

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN
PSICOLOGIA DE LA SALUD**



**EFFECTOS DE UNA INTERVENCION COGNITIVO – CONDUCTUAL EN LA
CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y
CUIDADOR PRIMARIO**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

LIC. BRENDA JUDIT URIAS LOPEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RENE LANDERO HERNANDEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, AGOSTO DE 2012

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

La presente tesis titulada **“Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en la Calidad de Vida de Pacientes con Cáncer de Mama y Cuidador Primario”** presentada por Brenda Judit Urias López ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. René Landero Hernández
Director de tesis

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
Revisor de tesis

Dr. David Hernández Barajas
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Agosto de 2012

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. René Landero Hernández, asesor y director de mi tesis por el apoyo constante que me ha brindado, por su ejemplo de trabajo constante dirigido al objetivo y porque de él aprendí a desarrollar competencias teóricas -metodológicas que me ayudan a mantener la búsqueda constante para encontrar las representaciones de las estructuras del conocimiento.

También quiero expresar un agradecimiento muy especial a la Dra. Mónica Teresa González Ramírez, quien también forma parte del Comité de Tesis, además de ser una gran investigadora, que sirve de ejemplo para muchos, por su empeño constante dentro del campo de la investigación.

Así como al Dr. David Hernández Barajas por formar parte del Comité de Tesis y sobre todo, por sus valiosas sugerencias e interés en la revisión del presente trabajo y también por ayudarme incondicionalmente en procesos de aceptación para poder realizar mi intervención dentro del Hospital Universitario.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Al Director de nuestra Facultad de Psicología Mtro. Arnoldo Téllez López, por el apoyo que me han brindado para cursar la Maestría. Y a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo.

De la misma forma al Dr. José Cruz por ser una persona muy importante que me apoyó durante mi maestría, y es un gran ejemplo a seguir para muchos.

RESUMEN

El cáncer de mama en México se ha ido incrementando en los últimos diez años, ubicándolo en el primer lugar desde 2006, de acuerdo con la INEGI. Es importante hacer énfasis en la prevención y la importancia acerca de los programas para mejorar la reducción de síntomas psicosomáticos tanto en cuidador primario y el paciente oncológico, como lo son la intervención de Terapia Cognitivo Conductual para de esta forma evitar futuras enfermedades. El objetivo es implementar un programa usando técnicas Cognitivo Conductual para mejorar calidad de vida y variables psicosociales en pacientes con cáncer de mama y cuidador primario. Evaluar la eficacia del programa de intervención para mejorar la calidad de vida y variables psicosociales en pacientes con cáncer de mama mediante técnicas Cognitivo Conductual.

Método: Se hará un estudio de tipo pre-experimental. En este estudio se planea trabajar con un grupo de pacientes del Centro Universitario Contra el Cáncer del Hospital Universitario, por medio de estrategias de intervención cognitivo-conductual y comparar los resultados con un grupo control (*pretest – posttest*). Con una n= 11 de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Palabras clave: Cáncer de mama, Variables psicosociales, Intervención Cognitivo-conductual, Cuidador primario.

ABSTRACT

The Breast cancer in Mexico has been increasing over the past decade, placing it in the first place since 2006, according to INEGI. It is important to emphasize prevention and the importance on programs to improve the reduction of psychosomatic symptoms in both primary caregiver and cancer patient, intervention such as Cognitive Behavioral Therapy in this way to prevent future disease.

The objective is to implement a program using Cognitive Behavioral techniques to improve quality of life and psychosocial variables in patients with breast cancer and primary caregiver. Evaluate the effectiveness of the intervention program to improve the quality of life and psychosocial variables in patients with breast cancer Cognitive Behavioral techniques.

Method: We will study pre-experimental type. In this study we will be working with a group of patients of University Cancer Center of University Hospital, strategies through cognitive-behavioral intervention and comparing the results with a control group (pretest - posttest). With n = 11 in the city of Monterrey, Nuevo León

Keywords: Breast cancer, psychosocial variables, cognitive-behavioral intervention, primary caregiver.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	11
INTRODUCCION.....	11
Definición del Problema	16
Justificación de la Investigación	17
Objetivos	18
Hipótesis o Preguntas de investigación	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEORICO.....	20
1.- CANCER.....	20
Epidemiología.....	20
Cáncer de mama.....	21
2.- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	22
Surgimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual	24
Aportes de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de pacientes con cáncer.....	27
PACIENTE CON CANCER DE MAMA: EL MALESTAR EMOCIONAL Y VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL CANCER.....	32
IMAGEN CORPORAL	34
Sexualidad	34
ESTRES	36
Factores de Riesgo relacionados al Estrés.....	36
CALIDAD DE VIDA.....	41
Estrategias de afrontamiento y calidad de vida	43
Expectativas y calidad de vida	44
Locus de control y calidad de vida	45
APOYO SOCIAL PERCIBIDO.....	47
PENSAMIENTOS AUTOMATICOS NEGATIVOS.....	49
CUIDADOR PRIMARIO	52
Síndrome de Burnout del Cuidador Primario	53
Características Físicas.....	54

Características Emocionales	55
CAPITULO III	58
METODO	58
PARTICIPANTES	58
INSTRUMENTOS	59
Escala de Estrés Percibido.....	59
EORTC QLQ-C30 3.0 Calidad de Vida	59
Apoyo social	60
Cuestionario de imagen corporal.....	60
Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-R).....	61
Escala de sobrecarga del cuidador – Test de Zarit	62
PROCEDIMIENTO.....	63
CAPITULO IV	65
PROGRAMA DE INTERVENCION.....	65
INICIO DE SESIONES.....	67
SESION #1: Pacientes con cáncer de mama y cuidador primario	67
Presentación y aplicación de los instrumentos de medición de variables y explicación sobre el cáncer de mama.	67
SESION #2: Pacientes con cáncer de mama y cuidador primario	71
Estrés y Sistema Inmune.....	71
SESION: #3 Pacientes con cáncer de mama.....	72
Reestructuración Cognitiva con un registro ABC	72
SESION # 4: Pacientes con cáncer de mama.....	73
Solución de Problemas.....	73
SESION: # 5 Pacientes con cáncer de mama.....	74
SESION # 6: Pacientes con cáncer de mama.....	75
Autoevaluación Precisa	75
SESION # 7: Cuidador primario	76
CAPITULO V	78
RESULTADOS	78
DESCRIPCION DE LA POBLACION	78
INSTRUMENTOS	82
IMAGEN CORPORAL.....	83
ESTRES PERCIBIDO	84
CALIDAD DE VIDA	85
APOYO SOCIAL	86

PENSAMIENTOS NEGATIVOS.....	87
CAPITULO VI	90
DISCUSION.....	90
CAPITULO VII	95
CONCLUSIONES.....	95
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	98
ANEXOS.....	109

Índice de Tablas

Tabla 1. Descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas de los participantes de la intervención	77
Tabla 2. Descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes con cáncer.	78
Tabla 3. . Descriptivos de las variables socio-demográficas y clínicas de cuidadores primario	79
Tabla 4. Consistencia interna de los instrumentos	81
Tabla 5. Eficacia de la intervención cognitivo-conductual en imagen corporal	82
Tabla 6. Eficacia de la intervención cognitivo-conductual en estrés percibido	83
Tabla 7. Promedio de subescalas de la variable calidad de vida antes y Después de la intervención	84
Tabla 8. Eficacia de la intervención cognitivo-conductual en calidad de vida	84
Tabla 9. Eficacia de la intervención cognitivo-conductual en apoyo social	85
Tabla 10. Eficacia de la intervención cognitivo-conductual en pensamientos negativos	86
Tabla 11. Eficacia de la intervención cognitivo-conductual en burnout para cuidadores primarios	87
Tabla 12. Diferencia de Medias, pruebas t de student y prueba de rangos de Wilcoxon.	88

Índice de Figuras

Figura 1. Comparación de los puntajes antes y después de la intervención en imagen corporal	82
Figura 2. Comparación de los puntajes antes y después de la intervención en estrés percibido	83
Figura 3. Comparación de los puntajes antes y después de la intervención en calidad de vida	84
Figura 4. Comparación de los puntajes antes y después de la intervención en apoyo social	85
Figura 5. Comparación de los puntajes antes y después de la intervención en pensamientos negativos	86
Figura 6. Comparación de los puntajes antes y después de la intervención en burnout para cuidadores primarios	87

CAPITULO I

INTRODUCCION

Las dos primeras causas de defunción por cáncer en mujeres, cuello del útero y mama, han evolucionado de tal forma en el tiempo que han invertido su presencia. Hasta 2005, el cáncer de útero representaba la principal causa de muerte en mujeres con cáncer, a partir de 2006 este lugar lo ocupa el cáncer de mama. Sin embargo, desde 1998 se observa una disminución constante para el cáncer de cuello del útero. Por el contrario, aunque a una velocidad más lenta, el cáncer de mama presenta un incremento constante en los últimos diez años, ubicándolo en el primer lugar desde 2006 (INEGI, 2010).

El cáncer depende de diversos factores; la evidencia científica muestra correlaciones con el tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, sobrepeso y obesidad; la exposición a radiación ionizante y ultravioleta, a ciertos productos químicos como el asbesto, la contaminación del aire, el uso doméstico de leña y las infecciones por virus como hepatitis B y C, así como del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Virus del Papiloma Humano (VPH); algunos tipos de cáncer como el de mama, pueden tener además un correlato genético. Por otro lado, se han encontrado diferencias epidemiológicas entre los países, las cuales pueden deberse a factores ambientales, estilos de vida, hábitos, genética y alimentación.

