar decisiones, que promueven conductas saludables)
- Apoyo tangible (los que te ayudan financieramente, ayudan a cuidar a los niños o a otras actividades, ayudan en los cuidados médicos).

Vamos a hacer una lista con las 5 personas que piensas que te ayudan más en esas áreas. Recuerda que algunos de nuestros seres queridos pueden ofrecer apoyo solo de algún tipo, pero no quiere decir que no nos apoyen. ¡Lo importante es tener una red de apoyo de calidad y apropiada a tus necesidades!

Personas en mi Red de Apoyo	Tipo de Apoyo
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Actividad 4: Manejo de emociones

Antes de seguir hablemos un poco de tus ejercicios de tarea ¿Te fue complicado actuar de manera asertiva? ¿En qué situaciones aplicaste la técnica?

A veces, cuando estamos enojados es complicado ser asertivos. Existen diversas emociones relacionadas al cáncer, una de ellas que es muy frecuente es el enojo. El enojo usualmente es a causa de frustración, decepción, dolor, diagnóstico de cáncer, intimidaciones, falta de entendimiento de los demás, intolerancia, gente desconsiderada o de no conseguir las cosas como tú las querías. ¿Cómo te sientes por enojarte? ¿Mala, avergonzada o sientes que está bien enojarse? ¿Cómo expresas tu enojo o cuáles son tus conductas para no demostrar tu enojo?

El sentirse enojado es algo normal que todos sentimos de vez en cuando, sin embargo, estar enojada todo el tiempo o no manejar mi emoción tiene repercusiones en la salud como: incremento de la presión sanguínea, el ritmo cardiaco, la tensión muscular, además de la sensación de nudo en el estómago, el enrojecimiento, temblores y, las cogniciones como de venganza o de culpa.

Por ello, es importante aprender a manejarlo, para evitar que nos dañe. La forma es muy similar a otras técnicas que hemos revisado.

- I. Percátate de tus síntomas
- II. Valida tu emoción negativa y no trates de negarlo o ignorarlo
- III. Decide si actuar o esperar (dependiendo de la situación como quién es la persona con la que me he enfadado o molestado, factores externos que tal vez te hacen sentir más molesto como el hambre o factores internos como pensamientos irracionales)
- IV. Actuar de manera asertiva, reconociendo mis necesidades y las necesidades de las otras personas y valorando las consecuencias positivas y negativas.

- V. Si no es posible actuar de manera asertiva, realizar una actividad que me guste y que permita modificar la emoción negativa por una más positiva, como hacer alguna actividad física, salir a caminar, dibujar o escribir.

Nota:

Sentir enojo o tristeza ante algunas situaciones es normal y esperado, por lo que sentirte así no te hace responsable de tu enfermedad.

Tarea:

- Realizar ejercicio de relajación y autoregistro de estrés.
- Integrarte a dos actividades recreativas que impliquen relaciones con otras personas, para que puedas narrar tu experiencia en la siguiente sesión.
- Practicar su expresión de emociones y comunicación asertiva, haciendo modificación de pensamientos irracionales si es necesario.
- Revisar los temas antes vistos por si surge alguna duda poder expresarla en nuestra última sesión.

Tarea	Número de pulsaciones antes del ejercicio de respiración	Número de pulsaciones después del ejercicio de respiración.	Qué tan estresada de sientes (del 1 “nada estresada” al 5 “muy estresada”).
Día 1			
Día 2			
Día 3			
Día 4			
Día 5			

Sesión 8:

Cierre

Esta es la última sesión del programa, vamos a recordar de manera breve todas herramientas y técnicas, que aprendiste durante estas 8 semanas. Además de aclarar dudas para que las técnicas sean de utilidad ahora y también en el futuro. Pero antes de comenzar ¿Cómo te fue con tu tarea de la semana? ¿En cuáles actividades te integraste? Si tuviste alguna dificultad ¿empleaste la técnica de solución de problemas?

Actividad 1: Relajación

Una vez más comenzaremos la sesión con una técnica de relajación. En esta ocasión, comenzaremos con respiración diafragmática para continuar con imaginería. Una vez concluido el ejercicio vas a llenar tu autoregistro y después vamos a comparar cómo has ido modificando tus niveles de estrés durante las sesiones. Vamos a comenzar. Cuenta tus pulsaciones durante los siguientes 15 segundos _____. Ahora que finalizó el ejercicio coloca el número de pulsaciones, durante 15 segundos aquí _____. ¿Te sientes estresada? _____

1	2	3	4	5
Nada Estresada				Muy Estresada

¿Tienes alguna duda acerca de alguno de los ejercicios? ¿En qué situaciones te han sido útiles y qué opinas de la relajación? Recuerda que es muy importante seguir practicándolos en tu día a día, seleccionando aquel ejercicio que se adapte más a ti y a cada situación. ¡No importa la hora del día, lo importante es la constancia para que tengas mejores resultados!

Actividad 2: Revisión de sesiones

Vamos a comenzar a dar un vistazo, en general, de la información que vimos durante el programa y también de su aporte práctico en tu vida.

Para comenzar, debemos recordar lo importante que es el estrés en nuestras vidas, ya que nos alerta de un problema existente, pero es necesario frenar sus efectos negativos cuando el estrés toma control de nuestras vidas, ya que el incremento de niveles de estrés lleva al incremento de problemas y a daños en nuestra salud.

Posteriormente, se trabajó en mejorar el reconocimiento de nuestros sentimientos, pensamientos y reacciones físicas, ya que, al reconocerlos tenemos una mayor posibilidad de poder trabajar en ellos y modificarlos.

Recuerda que hay situaciones que no se pueden cambiar debido a la naturaleza del problema, pero que las reacciones de las personas ante el problema pueden cambiar, lo importante es tener un enfrentamiento adecuado ante las situaciones estresantes.

También revisamos que los pensamientos impactan en nuestras emociones y conductas y que hay pensamientos automáticos e irracionales que deben ser reestructurados o modificados para tener una visión más funcional de las situaciones a las cuales nos enfrentamos.

Vimos que debemos solucionar los problemas usando técnicas adecuadas, para no pasar mucho tiempo en el mismo problema y obtener los resultados deseados.

Las últimas sesiones, trabajamos con la interacción con los demás, incluso te integraste a actividades recreativas. Estudiamos que un mismo mensaje puede expresar cosas distintas dependiendo de factores como el tono, la conducta no verbal o el cómo actuamos y el contexto o circunstancia. Pero es importante buscar ser asertivos y comunicarnos asertivamente con los demás, para que nuestros derechos sean escuchados y respetar los derechos de los demás.

Así mismo, aprendimos que existen distintos tipos de apoyo social y que lo importante es reconocer quienes forman parte de nuestra red de apoyo, y saber que cada persona puede estar disponible para cuando la necesitemos de distintas formas.

Finalmente, no olvides que aún con estas técnicas sentir enojo, estrés o tristeza ante algunas situaciones es normal y esperado, pero que sentirte así no te hace responsable de enfermedades físicas que pudieran presentarse.

Actividad 3: Plan de mantenimiento

¡Muchas felicidades! Ya has finalizado el programa, pero antes de terminar es importante que sepas que estas técnicas son herramientas que ahora tienes, para enfrentar las situaciones que la vida te presenta. ¿Te gustaría incluir el programa de manejo de estrés a tu vida diaria? ¿Crees que podrás usar algunas de estas técnicas en el futuro? ¿Qué técnicas crees que usarás más? ¿En qué momento del día podrías seguir con tus ejercicios?

Es muy sencillo, solo continúa trabajando en el reconocimiento de tus reacciones y en modificarlos cada que sea necesario con las técnicas que aquí aprendiste. Recuerda que algunas situaciones no pueden ser resueltas inmediatamente e incluso no se resuelven de la manera deseada (aun empleando los estilos de enfrentamiento adecuados), para ellos tienes las técnicas de relajación que te ayudarán a disminuir tus niveles de estrés.



Anexo 6. Fichas descriptivas de sesiones de la Intervención.

Sesion 0: Pre evaluación.

Objetivo: Evaluar los síntomas y la percepción del estrés de las participantes previo a la intervención para tener una medida de comparación con la evaluación al término del tratamiento.

Materiales:

- Entrevista semi-estructurada: Cuestionario realizado *ex profeso* para la presente investigación.
- Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados (PEPH, Badillo, Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2012); versión adaptada para pacientes con cáncer (PEPH-C).
- Termómetro de distrés (Holland, 1999).
- Consentimiento Informado
- Lápiz

Técnicas empleadas: Entrevista semi-estructurada.