A nivel mundial, el cáncer es la primera causa de mortalidad. En 2007, fallecieron en el mundo por alguna neoplasia 7.9 millones de personas que representan 13% de las defunciones generales. Estas defunciones se debieron principalmente al cáncer de pulmón (primer lugar entre los hombres), estómago,

hígado, colon y mama (primer lugar entre las mujeres). De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, se espera que las muertes por neoplasias sigan en aumento y alcancen 12 millones de casos para 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2010).

El cáncer de mama es el tumor en el que el interés por la Calidad de Vida de las pacientes y su entorno ha sido más evidente, interés que ha ido dirigido tanto a entender el efecto que en ella tienen la enfermedad y los tratamientos, como en intentar mejorarla. Este trabajo en la Calidad de Vida se ha dado tanto en la intervención clínica como en la investigación (Aaronson, 2007). Estudios sobre la problemática del cáncer de mama han proliferado, ya que:

- a) Es el tumor más frecuente entre las mujeres. En este sentido, el número de pacientes con cáncer de mama crece progresivamente: cada año 1,1 millón de mujeres son diagnosticadas de cáncer de mama en el mundo
- b) Por el significado psicológico de su localización, en un órgano íntimo, relacionado con la feminidad, la maternidad y la sexualidad.
- c) En su terapéutica se emplean cuatro modalidades de tratamiento: cirugía, radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia.
- d) Un número importante de mujeres con este diagnóstico sobreviven a la enfermedad.
- e) En algunos casos, los estudios sobre cáncer de mama nos permiten valorar claramente la influencia de los tratamientos de radioterapia y quimioterapia: en estadios iniciales de la enfermedad el tumor se tiende a eliminar mediante cirugía, por lo que podemos entender que las reacciones que se den en las pacientes posteriores a ésta, van a ser principalmente debidas al tratamiento adyuvante. (Fallowfield, 1995).

Se realizaron observaciones sobre la importante atención hacia la Calidad de Vida de las pacientes que recibían terapia adyuvante de quimioterapia o radioterapia tras el tratamiento de cirugía. Estos estudios son apropiados dada la

carga en el paciente asociada con estas terapias, a corto plazo, como la toxicidad aguda del tratamiento, y a largo plazo, como la fatiga crónica, la menopausia prematura o los problemas emocionales, psicosexuales e interpersonales (Aaronson, 2007).

La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama puede estar influenciada por variables de contenido más biológico como el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento, el pronóstico, las oportunidades de rehabilitación disponibles, los efectos secundarios del tratamiento o los propios síntomas de la enfermedad. Variables psicosociales claves de la calidad de vida, como la imagen corporal, el estado emocional o las relaciones de pareja, pueden verse afectada por la enfermedad y los tratamientos.

Los factores psicológicos y sociales pueden influir además en el ajuste emocional de las pacientes a la enfermedad y en el mismo proceso de valoración que hacen de su calidad de vida, ya que ésta es una variable subjetiva (Arraras, Illarramendi, Manterola, Salgado, & Domínguez, 2007).

Factores tales como el ciclo vital en el que se encuentra la persona, la personalidad del paciente junto con las estrategias de afrontamiento, las experiencias previas con el cáncer suyas o de una persona conocida, o la respuesta de otras personas pueden jugar un papel clave. Esta relación en el cáncer de mama entre calidad de vida y factores psicosociales, nos indica además la importancia de valorar e intentar mejorar dichos factores para que se puedan producir mejoras en la calidad de vida (Lehto, Ojanen, & Kellokumpu, 2005).

El tratamiento del cáncer, en cualquiera de las fases de la enfermedad, tiene actualmente como objetivo el maximizar la sensación de bienestar y calidad de vida. A pesar de los avances médicos, el cáncer continua siendo una de las enfermedades actuales más temidas ya que además de asociarse con la muerte se percibe como una enfermedad dolorosa y maligna, que va deteriorando al

sujeto, delimitando sus capacidades hasta la muerte lenta y consciente. Esta visión popular catastrófica se debe a la mala Calidad de Vida del paciente oncológico, el cual se ve obligado a someterse a tratamientos agresivos.

El diagnóstico supone el inicio de un proceso, que acostumbra a ser largo en el tiempo, durante el cual el sujeto deberá enfrentarse a diferentes y numerosos estresores que interfieren en su vida normal, alterando el trabajo, la economía, el ocio y las relaciones familiares. Así, el diagnóstico y las primeras fases del tratamiento se asocian a síntomas de ansiedad, depresión y otras formas de malestar (Vinaccia, Riveros, Quiceno, & Garaviria, 2007).

En el caso concreto de sufrir cáncer la persona debe hacer frente a una situación estresante que puede desbordarle por los efectos físicos y psicológicos asociados al diagnóstico y a los tratamientos. El cáncer representa una significativa amenaza al bienestar y una considerable fuente de daño personal a nivel de auto-imagen, manejo de estrés, falta de rendimiento, relación interpersonal y sexualidad (Fernandez, 2005).

Por otra parte la importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución del individuo aumentan su potencial de acción en la interacción de cada uno de sus miembros; la familia definida como sistema se ve afectada como tal cuando alguno de sus miembros sufren algún cambio vital. Bowen en su *Teoría de los Sistemas* propone la comprensión de la familia como un organismo, dentro del cual, lo que le ocurra a cada uno de sus miembros va a repercutir en todos los demás (Cruzat, 2007).

Es cierto que “la enfermedad invade a la familia de la misma forma que invade el cuerpo humano”. La enfermedad va evolucionando de forma paulatina hasta que la familia tiene que hacer una movilización general de recursos, localizando toda la atención en el miembro enfermo. La familia puede hacer grandes sacrificios para satisfacer las necesidades del enfermo, pero el factor

primordial que determina la aparición de la crisis familiar ante la enfermedad es el desequilibrio existente entre los recursos del sistema familiar y la vivencia de la enfermedad por parte de la familia. De este modo, la crisis por la que atraviesa la familia se desarrolla en tres fases fundamentales:

- *Desorganización:* Debido al impacto que produce el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad. De golpe, se interrumpen las tensiones vitales de la familia, los proyectos de futuro. Se produce una disgregación de la red de relaciones interpersonales y una confinación a un entorno reducido.
- *Recuperación-adaptación:* La familia inicia su adaptación en aspectos concretos (redistribución de trabajos y tareas) y a nivel relacional (redefinición de las relaciones interpersonales); se transforma en un elemento más amplio de apoyo por parte de su entorno relacional, lo cual le ayuda en este proceso. Su actitud tiende a ser más activa; después del *shock* inicial, se produce el inicio a la adaptación.

Reorganización: Se inicia el nuevo equilibrio en función de la situación de la enfermedad y sus consecuencias. Esta reorganización será más compleja en el caso de las enfermedades en fase terminal o que han dejado secuelas importantes en el miembro de la familia afectado. El equilibrio se encontrará en el respeto de las necesidades del enfermo, pero también en el respeto de la independencia y la autoafirmación de cada uno de los miembros de la familia (Bonilla, 1999).

Definición del Problema

Una de las preocupaciones de la investigación actual dirigidas al estudio sobre el cáncer, determinar el impacto que la enfermedad y su tratamiento en la Calidad de Vida de los usuarios y conocer aquellos factores que pueden facilitar un afrontamiento efectivo, son el objetivo principal de diversas investigaciones. Ambos aspectos adquieren relevancia en el caso de las pacientes de cáncer de mama, en las que su enfermedad, la amenaza a la propia existencia, el sentimiento de incertidumbre, los cambios corporales después de la cirugía, las repercusiones que este proceso pueda tener en el paciente en cuanto a sus relaciones interpersonales, son consecuencias que pueden comprometer seriamente su bienestar.

También se ha documentado en la literatura la elevada prevalencia de disfunciones psicológicas como fatiga, estrés, ansiedad, disminución de las facultades cognitivas, problemas a la hora de retomar las relaciones sexuales y temores relacionados con las posibilidades de supervivencia. Estos trastornos, en la mayoría de los casos, podrían disminuir con una intervención psicológica temprana. Por lo que surge la siguiente pregunta:

- ¿Cuál es la eficacia de una intervención Cognitivo-conductual para el incremento de la calidad de vida y variables psicosociales para la reducción de estrés y pensamientos negativos, mejorar su percepción de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama?
- ¿Cuál es la eficacia de la intervención Cognitivo-conductual para el incremento de la calidad de vida y variables psicosociales para la reducción de estrés y pensamientos negativos en el cuidador primario?

Justificación de la Investigación

Actualmente la prevalencia de cáncer de mama en México se ha ido incrementando en los últimos diez años, ubicándolo en el primer lugar desde 2006. Hasta 2005, era el cáncer de útero representaba la principal causa de muerte en mujeres con cáncer (INEGI, 2010).

De acuerdo con datos epidemiológicos, el cáncer de mama de gran interés a nivel político-sanitario así como para los profesionales de salud mental (Cervera & Aubá, 2005) debido a las consecuencias psicológicas y sociales complejas que implica su diagnóstico y tratamiento (Vinaccia & Orozco, 2005) estas respuestas psicosociales afectan la calidad de vida del paciente (Terol, y otros, 2000).

Dentro de los hospitales se observa como en la práctica médica se ha centrado la atención en signos y síntomas que traducen una disfunción física y diversas enfermedades que son empeoradas debido a factores psicológicos. Diversos factores se encuentran afectados por el impacto del cáncer de mama. Plantea un grave problema económico dado el alto costo que implica la asistencia médica de los pacientes. A su vez, el cáncer de mama tiene una repercusión social, y ha modificado conductas y hábitos.