Duración: 60-90 minutos.

Procedimiento:

Se realizará una presentación ante las participantes y se explicará brevemente los objetivos de la intervención. Se explicará que existe una lista de espera y que existe la posibilidad de que la intervención no comience en 4 días si no hasta dentro de 6 semanas. Se procederá, si están de acuerdo, a firmar el consentimiento con

información. Posteriormente, se realizará una entrevista semi estructurada para recolectar los datos clínicos y socio-demográficos. Una vez concluida la entrevista se aplicará la batería de pruebas psicométricas que incluyen la Escala de Percepción de Estrés en Pacientes Hospitalizados (PEPH, Badillo, Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2012); versión adaptada para pacientes con cáncer (PEPH-C) y el Termómetro de distrés (Holland, 1999). Al finalizar, se informará acerca de donde tomarán lugar las sesiones y a su vez se recalcará la importancia de asistir a tiempo a las sesiones.

Sesión 1: Introducción: Psicoeducación cáncer y estrés.

Objetivo: Familiarizar a la participante con la información básica del programa, el estrés, sus causas, consecuencias y sus principales síntomas, así como con la técnica de respiración diafragmática.

Materiales:

- Presentacion Power Point
- Cuestionario sobre Síntomas de Estrés de Reynoso (1997)
- Pluma y papel.
- Manual de trabajo
- Bitácora de sesión terapéutica.

Técnicas empleadas: Psicoeducación, Respiración diafragmática.

Duración: 90 minutos.

Procedimiento:

Durante los primeros 15 minutos de sesión la terapeuta se presentará ante las participantes y ofrecerá una retroalimentación positiva por haberse integrado al programa. Se entregará el manual de trabajo a las participantes. Se aclararán diversos puntos acerca de las sesiones que contiene el programa de intervención. Para comenzar, se reiterará la duración aproximada, la hora y el lugar en dónde se llevarán a cabo las sesiones. Posteriormente, se hablará acerca de las probables expectativas que la participante puede tener del programa. Se aclarará que el programa está diseñado para ofrecer beneficios a través de un manejo saludable del estrés, nuevas estrategias efectivas de enfrentamiento y entrenamiento en relajación para mujeres que están lidiando con cáncer de mama, esto incluye el estrés generado en situaciones que se encuentran en su vida diaria y no sólo los temas relacionados con la enfermedad. A su vez, se aclarará la importancia de asistir a todas las sesiones ya que en cada sesión se tocarán temas nuevos y el programa se compone de módulos que se van ligando unos con otros. Se establecerá que las sesiones se dividirán en dos partes. La primera parte abarcará la discusión de diferentes temas, así como ejercicios, tanto en la sesión como en casa, que facilitan el aprendizaje de diferentes habilidades para el manejo del estrés. La segunda parte son los ejercicios de relajación, que facilitarán el manejo de aspectos fisiológicos, cognitivos y emocionales del estrés, al reducir la tensión física y liberar de pensamientos negativos recurrentes. También se hará hincapié en que las tareas semanales son tan importantes como asistir a las sesiones y necesarias para obtener mejores beneficios. La segunda actividad será la psicoeducación de cáncer y estrés, durante aproximadamente 20 minutos, se ofrecerá una definición del estrés y se cuestionará a la participante acerca de qué

cosas en su vida le parecen estresantes. Posteriormente, los siguientes 20 minutos se hará la actividad 2 del manual que es una lista de síntomas comunes del estrés y se aplicará una lista de chequeo para que la participante identifique sus propios síntomas, se le comentará que nuestra primera meta es incrementar el reconocimiento de nuestra propia respuesta de estrés, para poder identificar la fuente de estrés o estresor y poder lidiar con ello. Se introducirá el concepto de respuesta de fuga o lucha y como puede tener una reacción negativa en el cuerpo como una mala recuperación de enfermedades, exacerbación de síntomas en enfermedades crónicas y afectaciones en la función cardiaca e inmunológica. Así mismo, a través de un ejercicio práctico se hará una demostración del proceso llevado a cabo después de un evento o situación estresante, se le pedirá que en una primera columna describa el evento, en la segunda describa como se dio cuenta que la situación era estresante, en la tercera se identificarán los pensamientos que tuvo en ese momento y en la última columna se expondrán los cambios fisiológicos y emocionales que presento o cuál fue su reacción. Una vez concluida la sesión de psicoeducación, durante la última media hora de la sesión, se comenzará con la técnica más básica de la relajación: la respiración diafragmática. Se dará una breve explicación de su uso y se aclarará que puede no sentirse completamente relajado durante el primer ejercicio ya que es una cuestión de práctica, se tomará el pulso de la participante y se explicará cómo se realiza y se procederá a leer las instrucciones para realizar el ejercicio. Una vez finalizado, se discutirá acerca de la experiencia de relajación, sus cambios emocionales y fisiológicos, y si hubo algún pensamiento en el procedimiento y se procederá a tomar pulso y al llenado del autoregistro de estrés. Para finalizar la sesión, se le pedirá que realice al menos una

vez al día el ejercicio de relajación y que lleve un autoregistro de sus niveles de estrés. Se les comentará a los participantes que a partir de la siguiente sesión se va a comenzar con el ejercicio de relajación y después se realizara la parte de discusión, para que el comienzo de la sesión sea tranquilizador y facilite los ejercicios al estar frescos y relajados.

Sesión 2: Identificación y debate de pensamientos

Objetivo: Identificar pensamientos automáticos, así como distorsiones cognitivas y reemplazarlos por pensamientos más racionales.

Material:

- Presentación Power Point
- Manual de trabajo
- Hojas de papel
- Plumas
- Bitácora de sesión terapéutica.

Técnicas empleadas: Respiración Diafragmática, Imaginería, Debate Cognitivo.

Duración: 90 minutos.

Procedimiento:

Se comenzará la sesión con la actualización de estado de ánimo de la participante y después con la revisión de tarea. La revisión se llevará en aproximadamente 10

minutos y será una pequeña discusión acerca de las dificultades que tuvo el participante con la práctica en casa de la relajación, se le cuestionará acerca de las veces que tuvo la oportunidad de realizar los ejercicios, en dónde los realizó y se retroalimentará acerca de sus autoreportes de niveles de estrés. Se continuará con un ejercicio de imaginería que se llevará aproximadamente 30 minutos. Primero se comentará que la imaginería también se emplea como un ejercicio de relajación ya que brinda una imagen en la cual poder centrarse para reducir las rumiaciones y las repercusiones generadas por los pensamientos negativos como son el “no puedo hacer algo”, teniendo en la mente una imagen positiva y relajante. Se le pedirá a la participante que piense en un lugar especial donde se sienta relajada y tranquila, puede ser un espacio donde ya ha estado o un lugar creado en su mente que tenga elementos que la hagan sentir segura y relajada. Se procederá a dar las instrucciones siempre pidiendo que la participante genere una imagen con la mayor cantidad de detalles posibles y una vez finalizado el ejercicio se procederá a cuestionar a la participante como se sintió durante el mismo. Se tomarán 10 minutos de la sesión para comenzar con un breve repaso acerca de la sesión anterior, mencionando que una situación estresante tiene componentes cognitivos, emocionales, conductuales, fisiológicos y sociales. Se procederá a revisar una breve presentación acerca de qué son los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, representados a través de viñetas para su mayor comprensión y se procederá a un ejercicio de aproximadamente 15 minutos en el cual, se le planteará la situación de que desde su diagnóstico no ha escuchado de alguno de sus amigos más cercanos, para que la participante intente identificar qué se diría a sí misma y así el tipo de distorsiones que tiene y las emociones que se

asocian con esos pensamientos. Se hará hincapié acerca de la estrecha relación de pensamientos y emociones, incluso para hacerlo más obvio se hará un ejercicio de imaginación de probar el jugo de un limón. Se procederá, durante aproximadamente 20 minutos, a tratar de identificar los patrones de pensamiento negativos y los pensamientos automáticos, así como las consecuencias que estos tienen en sus emociones y su respuesta física y se tratará de reemplazarlos por otros pensamientos equilibrados y funcionales, para finalmente evaluar ese nuevo pensamiento y sus consecuencias en sus emociones. Se le asignará la tarea de tratar de corregir sus distorsiones cognitivas usando la técnica que se empleó en el ejercicio anterior, así como de continuar con sus ejercicios de respiración y su autoreporte de estrés.