Sin embargo es importante hacer énfasis en la prevención y la importancia acerca de los programas para mejorar la reducción de síntomas psicosomáticos tanto en familiar primario y el paciente oncológico, como lo son la intervención de Terapia Cognitivo Conductual para de esta forma evitar futuras enfermedades, es recomendable en el paciente con cáncer para que su situación se vea favorecida y respaldada con sus propias habilidades de afrontamiento lo que conlleva a una evolución más satisfactoria dentro del tratamiento.

Investigaciones respaldan la efectividad de el manejo terapéutico Cognitivo Conductual en pacientes con cáncer (Rosenfeld, 2005) de la misma forma reducir gastos en cuanto a su tratamiento y recursos con los que cuenta el hospital, por lo que al momento en que se reduce síntomas psicosomáticos como el estrés y entre otros factores que influyen en su salud, se reducen a la vez diversos síntomas que agravan las enfermedades tales, lo cual también aporta beneficios en cuanto a sus relaciones interpersonales.

La importancia que implica mejorar la calidad de vida al paciente conlleva a una sensación de un incremento de bienestar tanto físico como psicológico por medio de intervenciones terapéuticas que proporcionen herramientas al paciente para enfrentar su enfermedad con la finalidad de obtener un mejor pronóstico en su vida.

Objetivos

- Diseñar un programa con técnicas Cognitivo Conductual para la mejorar calidad de vida y variables psicosociales en pacientes con cáncer de mama y cuidador primario.
- Implementar un programa de intervención para mejorar la calidad de vida y variables psicosociales en pacientes con cáncer de mama y cuidador primario mediante terapia Cognitivo Conductual.
- Evaluar la eficacia del programa de intervención para mejorar la calidad de vida y variables psicosociales en pacientes con cáncer de mama y su cuidador primario, mediante terapia Cognitivo Conductual.

Hipótesis o Preguntas de investigación

H1: El puntaje de calidad de vida será mayor después de la intervención que al inicio en pacientes con cáncer de mama.

H2: Disminuirá el puntaje de estrés después de la intervención en pacientes con cáncer de mama.

H3: Mejorará su percepción de imagen corporal después la intervención en pacientes con cáncer de mama.

H4: Disminuirá el puntaje de pensamientos negativos después de la intervención en pacientes con cáncer de mama.

H5: El puntaje de apoyo social aumentará después de la intervención

H6: Disminuirá el puntaje de burnout en el cuidador primario después la intervención.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

I.- CANCER

Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático. El carcinoma es un cáncer que empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos. El sarcoma es un cáncer que empieza en el hueso, el cartílago, la grasa, el músculo, los vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén. La leucemia es un cáncer que comienza en un tejido donde se forman las células sanguíneas, como la médula ósea, y hace que se produzca un gran número de células sanguíneas anormales y que estas entren en la sangre. El linfoma y el mieloma múltiple son cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario. Los cánceres del sistema nervioso central empiezan en los tejidos del cerebro y la médula espinal. También se llama neoplasia maligna (National Cancer Institute, 2010).

Epidemiología

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía se publicó la información disponible de 2004 a 2007 se observa que en México, al igual que en el plano internacional, existe un incremento en los casos de cáncer. Durante 2004 se registraron un total de 135 mil 708 egresos hospitalarios, de los cuales

43.7% ocurrieron en varones y 56.3% en mujeres; durante 2005, hay un incremento de 1 429 casos (137 mil 137 en total); para 2006, se presenta un aumento de 8 mil 008 egresos hospitalarios más por tumores malignos al reportarse 145 mil 145 casos, y en 2007 se registra otro crecimiento en los egresos hospitalarios de 4 mil 375 casos.

Durante el periodo 2004-2007, para las mujeres el cáncer de mama fue la principal causa de egreso hospitalario, de 2004 a 2006 hay un incremento al pasar de 19.2% a 19.8% y con un ligero decremento en 2007 (19.2 por ciento). En segundo lugar se ubican los egresos hospitalarios por tumores en el cuello del útero, que muestran una tendencia a la baja pasando de 15.2% a 11.7% en el mismo periodo (INEGI, 2010).

Para 2007, este tipo de tumor ocupa la tercera causa de egreso hospitalario, sitio que durante 2004 a 2006 corresponde a las leucemias, las cuales muestran un incremento para 2007, 13 de cada 100 egresos son por esta causa y pasan a ocupar el segundo lugar; el cáncer de ovarios ocupa el cuarto lugar al pasar de 8 a 7 casos por cada 100 casos durante el mismo periodo.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. Las neoplasias epiteliales de la mama constituyen la causa más frecuente de tumor maligno en la mujer (excepto el cáncer de piel). El cáncer de mama es una enfermedad clonal; una célula individual transformada (el producto de una serie de mutaciones somáticas [adquiridas] o de línea germinal) acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. En consecuencia el cáncer de mama puede existir por un periodo largo como enfermedad no invasora o una enfermedad invasora pero no metastásica (Anthony, S.; Fauci, E.; Kasper, D.; Hauser, L.; Longo, D.; Jameson, J.; Loscalzo, J., 2007).

2.- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio (Schneiderman, S.F.).

Se utiliza terapias a corto plazo. Se enfoca en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido (Schneiderman, S.F.).

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente.

Está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. El lugar de promover un, se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia. Rechaza el principio de sustitución de síntomas. La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma, que considera a un síntoma como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada por esta metodología (Goleman, 1996).

La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente, también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento. Se centra en la resolución de problemas (Labrador, Puente, & Crespo, 1997).

Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente (Labrador, Puente, & Crespo, 1997).

El plan de tratamiento y el proceso terapéutico permite al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona (Labrador, Puente, & Crespo, 1997).

Surgimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamará Condicionamiento Clásico. Muy sucintamente dicho, se trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. En el experimento típico de Pavlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de comida. De esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia.

Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la Terapia Cognitivo-Conductual, justamente, John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo. Y con respecto a esto vale la pena realizar algunas aclaraciones.

El conductismo watsoniano representa actualmente más las bases metodológicas del modelo que un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuales se deriven técnicas de intervención. En efecto, comúnmente se realiza una distinción entre el “conductismo watsoniano o radical” y el “conductismo metodológico”. Y en verdad, esto último es lo que hoy conservamos en Terapia Cognitivo-Conductual de los aportes de Watson; su énfasis en el comportamiento como tema de la psicología y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo. Nada más que eso, o mejor, nada menos que eso...

Hacia el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen.

La gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la Terapia Cognitivo-Conductual. Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje.

Las investigaciones llevadas a cabo en esta línea cobran cuerpo en la “Teoría del aprendizaje social”, desde la cual se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas. Y sólo a manera de comentario, agreguemos que Bandura se halla también muy involucrado en la formulación de modelos cognitivos.

Hacia la misma época, un movimiento quizás algo reaccionario al conductismo radical, comienza a estudiar los inicialmente denominados “eventos privados”, vale decir, pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos, por sólo nombrar algunos de los tópicos cubiertos por los así llamados “modelos cognoscitivos”.

Mencionemos a Aaron Beck y Albert Ellis como dos de los representantes principales en lo que a la clínica se refiere. Aunque desarrollados de manera relativamente independiente, sus dos modelos de intervención terapéutica denominados, respectivamente, Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva; en lo esencial, coinciden. En efecto, ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque, desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento.

Por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes, que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

Estos son, en breve, los cuatro pilares básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación. En efecto, a fin de explicar la complejidad del comportamiento humano es preciso poner en conjunción no sólo los principios derivados de los paradigmas mencionados, sino considerar otros desarrollos de la investigación

contemporánea que no se oponen ni excluyen a los aspectos aquí tratados. Particularmente, en lo que se refiere a la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual, las técnicas utilizadas combinan en diversos grados principios provenientes de múltiples líneas de investigación.

En suma, dado el carácter científico de la Terapia Cognitivo-Conductual, ella se nutre, sencillamente, de la investigación psicológica contemporánea. En este sentido, no es una teoría ni una escuela psicológica, sino que se caracteriza mejor como un marco metodológico. No importa tanto el origen de las hipótesis sino el que ellas hayan pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos (Navarro, 1994).

Aportes de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de pacientes con cáncer

A pesar de que esta enfermedad hoy día es más tratable y que el número de sobrevivientes se ha incrementado, hay todavía un intenso temor que acompaña a su diagnóstico: miedo a la muerte, al dolor, a la pérdida de la independencia o del atractivo y al sufrimiento asociado con el progreso de la enfermedad. Existen evidencias, que cuanto más integrativo y desde distintos ángulos sea el abordaje a realizarse, más posibilidades tiene el consultante de estar mejor.

En consecuencia, el abordaje de la dimensión psicosocial en el tratamiento del cáncer (que incluye el reconocimiento y atención del agobio emocional emergente en pacientes y su entorno ante el desencadenamiento de la enfermedad) es una parte del cuidado de todos los pacientes, en todos los estadios, en padecimientos que afecten cualquier localización y que influye en todos los tratamientos que se lleven a cabo (Rosenfeld, 2005).

Jimmie Holland, prestigiosa psicooncóloga americana, reconoce en su Handbook del año 1998, que en una investigación realizada en ese año en E.E.U.U., se había encontrado que las intervenciones psicoterapéuticas cognitivo conductuales eran dentro de los servicios psicosociales, las más ampliamente ofrecidas en los centros de cáncer especialmente en las áreas del dolor, en las reacciones aversivas ante la administración de la quimioterapia y para el incremento del bienestar emocional (Rosenfeld, 2005).