Sesión 3: Estilos de enfrentamiento

Objetivo: Dotar al participante de estrategias para poder hacer uso de estilos de enfrentamiento más saludables y funcionales.

Material:

- Presentación Power Point
- Manual de trabajo
- Hojas de papel
- Plumas
- Bitácora de sesión terapéutica.

Técnicas empleadas: Modificación de pensamientos, Imaginería, Psicoeducación, Entrenamiento en estilos de enfrentamiento.

Duración: 90 minutos.

Procedimiento:

Se comenzará la sesión con la actualización de estado de ánimo de la participante y después con la revisión de tarea (5 minutos aproximadamente). Será una breve discusión acerca de los ejercicios de respiración realizados en casa, se preguntarán dudas o dificultades acerca de la técnica y se procederá a checar los niveles de estrés reportados durante los ejercicios de esa semana. Se continuará para realizar la toma de pulsaciones y nuevamente un ejercicio de imaginería para aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de la técnica, durante aproximadamente 20 minutos. Una vez concluido el ejercicio se hará un breve repaso de lo visto en la sesión anterior y se revisará la tarea acerca de los pensamientos automáticos y sesgos cognitivos identificados durante la semana, así como un nuevo ejercicio en el cual se hará el reemplazo por otros más equilibrados, esta actividad tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos. Al terminar la discusión, se comenzará a revisar una presentación de 5 minutos en la cual se introduzca el término enfrentamiento y sus significados para distintas personas, se hará un pequeño ejercicio de sus experiencias de enfrentamiento en distintas situaciones estresantes experimentadas. Posteriormente, se dará la definición de enfrentamiento y se mencionarán los distintos estilos de enfrentamiento, se recalcará que varios de los ejercicios realizados en las sesiones anteriores, tales como emplear técnicas de

relajación y modificar pensamientos irracionales, son estrategias de enfrentamiento. Durante aproximadamente 20 minutos se hará un ejercicio en el cual la participante identificará distintas situaciones estresantes de su vida cotidiana y se les asignará una estrategia de enfrentamiento que sea útil para esa demanda. Se intentará comenzar con ejemplos fisiológicos, tal como el dolor, en lugar de con ejemplos de emociones debido a que diversas participantes pueden no sentirse cómodas con las respuestas emocionales generadas en el ejercicio. Una vez terminado el ejercicio, en el tiempo restante, se realizará una pequeña discusión en la cual se le cuestionará a la participante acerca de los estilos de enfrentamiento que tiende a usar y si pueden modificarse por otros que se adapten más a las situaciones vividas. Al finalizar se le dejará de tarea identificar los patrones de enfrentamiento empleados durante la semana y realizar al menos 1 vez al día un ejercicio de relajación con su reporte de pulsaciones y nivel de estrés experimentado.

Sesión 4: Solución de Problemas

Objetivo: Explicar cadenas conductuales y comenzar con la identificación de situaciones problemáticas.

Material:

- Presentación Power Point
- Manual de trabajo
- Hojas de papel
- Plumas
- Bitácora de sesión terapéutica.

Técnicas empleadas: Entrenamiento en solución de problemas, Imaginería

Duración: 90 minutos

Procedimiento:

Se comenzará la sesión con la actualización de estado de ánimo de la participante y después con la revisión de tarea (5 minutos aproximadamente). Se cuestionará a la participante acerca de sus actividades en casa de relajación y se continuará, los siguientes 20 minutos, con la toma de pulso y un ejercicio de imaginería, acompañado con el autoregistro de estrés y pulsaciones después del ejercicio. Una vez concluido, se hará una breve retroalimentación con la participante. Al concluir la parte de relajación, se hará, durante 15 minutos, un breve repaso de las sesiones anteriores y se hará un resumen en el cual se integrará la información vista hasta el momento. El resto de la sesión se introducirá a la nueva técnica que es el entrenamiento de solución de problemas. Se centrará en que la solución de problemas afecta la manera en que la persona entiende, piensa y reacciona ante un problema en general. Se mencionará que es común y normal tener dificultades o problemas en la vida sobre todo con el cáncer, y su tratamiento, y que se recomienda no pasar mucho tiempo enfocado en un problema en particular o en un mismo estilo de solución de problema. Dentro del programa de solución de problemas se manejarán cuatro áreas de habilidad: la definición y formulación del problema, para entender la naturaleza del problema, poner objetivos realistas e identificar obstáculos; la generación de alternativas a través de lluvia de ideas; la toma de decisiones contando con la habilidad de predecir consecuencias y resultados

deseados; y la implementación de la solución y verificación, la cual es la habilidad para llevar a cabo la solución , monitorear los efectos, tener un reforzamiento positivo si el resultado fue positivo y alternativas si no fue efectivo. Se comenzará haciendo una lista de los problemas que actualmente tiene la participante para sensibilizarla acerca de la importancia de la técnica, posteriormente la participante va a enumerar los problemas de acuerdo a su relevancia actual en su vida, esta actividad se calcula que se lleve a cabo en aproximadamente 20 minutos. Se mencionará que en esta primera sesión vamos a comenzar por definir un problema. Se aclarará que se deben buscar los hechos, describirlos con un lenguaje claro, identificar los obstáculos y conflictos y definir metas realistas. Se pedirá que de tarea continúe la práctica diaria de la relajación, así como su monitoreo y que realice un ejercicio de describir por escrito 5 problemas de su lista con sus metas realistas, sus obstáculos y recursos de enfrentamiento para mostrarlo en la siguiente sesión.

Sesión 5: Solución de Problemas

Objetivo: Mejorar las habilidades de enfrentamiento, disminuir el estrés e incrementar la calidad de vida en general a través de resolver situaciones problemáticas o complejas.

Material:

- Presentación Power Point
- Manual de trabajo
- Hojas de papel
- Plumas

- Bitácora de sesión terapéutica.

Técnicas empleadas: Entrenamiento en solución de problemas, Relajación Autógena

Duración: 90 minutos

Procedimiento:

Se comenzará la sesión con la actualización de estado de ánimo de la participante y después con la revisión de tarea (5 minutos aproximadamente). Se cuestionará a la participante acerca de sus actividades en casa de relajación y se continuará, los siguientes 30 minutos, con la toma de pulso y un ejercicio de relajación muscular progresiva, acompañado con el autoregistro de estrés y pulsaciones después del ejercicio. Se presenta la técnica de relajación autógena, como un método empleado para relajar sistemáticamente varios grupos musculares del cuerpo, sin dañar a las personas con alguna situación física como pudiera ocurrir durante la relajación muscular progresiva. Se resaltaré la importancia de notar las sensaciones generadas en el cuerpo. Se procederá a realizar un ejercicio completo de relajación autógena y una vez concluido se le pedirá a la participante que comente acerca de las sensaciones que tuvo durante el ejercicio, se aclarará que no siempre es posible llegar a un estado de relajación en el primer ejercicio y que este se facilitará con la práctica. Al concluir la parte de relajación, se continuará con el entrenamiento de solución de problemas. En esta sesión se trabajará con la toma de decisiones, contando con la habilidad de predecir consecuencias y resultados deseados, así como con la implementación de la solución y verificación. Esto se refiere a la

habilidad para llevar a cabo la solución, monitorear los efectos, tener un reforzamiento positivo si el resultado fue positivo y alternativas si no fue efectivo. Después de aproximadamente 15 minutos, una vez concluida la presentación se realizará un ejercicio de 10 minutos con la participante en el cual va a dar soluciones a los problemas previamente trabajados, para posteriormente realizar una tabla, en aproximadamente 20 minutos, en la cual se evaluarán las alternativas. Para la toma de decisiones se realizará una tabla en la cual a cada alternativa se le evaluará a través de los efectos personales, sociales, a corto plazo, a largo plazo, que tanta probabilidad hay que funcione y que tan sencillo es que lo pueda llevar a cabo. Se pedirá que de tarea continúe la práctica diaria de la relajación, así como su monitoreo y que realice un ejercicio de solución de problemas para mostrarlo en la siguiente sesión. A su vez, se le pedirá que revise la información que se le ha brindado y verifique que todo le parezca claro o pregunte sus dudas para la siguiente sesión.

Sesión 6: Entrenamiento en asertividad

Objetivo: Definir los tipos de comunicación y el término asertividad para poder modificar pensamientos automáticos asociados al tema que impiden la correcta comunicación con otros.