Jacobsen define el método cognitivo-conductual como un método que incluye la identificación y la corrección de los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos que contribuyen a la aparición y al desarrollo de los síntomas. Estas técnicas conductuales y cognitivas son luego empleadas para tratar de lograr un cambio psicológico (Jacobsen & Hann, 2003).

La revisión de Jacobsen mostró que cuatro de los cinco estudios mostraron mejoras significativas en el afrontamiento de la enfermedad, el bienestar emocional o el funcionamiento en los sujetos del tratamiento de intervención en comparación con los de control. Otros exámenes de Fawzy , Meyer (Meyer & Mark, 2006) y Trijsburg (Trijsburg, van Knippenberg, & Rijpma, 1992) indicaron que las intervenciones psicológicas, incluidas las intervenciones cognitivo-conductuales, tienen efectos positivos sobre el trastorno emocional y funcional en las pacientes con cáncer.

Las intervenciones grupales están centradas en dos tipos de grupos de apoyo: aquellas conducidas por las pacientes y aquellas conducidas por los profesionales. Leszcz opinó que las intervenciones grupales ofrecen la oportunidad de lograr el apoyo social, la desestigmatización, práctica de las habilidades comunicativas, brindan esperanza y el valor vital que proporciona el hecho de ayudar a otras personas (Leszcz & Goodwin, 2005). Una de las principales manifestaciones de este tipo de intervenciones se denomina la "terapia grupal de apoyo-expresiva" (Bloom & Spiegel, 1984), que incluye: el

establecimiento de lazos afectivos, expresión de las emociones, desmitificación de la muerte, redefinición de las prioridades de la vida, aumento del apoyo de los amigos y de la familia, mejoramiento de la relación entre el médico y la paciente y un mejoramiento en el afrontamiento de la enfermedad.

Es importante señalar, que sólo pocas pacientes con cáncer asisten los programas de apoyo disponibles cuando se los ofrece. Taylor observó que menos de un 10% de pacientes asistió a los grupos de apoyo (Taylor, Falker, Shopton, & Lichtman, 1986). Estos participantes tendían a ser blancos y de clase media. Stalker observó que de 200 pacientes, casi la mitad comentó que estarían interesados en asistir a los grupos de apoyo, pero sólo seis de ellos en realidad fueron en busca de los servicios grupales (Johnson, Stalker, & Cinima, 2008). Esto plantea incertidumbres acerca de la generalidad de las pruebas. Es igualmente importante señalar que estas intervenciones han sido hasta la fecha casi exclusivamente basadas en la teoría o realizadas por el investigador, y pueden no mostrar los enfoques que señalan que las mujeres encuentran importante el hecho de citar su morbilidad psicológica.

Respuestas psicológicas y supervivencia

Se ha informado que las respuestas psicológicas al diagnóstico y a las terapias psicosociales se asocian con las diferencias en la tasa de supervivencia entre las pacientes con cáncer. Se realizaron informes donde, Greer habló sobre un estudio prospectivo de 69 pacientes con cáncer de mama temprano; la respuesta psicológica de las mujeres al diagnóstico se evaluó tres meses después de la intervención quirúrgica (Greer, Morris, & Pettingale, 2007).

Esta respuesta parecía estar relacionada con el resultado de supervivencia de 5 años. Watson repitió el estudio con 578 mujeres, y esta vez evaluó a mujeres después de 4 a 12 semanas y a los 12 meses después del diagnóstico (Watson, Haviland, Greer, Davidson, & Bliss, 2006).

Los resultados indicaron un aumento significativo del riesgo de muerte por todas las causas después de cinco años en las mujeres con puntuaciones altas en las escalas de depresión o impotencia y desesperanza, aunque no se encontraron diferencias significativas en cuanto al espíritu de lucha.

Sin embargo, la situación no es ni sencilla ni estática. Buddeberg observó que las mujeres cambian sus estrategias para afrontar la enfermedad con el transcurso del tiempo, y es difícil decir si el hecho de medir la respuesta psicológica de una mujer en dos ocasiones al inicio de su enfermedad sirve para predecir sus respuestas durante los próximos cinco años (Buddeberg, Wolf, Sieber, Riehl-Emde, & Berga, 2006).

Petticrew examinó la bibliografía sobre la influencia de la manera psicológica de afrontar la enfermedad en la supervivencia y la recidiva en las personas con cáncer (Hunter, Petticrew, & Bell, 2006).

Los resultados positivos sólo se encontraron en los estudios pequeños o metodológicamente imperfectos. Otros estudios sobre las intervenciones han producido resultados controvertidos. Fawzy (Fawzy, Fawzy, & Hyun, 2006) y Richardson (Richardson, Shelter, Kraile, & Levine, 2006) mostraron los beneficios de la supervivencia de las pacientes en los grupos de intervención, como lo hizo el informe de Spiegel sobre la terapia de grupo de apoyo-expresiva para las mujeres con cáncer de mama metastásico (Spiegel, 2007). Otros estudios de Linn sólo para pacientes masculinos (Linn, Linn, & Harris, 2006) y Ilnyckyj con pacientes con un rango de tipos de enfermedades no lograron revelar un beneficio de supervivencia (Ilnyckyj, Farber, & Cheang, 2006).

Algunas posibles razones incluyen el uso de diferentes tipos de intervenciones, así como también la selección de las pacientes y por lo tanto, una vez más se generan incertidumbres acerca de la generalidad de la intervención.

Sin embargo, a pesar de estos resultados posiblemente conflictivos de los estudios realizados hasta la fecha (Whatley, Milne, & Southampton, 2006), aún existe un gran interés por este tema. Una contribución adicional a este interés surge de los hallazgos de los cambios en la respuesta inmunitaria después de las intervenciones psicológicas (Van der Pompe, Duivenvoorden, & Antoni, 1997).

También puede ser que haya experiencias específicas en las mujeres con cáncer de mama metastásico (como los efectos sobre la imagen personal y corporal y los efectos sobre las relaciones) que no se repiten entre los estudios de las pacientes con otros tipos de cáncer. Los efectos de las intervenciones psicológicas para las mujeres con cáncer de mama metastásico son inciertos.

Beneficios de la terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de pacientes con cáncer:

- 1) Efectiva en la reducción del agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos.
- 2) Puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología.
- 3) Fácilmente adaptable para tratar con problemas relacionados con el control de síntomas y con los modos de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida.
- 4) Prontamente aceptada por enfatizar el sentido del control personal y de la autoeficacia.
- 5) Mejora la adherencia a los tratamientos médicos.
- 6) Ayuda a aumentar la efectividad de los mismos.
- 7) Disminuye sus efectos colaterales.

- 8) Acota el tiempo de recuperación del paciente luego de las intervenciones médicas.
- 9) Ayuda a una mejor regulación anímica.
- 10) Disminuye las consultas innecesarias al equipo médico tratante, preservando la relación médico-paciente. (Rosenfeld, 2005).

PACIENTE CON CANCER DE MAMA: EL MALESTAR EMOCIONAL Y VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL CANCER

El malestar es la experiencia emocional aversiva que impacta el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual de los pacientes con cáncer (Hegel, Moore, Collins, Kearing, & Clay, 2007). El malestar interfiere con la capacidad de afrontar el cáncer, sus síntomas físicos y tratamiento médico.

Se estudiaron a 236 mujeres con cáncer de mama en estadio inicial, encontrando que el 47% evaluaban su nivel de malestar en niveles clínicamente significativos, un 11% presentaba depresión mayor y un 10% trastorno de estrés postraumático (Hegel, Moore, Collins, Kearing, & Clay, 2007).

En un trabajo con 222 mujeres a las que se siguió durante 5 años, mostraron cómo casi el 50% de las mujeres con cáncer de mama tenían depresión, ansiedad o ambas en el año tras el diagnóstico, el 25% en el segundo, tercer y cuarto año tras el diagnóstico y un 15% en el quinto año. El 45% de las mujeres que tuvieron recaídas experimentaron depresión, ansiedad o ambas en los 3 meses siguientes al diagnóstico de la recidiva. Los trastornos de ansiedad y depresión estaban asociados a trastornos psicológicos previos, carencia de apoyo social, ser más joven y haber sufrido acontecimientos estresantes previos (Burgess, Cornelius, Love, & Ramirez, 2005).

Evaluaron la morbilidad psicológica en mujeres con cáncer de mama en estadio precoz (303) y con cáncer avanzado (200) mediante una entrevista psicopatológica estructurada, medida de autoinforme para evaluar la morbilidad psiquiátrica, calidad de vida y actitud ante el cáncer. Los resultados mostraron que las mujeres con cáncer en estadios precoces con edad media de 46 años y con un promedio de 3 meses tras la cirugía tenían una prevalencia de diagnóstico DSM-IV del 45%. Las pacientes con metástasis cuya media de edad era de 51 años, con 63 meses de promedio tras el diagnóstico DSM-IV del 42%; un 36,7% de las mujeres con estadios precoces presentaban trastornos del estado de humor eran del 31%, el 6,5% tenían depresión mayor y el 24,5% distimia. Los trastornos de ansiedad estaban presentes en el 8,6% de la muestra de pacientes con estadios precoces y 65% en la enfermedad avanzada. La fatiga, una historia anterior de depresión, actitudes cognitivas e indefensión, desesperanza o resignación predecían la depresión en los dos grupos.