Material:

- Presentación Power Point
- Manual de trabajo
- Hojas de papel

- Plumas
- Bitácora de sesión terapéutica.

Técnicas empleadas: Entrenamiento en asertividad, Expresión emocional, Relajación Autógena

Duración: 70 minutos.

Procedimiento:

Se comenzará la sesión con la actualización de estado de ánimo de la participante y después con la revisión de tarea (5 minutos aproximadamente). Se cuestionará a la participante acerca de sus actividades en casa de relajación y se continuará, los siguientes 20 minutos, con la toma de pulso y un ejercicio de relajación autógena, acompañado con el autoregistro de estrés y pulsaciones después del ejercicio. También se preguntará a la participante acerca de su experiencia en la semana con la nueva técnica de relajación, además se reflexionará si es que piensa que pudiera usar la relajación en alguna situación que aún no ha intentado, se cuestionará acerca del número de veces y lugar donde se realizó el ejercicio, también se cuestionará acerca de las dificultades que sintió al realizarlo y si tiene alguna duda del ejercicio. Como tarea se pedirá que al menos se practique la técnica una vez al día y de preferencia en alguna situación estresante y posteriormente llenar su autoregistro. Durante 15 minutos, una vez finalizado el ejercicio, se procederá a realizar un pequeño resumen de la sesión anterior, se hará una presentación en la cual se definirá asertividad y su utilidad en la vida diaria. Se hará hincapié en la

parte cultural mexicana y su implicación en la asertividad. Se hará una actividad de aproximadamente 15 minutos de autoevaluación para la participante en la cual analizará si es o no asertiva y sus razones. El resto del tiempo se hará una actividad para entrenar a la participante para ser asertiva. Con una situación seleccionada debe decidir si debe actuar en ese momento o esperar, contextualizar la situación y tomar en cuenta los factores que le rodean, y finalmente actuar tomando en cuenta lo que la otra persona necesita de la situación, las necesidades propias, cual es el resultado deseado y cuando es el tiempo correcto de tomar acción. Se debe recordar que una conducta asertiva no sólo es lo que se verbaliza, sino que incluye el tono, la forma, el momento, la conducta no verbal, entre otras características. Como trabajo en casa se pedirá ser asertivo durante una situación en la semana y reportar los resultados la siguiente sesión, se debe recordar que si existen distorsiones cognitivas deben identificarse y modificarse.

Sesión 7: Apoyo Social y Expresión emocional

Objetivo: Definir el apoyo social y modificar patrones de expresión emocional agresivos o pasivos que impiden la correcta percepción del apoyo social por comunicación asertiva.

Material:

- Presentación Power Point
- Manual de trabajo
- Hojas de papel
- Plumas

- Bitácora de sesión terapéutica

Técnicas empleadas: Expresión emocional, Debate de pensamientos, Relajación Autógena, Apoyo social.

Duración: 80 minutos.

Procedimiento:

Se comenzará la sesión con la actualización de estado de ánimo de la participante y después con la revisión de tarea (5 minutos aproximadamente). Se cuestionará a la participante acerca de sus actividades en casa de relajación y se continuará, los siguientes 20 minutos, con la toma de pulso y un ejercicio de relajación muscular progresiva, acompañado con el autoregistro de estrés y pulsaciones después del ejercicio. Se realizará nuevamente el ejercicio de relajación autógena, recordando que es muy importante practicar la relajación para que esta tenga mejores resultados. Una vez concluido, se mostrará una presentación de Power Point de aproximadamente 15 minutos en la cual se definirá el término apoyo social. Se pedirá a la participante que narre posibles dificultades que se han presentado desde el diagnóstico en sus relaciones sociales, se pedirá comparta como percibe su apoyo social, se exhortará a la participante a pensar en las posibles distorsiones cognitivas que pudiera tener relacionadas al tema y que pudieran estar alterando sus pensamientos y conductas. En la presentación también se definirán los tipos de apoyo social. Se proseguirá con una revisión de la tarea del entrenamiento de asertividad (5 minutos) en la que la participante hablará si encontró alguna dificultad al realizar la actividad. Se continuará hablando del manejo de las emociones, se