Diferentes estudios en pacientes con cáncer han puesto de manifiesto una prevalencia estimada de trastorno de ansiedad que va del 15% al 23%: ataques de pánico, ansiedad generalizada, fobias a los tratamientos, fobia social y estrés postraumático, dependiendo del tipo de cáncer y su gravedad (Bárez, Blasco, & Fernández, 2003; Sandín, Chorot, Valiente, & Lostao, 2001). En conclusión las tasas de malestar psicosocial son altas y similares entre las mujeres en estadios precoces y avanzados, aunque las causas de malestar sean distintas (Kissane, 2004; Hernández, Cruzado, & Arana, 2007).

IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal se refiere a la concepción, percepción y sentimientos de la persona acerca de su cuerpo, constitución, tamaño y forma y al modo en que encaja en las normas sociales.

Es un área de especial interés para diferentes tipos de cáncer, en ocasiones se ve afectado el sentido de feminidad o masculinidad, sobre todo en personas jóvenes en los cánceres de mama, ginecológicos, de próstata o testículo. (Cruzado, 2007).

Asimismo, los cánceres de cabeza y cuello, laringe, piel y colorrectal (muchos ostomizados) se asocian a importantes alteraciones. Los tratamientos de cirugía (cicatrices), quimioterapia y radioterapia (ej.: Alopecia) y hormonoterapia (ej.: En cáncer de próstata temor al aumento de las mamas) provocan cambios de duración y magnitud variables en el aspecto físico.

La imagen se encuentra relacionada al autoconcepto personal ya que es la percepción y valoración de uno mismo, el hecho de vivir con cáncer afecta este factor. De ahí se desprende el autoconcepto social, que se refiere a la percepción de cómo uno es observado por otros y a la percepción de uno mismo con respecto a cómo desearía ser ó autoconcepto ideal (Cruzado, 2007).

Sexualidad

La sexualidad depende en gran medida de la imagen corporal, autoestima, estado afectivo, percepción de apoyo, conexión emocional e intimidad (Cruzado, 2007). Muchos de los problemas sexuales de los pacientes con cáncer no son el efecto directo sobre los órganos sexuales, ya que se dan en pacientes de cabeza y cuello, laringe, pulmón o enfermedad de Hodking. Estos datos sugieren la necesidad de ocuparse de los temas de la sexualidad en todos los casos son

independencia de la localización.

Las estimaciones de la prevalencia de los problemas sexuales varían mucho según el diagnóstico y el tipo de cáncer y van del 10% al 88%. Los más comunes en las personas con cáncer son el deseo sexual inhibido en ambos sexos, la disfunción eréctil en el hombre y la dispaurenia en la mujer. En muchos casos estas funciones no se resuelven en uno o dos años tras la terminación de los tratamientos, sino que persisten y se agravan (Cruzado, 2007).

Las variables determinantes de la presencia de problemas sexuales en pacientes con cáncer son las siguientes:

- Edad: las personas más jóvenes se sienten más estresadas a consecuencia de los problemas sexuales asociados al cáncer.
- Problemas persistentes o previos en la relación de pareja. Si la persona afectada no tiene pareja, percibe fuertes dificultades para establecer una nueva relación.
- Estado emocional de ansiedad y depresión.
- Variables médicas:
 - a) Estatus menopáusico pretratamiento, cambios inducidos por el tratamiento hormonal, que pueden producir sequedad vaginal, vaginismo y dispaurenia, además de alterar la libido y el orgasmo.
 - b) La quimioterapia adyuvante afecta a la respuesta sexual, interfiriendo con la producción de estrógenos y testosterona.
 - c) Alteraciones en la imagen corporal debidas a la enfermedad y los tratamientos médicos.
 - d) Tratamientos que dañan directamente la función u órganos sexuales, radioterapia en la región pélvica, bajo abdomen y cirugía.

ESTRES

El término estrés denota el efecto de estímulos aversivos que perturban gravemente la homeostasis sobre las constantes fisiológicas y la conducta de los seres vivos. La respuesta al estrés está controlada por el sistema nervioso central y los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: nervioso autónomo, endocrino e inmune (Gomez & Escobar, 2006).

Factores de Riesgo relacionados al Estrés

Los factores “clásicos” arriba nombrados tan sólo explican, aún combinados, la mitad de la morbilidad y mortalidad, esto ha llevado a la búsqueda de nuevos factores de riesgo distintos a los tradicionales, relacionados de algún modo con el concepto de estrés y que incluyen: Estados emocionales negativos tales como ansiedad, irritabilidad o depresión, insatisfacción vital, movilidad socio-ocupacional, nivel socioeconómico, desgaste interpersonal, pérdida de trabajo y excesivas demandas ocupacionales... centrándose las investigaciones, sobre todo, en el estudio del estrés psicológico que, pese a su indudable interés, nos alejarían del objetivo de este trabajo).

Lo cierto es que exceptuando la presencia de los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, la edad, el sexo y la diabetes todos los demás factores de riesgo bien son conductas (p. ej. Fumar o no realizar ejercicio físico) o bien se relacionan directamente con comportamientos de ahí la importancia de los aspectos conductuales, si consideramos las variables psicosociales que constituyen factores de riesgo (Bueno & Buceta, 2001) que se relacionan con su presencia podríamos clasificarlas en:

a) *Estímulos ambientales estresantes*: insatisfacción laboral, preocupaciones económicas, exceso de trabajo, elevados niveles de responsabilidad, infelicidad familiar, etc. (que aumentan el riesgo a través de la activación de los ejes neuroendocrino y endocrino (Gala, y otros, 2002) en prensa

cuanto indirectamente, al favorecer conductas tales como el consumo de alcohol o tabaco).

b) *Características personales*: Centradas sobre todo en el patrón de conducta descrito como:

- Esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos.
- Elevada inclinación hacia la competitividad.
- Deseo persistente de reconocimiento y prestigio.
- Constante implicación en múltiples y diversas actividades que exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto.
- Propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas.
- Extraordinario nivel de alerta física y mental.

Centrado, todo ello, en tres grandes factores:

Competitividad, impaciencia y hostilidad (Sánchez-Elvira, Bermúdez, & Buceta, 2003).

c) *Hábitos comportamentales*: Aquí tenemos tanto la realización habitual de determinadas conductas (consumo de cigarrillos y la presencia de determinados hábitos alimenticios) como la falta de determinados hábitos (ausencia de ejercicio físico regular y moderado).

d) *Trastornos emocionales*: Sobre todo centrados en la Ansiedad y la Depresión.

Es importante constatar que antes de un episodio fuerte de estrés, casi el 40% de los sujetos afectados presentan quejas de agotamiento, pérdida de vitalidad, apatía, pérdida de libido e incremento de la irritabilidad, todo lo cual se aglutina en el Síndrome de Agotamiento Vital (Appels & Mulder, 1988).

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla, es de un exceso o sobre-esfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se reduce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 2003).

De acuerdo con lo anterior, se puede definir al estrés a partir de tres orientaciones teóricas:

- Las orientaciones basadas en el estímulo interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento homeostático del organismo. Así, “el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular“, es decir, es entendido como “*una respuesta no específica del organismo*” (Sandín, Tobón, & Vinaccia, 2003) Esta aproximación concibe al estrés como variable dependiente.
- Las orientaciones basadas en la respuesta conciben al estrés como reacciones de las personas a los estresores; se coloca fuera del individuo. Se entiende como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta una persona. Esta aproximación trata al estrés como variable independiente.
- Las orientaciones basadas en el modelo relacional o de proceso, donde el estrés es el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, asumiéndose que la persona es un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas (Sandín, Belloch, & Ramos, Manual de psicopatología, 1995). Esta aproximación trata el estrés como un sistema de procesos interdependientes, incluidos la evaluación y el afrontamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas.

Puede decirse, entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no. El afrontamiento es entendido entonces, como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria (Lazarus, 2000).

El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí. Seguidamente, los autores han propuesto tres tipos de evaluación cognitiva: evaluación primaria, evaluación secundaria y reevaluación. En la primera solamente las situaciones evaluadas como estresantes son las que implican cambio. Éstas pueden ser de tres tipos: de daño o pérdida, de amenaza y de desafío.

Daño o pérdida se refiere a aquellos casos en que un individuo ha recibido un perjuicio (por ejemplo, la pérdida de un ser querido o la presencia de una enfermedad crónica); amenaza está relacionada con aquellos casos en los que se prevén daños o pérdidas, aunque éstos no han ocurrido y se pueden tratar de solucionarlos o afrontarlos de manera anticipada, y desafío implica la revisión anticipada de situaciones de daño o pérdida, como la amenaza, pero a diferencia de ésta se acompaña de la valoración de que existen fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias.

La evaluación secundaria se refiere al análisis que el sujeto hace de las conductas, los recursos o las habilidades de las cuales se dispone para enfrentar la situación. Cuando la evaluación encuentra que no los hay o que son insuficientes, se desencadena la respuesta de estrés (psicofisiológica y emocional), además de las categorías de evaluación expuestas; por eso es fundamental considerar otras dos clases: la percepción de anticipación y la percepción de control de la situación.

Este último se refiere a que el sujeto descubra que una situación depende de él y la puede manejar con los recursos de que dispone. La anticipación, por su parte, es prepararse para un suceso, junto con su carácter positivo o negativo, deseable o no deseable. Estos dos factores son fundamentales en el estrés, puesto que se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables o impredecibles, son los que tienen impacto sobre la salud (Simón, 1999). Finalmente en la selección de las respuestas, el organismo selecciona las posibles a las demandas percibidas y decide cuáles debe utilizar.

Los estados emocionales pueden influir en la salud mediante efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas, en la búsqueda de atención médica, en la involucración de conductas saludables y no saludables como en estrategias de regulación emocional y en la percepción de apoyo social (Barra, Cerna, Kramm, & Vélez, 2006).

En general, los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados, hacen al individuo más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, incrementan la percepción y reportes de síntomas, disminuyen la predisposición a buscar atención médica oportuna, inducen conductas no saludables como fumar o ingerir alcohol y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social.

Esto permitiría explicar que el pesimismo y ánimo depresivo, se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud. A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006) desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Simón, 1999).

Partiendo de los anterior, en numerosas investigaciones (Brighton & Wood, 2005) se han utilizado instrumentos genéricos y específicos para tener una aproximación clínica ya sea a nivel psicológico o físico del impacto de la calidad de vida en los pacientes con cáncer.

CALIDAD DE VIDA

La referencia más antigua sobre el término calidad de vida parece ser que se remonta a la obra de Séneca *Sobre una vida feliz* donde escribe acerca de *qualitas vitae* (aproximadamente 50 años D.C.). En el ámbito de la oncología el término calidad de vida está adquiriendo cada vez más importancia debido a los cambios que se están produciendo en las posibilidades de tratamientos.

Los avances científico-tecnológicos permiten que en muchos casos se alargue la vida de los pacientes, a base de la utilización de terapias en ocasiones altamente agresivas, pero necesarias para prolongar la supervivencia de los enfermos.

En resumen podríamos decir que el estudio científico de la calidad de vida del paciente de cáncer es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos. Clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

El estudio científico de la calidad de vida es uno de los temas que puede ser abordado desde un nuevo campo multidisciplinario de conocimientos denominado Psicología Oncológica (Blasco, 1994), en el que se analizan las relaciones. Entre diversas variables psicológicas y aspectos concretos del cáncer como, por ejemplo, las náuseas y vómitos (Font A. , 1990). Se puede definir de manera más exacta lo que se entiende por calidad de vida si se consideran de manera concreta y operacional diferentes aspectos que podemos denominar componentes, niveles o dimensiones de la calidad de vida.

Es importante no perder de vista que en oncología (o cualquier otro campo de la salud) es ante todo interesante averiguar y restablecer, en la medida de lo posible, la calidad de vida que se ha visto afectada por la enfermedad.

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida

La manera en que las personas manejan los estresores asociados a la enfermedad crónica y a los tratamientos médicos, puede jugar un importante papel en la adaptación a los problemas y en el mantenimiento de la calidad de vida afectada por el estado de salud. En una investigación paralela el objetivo principal fue obtener información básica acerca de qué estrategias utilizan las personas afectadas de una misma enfermedad (Font, 1990). Aunque los problemas de salud asociados a la enfermedad podían ser diferentes entre los pacientes, el momento y la situación en que se analizaron las estrategias era muy similar (visita a un centro de oncología por diagnóstico de cáncer de mama). Las estrategias de afrontamiento propuestas en el estudio resultaron ser comprensibles y adecuadas para la mayoría de los sujetos de la muestra.

Desde un punto de vista conceptual se agruparon las diferentes estrategias para enfrentarse a los problemas de salud en tres niveles: conductas, pensamientos y reacciones emocionales. A nivel de conducta la estrategia más frecuentemente utilizada fue la de cumplir exactamente las prescripciones médicas. A nivel de pensamientos, se observó una frecuente utilización de la estrategia denominada negación: pocos pacientes buscan un sentido a la enfermedad (16.07%) y, en cambio, la mayoría intenta no pensar en los problemas de salud (62.7%).

La resignación parece ser la respuesta emocional predominante. Se constataron relaciones entre determinados tipos de estrategias y la calidad de vida subjetiva vinculada al estado de salud. Por ejemplo, las personas que frecuentemente piensan que pasara presentan significativamente mejor calidad de vida que las que lo piensan poco o casi nunca ($P < .001$). Lo contrario ocurre con la estrategia talsarsen ($P < .01$). Por otra parte, los pensamientos y los aspectos emocionales se relacionaron más con diferencias a nivel de calidad de vida, que las estrategias a nivel de conductas.

Expectativas y calidad de vida

El valor predictivo y explicativo de las expectativas ha sido analizado en diferentes problemas de salud (Villamarin, 2006). En otra investigación con pacientes de cáncer (Font A. , 1991) analizaron las posibles relaciones empíricas entre expectativas de resultado teórico (en qué medida el paciente cree que la enfermedad que padece es curable, o al menos controlable), expectativas de resultado autorreferencial (confianza en que la posibilidad de curarse se aplicara a su caso particular) y expectativas de autoeficacia (en qué medida se siente capaz de realizar lo necesario para curarse o mantener su estado de salud), y se considera el valor predictivo de dichas expectativas respecto a los efectos de los problemas de salud en la vida cotidiana; dicho con otras palabras, la calidad de vida en relación con la salud.

En conjunto, los pacientes presentan expectativas elevadas de que la enfermedad puede curarse (expectativa de resultado teórico), es decir, están de acuerdo en que la enfermedad que padecen es superable por completo, y más de la mitad están muy convencidos de ello (52.6 %). Pero solo aproximadamente el 30 % tiene mucha confianza en que esto sea así en su caso particular (expectativa de resultado autorreferencial).

El 50% presenta elevadas expectativas de autoeficacia: se sienten totalmente capaces de hacer todo lo que sea necesario para curarse. Estos tres tipos de expectativas están relacionados entre sí: encontramos correlaciones significativas entre las expectativas de resultado teórico y las expectativas de confianza en el resultado o expectativas de resultado autorreferencial ($r = 0.52$, $P < 0.001$); entre las expectativas de resultado teórico y las expectativas de autoeficacia ($r = 0.21$, $P < 0.01$), y entre las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado autorreferencial ($r = 0.42$, $P < 0.001$).

Todas las expectativas correlacionaron negativamente con las puntuaciones obtenidas en ítems como dolor, ansiedad o depresión y con la valoración negativa del día (Facultad de Psicología Universidad de Barcelona, 1994).

Locus de control y calidad de vida

El constructo locus de control definido por Rotter, se refiere, de manera general, al grado en que un individuo considera que los reforzamientos que recibe son contingentes con sus acciones (Rotter, 1975). En otra investigación (Font A. , 1989) se analiza las expectativas de locus de control en una situación de indefensión producida por amenaza real: la enfermedad del cáncer. Se observó que los pacientes de cáncer presentaban tres tipos de expectativas de locus de control en relación con la salud: la curación depende de la medicina, de uno mismo o del azar. Entre estos pacientes predominaron las creencias de locus de control externo.

La mayoría cree que curarse depende mucho del médico y de los tratamientos.

Sólo unos pocos creen que depende mucho de ellos mismos (Padilla, Presant, Grant, & Metter, 2006). Las respuestas dadas por los pacientes son consistentes entre si, según se desprende de las correlaciones entre los ítems sobre locus de control y del análisis factorial. El locus de control se relacionó de manera más clara con la valoración subjetiva de la gravedad de la situación, que con la situación objetiva (diferentes fases de la enfermedad).

Los pacientes con peor calidad de vida, es decir, aquellos que valoran el día como más negativo, tienen dolor, o sienten miedo y preocupación por su estado de salud, mostraron también menores puntuaciones en locus de control interno. El

factor (azar) no presento diferencias significativas en ninguno de los criterios (objetivos y subjetivos) utilizados para agrupar a los pacientes. Así pues, parece ser que los pacientes que presentan un cierto grado de control personal sobre la situación de su estado de salud, tienen menos problemas, aunque objetivamente se encuentren en una situación de amenaza real similar. Para el bienestar psicológico.

A la luz de los resultados obtenidos en las investigaciones comentadas podemos concluir lo siguiente:

a) La preservación de la calidad de vida se relaciona fundamentalmente con la no presencia o poca presencia de malestar psicosocial.

b) Ante una misma situación objetiva de enfermedad, los pacientes que preservan mejor su calidad de vida se caracterizan por:

- Utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas a la situación. Mantener expectativas elevadas de resultado autorreferencial.

- Mantener cierta sensación subjetiva de control sobre la enfermedad y sus efectos.

Por otra parte el concepto de calidad de vida ha ido cambiando a lo largo del tiempo, comenta que el término comenzó haciendo referencia al cuidado de la salud de la persona, después se le agregó la preocupación por la salud e higiene pública y se extendió hacia los derechos humanos, laborales y ciudadanos, a esto se le adhirió la capacidad de acceso a los bienes económicos, para finalmente convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida actual, su actividad cotidiana y su propia salud (Robles, 2004).

Las intervenciones psicológicas encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad oncológica pueden influir en la posibilidad de aumentar sus años de vida, por lo que la supervivencia se podría considerar como un objetivo o un efecto indirecto de esas intervenciones (Bloom & Spiegel, 1990).

La psicoterapia individual es una interacción de persona a persona entre el terapeuta y paciente. Sus objetivos son reducir los trastornos emocionales y mejorar el ánimo y la autoestima, aumentar el dominio de la paciente sobre la situación y ayudar a superar los problemas prácticos que la paciente sufre. Fawzy examinó 13 estudios donde la psicoterapia individual al menos formaba parte de la intervención. Diez de ellos sugirieron efectos positivos para afrontar la enfermedad, el estado afectivo o la calidad de vida (Fawzy, Arndt, & Pasnau, 2007).