comentará que tener emociones negativas como sentirse enojado es algo normal, sin embargo, puede tener repercusiones en la salud. Por ello, se recalcará la importancia de aprender a manejarlo. El resto de la sesión se procederá a una actividad en la cual la participante definirá cómo es su respuesta de enojo tanto en las sensaciones fisiológicas como puede ser tener tensión, enrojecimiento, temblores, en las cogniciones como de venganza o de culpa, en las emociones como el odio, irritación o hartazgo y en las conductas como irse o atacar. Se cuestionará acerca de sus actitudes referentes al enojo a través de cuestionar el cómo se siente por enojarse si siente que es malo, se avergüenza, o siente que está bien enojarse. También se preguntará el cómo expresa su enojo o cuáles son sus conductas para no demostrar su enojo y cuáles son los patrones de expresión del enojo. Se le mencionará cuales son las posibles respuestas a considerar y se retomará el tema de comunicación asertiva al expresar las emociones negativas y si no tratar de expresarlo de otra forma que le permita sentirse mejor. Como tarea se le pedirá a la paciente que continúe realizando el ejercicio de relajación y su reporte de pulsaciones y nivel de estrés al menos una vez al día, y se pedirá a la participante que se integre a dos actividades recreativas que impliquen relaciones con otras personas para que pueda narrar su experiencia en la siguiente sesión. Se le reiterará que es normal sentir enojo o tristeza ante algunas situaciones y que el sentirse así no la hace responsable de su enfermedad. Así mismo, se le pedirá revisar los temas anteriormente tratados para ver si queda alguna duda y trabajarla en la siguiente y última sesión.

Sesión 8: Cierre

Objetivo: Realizar una revisión de las técnicas empleadas en sesiones anteriores, exponer y resolver dudas, y aterrizar a la vida cotidiana las funciones de todas las sesiones.

Material:

- Presentación Power Point
- Manual de trabajo
- Hojas de papel
- Plumas
- Bitácora de sesión terapéutica

Técnicas empleadas: Psicoeducación, Imaginería

Duración: 60 minutos

Procedimiento:

Se comenzará la sesión con la actualización de estado de ánimo de la participante y después con la revisión de tarea (5 minutos aproximadamente). Se cuestionará a la participante acerca de sus actividades en casa de relajación y se continuará, los siguientes 20 minutos, con la toma de pulso y un ejercicio de relajación, acompañado con el autoregistro de estrés y pulsaciones después del ejercicio. Se procederá a realizar un ejercicio de respiración diafragmática seguido con un ejercicio de imaginería. Una vez concluido el ejercicio se preguntarán dudas acerca de los ejercicios de relajación, y se pedirá que hagan una pequeña retroalimentación

de lo que pensaban acerca de ellos y en qué momentos los han utilizado. Se recalcará la importancia de seguir practicándolos en la vida cotidiana y de seleccionar aquel ejercicio que se adapte más a cada persona y a cada situación. Una vez concluida la actividad, durante la siguiente media hora, se procederá a la revisión de tarea y a preguntar acerca de las dudas de las sesiones anteriores, a través de una presentación de Power Point se realizará un pequeño resumen acerca de las sesiones y de su aporte práctico en la vida de las participantes. Se debe enfatizar que una emoción negativa es buena para alertarnos de un problema existente, pero se debe minimizar los efectos negativos de esas emociones ya que el incremento de la intensidad de sentimientos negativos lleva al incremento de problemas. Recordar que hay problemas que no se pueden resolver debido a la naturaleza del problema pero que las reacciones de la persona ante el problema deben cambiar. Finalmente se darán las gracias a las participantes por su presencia durante la intervención y una retroalimentación positiva por haber concluido las sesiones.

Anexo 7. Matriz de evaluación para validación de manual por jueceo.

	Es Claro	Ofrece información completa	Es útil/ relevante	Comentarios
Sesión 1				
Sesión 2				
Sesión 3				
Sesión 4				
Sesión 5				
Sesión 6				
Sesión 7				
Sesión 8				
Manual en general				

Anexo 8. Evaluación de participantes. Piloteo Manual de trabajo.

1	El manual te parece interesante	SÍ	NO
2	El manual te parece comprensible	SÍ	NO
3	El manual te parece útil	SÍ	NO
4	Desde tu punto de vista, qué agregarías al manual:		
5	Desde tu punto de vista, qué quitarías del manual:		
Comentarios:			