APOYO SOCIAL PERCIBIDO

El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen peores redes sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan a la consulta con un nivel más avanzado de enfermedad, muestran menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante. Además estudios realizados indican que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos, tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre o en crisis (Landeró & González, 2006).

El apoyo familiar y de la pareja mejora la adaptación al cáncer, mientras que las críticas y la sobreprotección aumentan la ansiedad y depresión. La mayor parte de los cuidadores son mujeres. En general, ellas presentan una mejor

adaptación al cáncer, tanto como pacientes como cuidadoras. Las mujeres comprenden mejor las experiencias de su pareja, y tanto hombres como mujeres prefieren ser cuidados por ellas.

Conviene tener en cuenta que los niveles de estrés que experimentan las parejas de los pacientes es comparable o incluso mayor que la de los propios afectados de cáncer. La adaptación del cuidador primario se relaciona directamente con la del propio paciente. Tanto la pareja como los hijos de los pacientes pueden verse afectados por altos niveles de estrés que precisan tratamiento psicológico, para el que se dispone de menos recursos de los que se dispensan del propio paciente (Cruzado, 2007).

Estamos en un momento de gran debate sobre los mitos, tabúes y dogmas referidos a la familia, con un discurso que se centra en los cambios que esta ha sufrido, aunque los lazos de parentesco continúan teniendo vigencia. Ahora bien, en muchas culturas, entre ellas la nuestra, existen fuertes expectativas normativas que se articulan con el mundo de las emociones, sobre quién, cómo y a quién se da ayuda en las familias.

Estas normas imponen obligaciones, al mismo tiempo que confieren derechos, siendo las estructuras de parentesco las que modelan los lazos familiares. (Cruzado, 2007). Los efectos beneficiosos del apoyo social operan de dos maneras. En primer lugar, la afiliación a la red social y la interacción social aumentan directamente el pensamiento positivo, las emociones y el comportamiento (la hipótesis del "efecto principal"). En segundo lugar, las redes sociales ayudan a aliviar los efectos perjudiciales de los sucesos estresantes al proporcionar recursos de tratamiento como el apoyo emocional, informativo y práctico (la hipótesis de "regulación del estrés"). Estas hipótesis constituyen la base de muchas intervenciones psicológicas que se han propuesto y evaluado para las mujeres con cáncer de mama metastásico (Helgeson, Cohen, & In, 2005).

Las relaciones matrimoniales o de pareja también pueden ser muy importantes (Giese, Hermanson, Koopman, Weibel, & Spiegel, 2006). Se observó que en las mujeres con cáncer de mama (no metastásico) aunque con una buena relación beneficiosa con otra persona no pudo compensar los sentimientos que provoca una relación deficiente de pareja, y que los altos niveles de empatía y los bajos niveles de retiradas se asociaron a una buena comunicación en la relación matrimonial (Pistrang & Barker, 2005). Estos factores pueden resultar en un modelo específico de los temas psicológicos en las mujeres con cáncer de mama metastásico, y las intervenciones para mejorar tales problemas quizás deban ser diferentes para este grupo de pacientes.

PENSAMIENTOS AUTOMATICOS NEGATIVOS

Las emociones y conductas de las personas, son manipuladas por nuestras cogniciones. De acuerdo con el modelo de la Terapia Cognitiva, los acontecimientos no son los causantes en provocar depresión en las personas, si no la manera en que éstas la interpretan , sin embargo la teoría de especificidad cognitiva, nos muestra como son distintas en forma y contenido de los pensamientos para cada trastorno emocional (Beck, 1976).

Las cogniciones se dividen en niveles, entre ellos se encuentra el nivel superficial, también llamado autodiálogo, pensamientos automáticos o autoafirmaciones. Donde se refleja lo que las personas piensan acerca de si mismas, y sus relaciones interpersonales. El cuál, en el nivel de pensamientos automáticos, se va a encontrar influido por los esquemas cognitivos (Estévez & Calvete, 2009).

Los esquemas cognitivos, se definen como estructuras cognitivas extremadamente estables y profundas, que se encontraría en el origen de numerosos trastornos psicológicos; los esquemas distorsionan la información magnificando los datos que confirman el esquema o minimizando aquella información inconsistente con el mismo (Young, 1999).

Por otra parte es importante que el paciente sea consciente de los pensamientos automáticos, y que sepa cómo estos pensamientos, más que los propios hechos, son los que están produciendo el estado emocional, así como que cuanto más se cree en los pensamientos, mayor es la intensidad de las emociones suscitadas. Los pensamientos no son hechos, por muy verídicos que puedan parecer, ni son verdades absolutas (Estévez & Calvete, 2009).

Es preciso definir los términos empleados e ir utilizando etiquetas adecuadas, una paciente puede estar hablando de ser una mala mujer, mala esposa, mala madre, estar incompleta físicamente como mutante, etc. Para iniciar con la intervención tenemos que empezar por ser más objetivos en nuestra realidad.

En las pacientes con cáncer con cierta frecuencia se producen pensamientos catastrofistas. Las creencias irracionales, así como los supuestos y reglas, que manejan con frecuencia las pacientes con cáncer previamente a la aparición de la enfermedad, son importantes y muchas veces determinantes para sobrellevar la enfermedad. Existen diferentes creencias en las pacientes con cáncer, una de las más frecuentes es la de “estar enfermo de cáncer es sinónimo de muerte”, es una fuerte creencia, que difícilmente mejora, con la comunicación médico-paciente.

En ocasiones muchas ideas irracionales y creencias, interfieren drásticamente en los tratamientos, de las pacientes con cáncer, por lo que se hace necesaria la intervención psicológica para llevar a cabo modificaciones y mejorar, la adherencia al tratamiento de las pacientes.

La variable depresión es un tema común entre las pacientes con cáncer de mama, donde se muestran pobres habilidades de afrontamiento, y presencia de ansiedad. La depresión se encuentra asociada a pensamientos negativos intrusivos relacionados con la enfermedad y muerte provocando el mantenimiento de estrategias de afrontamiento poco adaptativas. (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005). En diversos estudios en pacientes con cáncer han encontrado que dichos pacientes presentan sintomatología depresiva (Simpson, Carison, Beck, & Patten, 2001; Brewin, Watson, Hyman, & Dayson, 1998).

En cambio, una autoestima adecuada ha sido relacionada con menos estrés y una mejor salud mental (Landeró & González, 2004). Los cambios en la apariencia física se convierten en una fuente de estrés que afecta directamente el estado emocional, la calidad de vida y el funcionamiento personal, familiar, social y laboral de las mujeres con cáncer de mama (Fernández, 2004).

El estado de ánimo de pacientes con cáncer, muestra relación en padecimientos de síntomas de dolor, ansiedad, e insomnio, a su vez se reflejan cambios en su vida cotidiana, sobre todo los referentes a su vida laboral y actividades recreativas. Sobre todo los cambio en sus actividades recreativas y relaciones con amigos, son lo que manifiestan un estado de ánimo deprimido en estos pacientes y valoraciones negativas sobre su concepto de calidad de vida (Holzner, y otros, 2004; Fischer, Villines, Kim, Epstein, & Wilkie, 2009).

CUIDADOR PRIMARIO

Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (Arrieta, 1999).

Antes de asumir las responsabilidades de atención, el cuidador principal deberá tener en cuenta los siguientes elementos por lo que el enfermero/a debe orientarlo acerca de:

- a) La información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- b) Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad de su familiar.
- c) Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia.
- d) Mantener, si es posible, sus actividades habituales.
- e) Saber organizarse y cuidarse.
- f) Prepararse para enfrentar la etapa de duelo (Astudillo, Mendinueta, & Astudillo, 2002).

Síndrome de Burnout del Cuidador Primario

El síndrome de burnout ha sido un tema del cual se han desprendido diversas investigaciones. Las publicaciones sobre el tema se inician en profesionales de la salud (Garduño & Juárez, 2008); sin embargo, con el paso del tiempo, las investigaciones en torno al síndrome se han extendido a diferentes poblaciones, desde residentes y médicos, (Hernández, Vargas, Dickinson, & Fernández, 2008), enfermeras (Farrerons & Calvo, 2008), cuidadores (Manzano, 2004), profesores (Pando, Aranda, Aldrete, Flores E., & Pozos, 2006), estudiantes (González & Landero, 2007), por mencionar algunos.

A su vez se realizaron aportaciones acerca de instrumentos para medir el burnout, en diferentes ámbitos, el cual uno de ellos fue el Cuestionario de Burnout para amas de casa (CUBAC), donde una dimensión hace referencia a la presencia de aburrimiento, agotamiento, afecto negativo y consecuencias de salud, laborales y sociales. La otra dimensión refleja quejas de falta de apoyo y reconocimiento (González, Landero, & Moral, 2009).

El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos. Maslach y Jackson (1996) en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención.

La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros.

El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

Para Zambrano y Ceballos (2007) las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuidados, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento.

Por lo cual este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, y su estado de ánimo (Alvarado & González, 2006).

Características Físicas

Según la literatura; hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el

cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares.

De estos síntomas físicos tiene particular relevancia la calidad del sueño que puede tener efectos nocivos sobre la salud al respecto se realizó un estudio (Chang, Tsai, & Tsao, 2007) donde concluyen que la calidad del sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y así mismos. Dentro de las repercusiones en el terreno físico de los cuidadores primarios es conveniente recuperar los resultados de un estudio realizado por Morales, Muñoz, Bravo, Iniesta, y Montero (2000).

En su estudio con 26 personas sometidas al juego de roles de esta naturaleza cuyo objetivo era analizar la repercusión que tiene la atención a enfermos crónicos, incapacitados, sobre la salud de los cuidadores primarios, encontraron que las principales patologías, físicas que surgieron en el cuidador tras su proceso de cuidado y que manifestaron durante la entrevista fueron: cardiopatía en 1, cefalea en 3, cervicalgia en 1, y 14 reconocieron la lumbalgia como consecuencia de su tarea. Uno no refiere patología alguna visiblemente manifestada. En este trabajo se acepta el uso de antidepresivos, AINES. Asimismo el 77% presentaban problemas para dormir. En estos casos los somníferos eran consumidos por 50%.

Características Emocionales

En el mismo estudio de Morales, Muñoz, Bravo, Iniesta, y Montero, (2000) encontraron que el cuidador primario está sometido a un estrés importante, en su labor demostrando la presencia de depresión y ansiedad a través de la escala de

Ansiedad/Depresión de Goldberg. Estos investigadores detectaron en los cuidadores: ansiedad en el 60% de los sujetos investigados y depresión en el 32%, por medio de esta escala (Chang, Tsai, & Tsao, 2007).

Por su parte Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viafara, & Herrera, (2006) desarrollaron un estudio donde el objetivo fue describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores, estudiaron a 102 cuidadores y encontraron que, de acuerdo a la escala de Golberg, 87 (85.2%) de los cuidadores presentaban ansiedad y 83 (81.3%) depresión. En la evaluación de la escala de Zarit, hubo 48 cuidadores con el síndrome del cuidador, de estos el 96% presentaron ansiedad, y el 100 % depresión. Estos autores concluyen que es importante anotar que la depresión y la ansiedad son entidades subdiagnosticadas en los cuidadores.

La depresión y la ansiedad (ocultas) hacen que cuidadores no asistan a tiempo a los servicios de salud; en consecuencia, estos trastornos se vuelven crónicos (Bayés, 2008).

Los resultados de estos estudios, confirman el concepto que los cuidadores constituyen una población en riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas.

Además de lo anterior la pérdida de autoestima y desgaste emocional así como otros síntomas psíquicos se producen básicamente por:

a) la transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes lo atienden

b) la repetición de las situaciones conflictivas

c) la imposibilidad de dar de si mismo de forma continua que puede llegar a incapacitarle seriamente para realizar actividades funcionales en relación a sus semejantes y a su entorno (Mateo, Millán, García, & Gutiérrez, 2000).

También es necesario indicar que “la carga” es un concepto central en el estudio de las consecuencias que sufre o padece el cuidador cuando atiende a

enfermos con padecimientos terminales o crónico-degenerativos.

Desde su aparición en la literatura médica, el término “carga”, es concebido como un sinónimo de “obligación” o “deber” y ha sido profundamente empleado especialmente en la investigación gerontológica o en la investigación sobre el proceso de cuidado de pacientes, como parte de los efectos sobre el cuidador.

Así, el sentimiento de carga del cuidador es un factor trascendental en la utilización de servicios de salud y en la calidad de vida de los cuidadores (Servicio de prevención de riesgos laborales, 2005).

Este concepto (carga) es tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como “estar quemado” originalmente fue descrito por Freudenberguer, e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación (Maslach, 1998).

Alvarado (2004) plantea; resulta claro que la alta incidencia de estos factores de sobrecarga en los cuidadores puede llevar a las familias a comprometer los cuidados prácticos del enfermo y la claudicación, lo que se transformara en una mayor demanda de los servicios sanitarios y una peor atención de calidad hacia los pacientes.

Por ello, es importante la intervención del equipo de salud en el descubrimiento temprano y el manejo precoz de los cuidadores cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal (Bayés, 2008).

CAPITULO III

METODO

La pretensión del presente trabajo es implementar un programa usando técnicas Cognitivo Conductual para mejorar calidad de vida y variables psicosociales en pacientes con cáncer de mama y cuidador primario. Evaluar la eficacia del programa de intervención para mejorar la calidad de vida y variables psicosociales en pacientes con cáncer de mama mediante técnicas Cognitivo Conductual.

Para el desarrollo de esta investigación se consideró estudio Cuasiexperimental (intervención) con un diseño preexperimental de preprueba-posprueba con un grupo (Landeró & González, 2006).

PARTICIPANTES

Once mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mostraron las siguientes características:

Escolaridad mínima de 5 años y máxima 17 años, de lo cual se obtiene una media de años de estudios fue de 11.27 (D.E.= 4.1). Al hacer referencia al tiempo de su diagnóstico de cáncer de mama la media fue de 23.45 meses (D.E.=8.5). (Véase tabla 1 y 2).

INSTRUMENTOS

Escala de Estrés Percibido

La Escala de Estrés Percibido (Perceived stress scale, PSS) fue elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizará la adaptación cultural realizada en México por González y Landero en el 2007, la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$), además de confirmar la estructura factorial de la escala original, utilizando un análisis factorial confirmatorio. La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invertiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido (Gonzalez & Landero, 2007).

EORTC QLQ-C30 3.0 Calidad de Vida

Fue elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) cuenta con una confiabilidad de entre 0,70 y 0,87. Incluye cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, y náusea/vómitos y una escala global de salud/calidad de vida. Además de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero. Consta de 30 preguntas las cuales cuentan con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto en la escala global que tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100 (Fayers, Aaronson, Bjordal, Groenvold, Curran, & Bottomley, 2001).

Apoyo social

El cuestionario MOS fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 del grupo el MOSS-SSS, The Medical Outcomes Study Social Support Survey y centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona.

Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante (Shebourne, Meredith, Rogers, & Ware, 1992) y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración(ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre.

Cuestionario MOS de apoyo social validación en Argentina por Espínola-Rodríguez y Héctor-Carmelo (Espínola-Rodríguez & Carmelo, S.F.)

Los parámetros del MOS mostraron valores altamente aceptables, .91 para la consistencia interna según el Alfa. La solución trifactorial hallada (máxima verosimilitud con rotación varimax, explica el 59.8% de la varianza.

Cuestionario de imagen corporal

La escala que elaboró el equipo de investigación al comienzo de la investigación introduce las cuestiones que Hopwood (1993) propone como fundamentales para la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama. La escala final consta de 12 ítems, a los que se contesta mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones que va de 1= nada a 4 = mucho (Hopwood, Fletcher, Lee, & Ghazal, 2001). Los reactivos están relacionados con seis áreas:

- a) Grado de satisfacción con la apariencia vestida, tanto consigo mismo como con los demás ("Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida", y "Creo que a los demás les gusta mi aspecto").
- b) Pérdida de la feminidad ("Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer" y "Me siento menos femenina después de la operación").
- c) Grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo mismo como con los demás ("Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz", "Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy desnuda" y "Evito que los demás me vean la cicatriz").
- d) Sentimientos acerca del atractivo sexual ("Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales", "Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente" y "Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual").
- e) Pérdida de la integridad corporal ("Me siento algo deformada o mutilada").
- f) Grado de satisfacción con la cicatriz ("Me repugna la cicatriz").

Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-R)

Revisado (Kendall & Hollon, 1989). El ATQ-R es una medida cognitiva de frecuencia de pensamientos automáticos asociados con el ánimo depresivo. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos (1 = no en absoluto, nunca, 2 = alguna vez, 3 = bastantes veces, 4 = muchas veces, 5= todo el tiempo). La adaptación del ATQ-R al castellano fue realizada a través del método de traducción-retrotraducción (Calvete & Connor-Smith, 2005) quienes agruparon los ítems en cuatro subgrupos mediante un sistema de jueces. La categoría de Pensamientos Positivos incluye 10 ítems que reflejan optimismo y autoevaluación positiva. La categoría de Autoconcepto Negativo está compuesta por 12 ítems relacionados con la autoevaluación negativa, fracaso y culpabilidad hacia uno/a mismo/a. Los Pensamientos de Insatisfacción incluyen 11 ítems que reflejan una evaluación negativa de las circunstancias y un deseo de que la vida de uno/a mismo/a fuese

diferente. La categoría de Dificultad en el Afrontamiento consiste en 7 ítems que sugieren indefensión y dificultad para comenzar acciones. Los coeficientes alpha de Cronbach para la versión española fueron .90, .85, .88 y .79 para los pensamientos automáticos positivos, pensamientos de insatisfacción, autoconcepto negativo y dificultad en el afrontamiento, respectivamente. Para el total de pensamientos negativos el alpha obtenido fue de .94 (Kendall & Hollon, 1989).

Escala de sobrecarga del cuidador – Test de Zarit

El instrumento original consistía en un cuestionario de 29 elementos diseñado para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor receptora de cuidados. Las respuestas a los elementos se sumaban para obtener un índice único de la carga. En su revisión se redujo el número de elementos a 22 (Zarit & Zarit, 1983). Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador, cuando cuida a otra persona, Posee una consistencia interna de 0.91 y una fiabilidad test-retest de 0.86

PROCEDIMIENTO

Se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, posteriormente se continuó con los permisos correspondientes a los encargados del área de gineco-oncología, para la aplicación de los instrumentos.

Se ubicó a las pacientes que estén dentro de los criterios de inclusión, y se les pidió su participación en la investigación, la cual fue una decisión personal, donde es conveniente sustentar este acuerdo el cual será basado firmando el consentimiento informado. El consentimiento informado tendrá bases éticas correspondientes.

Los pacientes podrán retirarse de la investigación en el momento que ellas lo deseen. Los participantes seguirán las mismas instrucciones para el llenado de las escalas.

El espacio donde se aplicarán los instrumentos fue asignado por el personal del Hospital Universitario, dentro del Centro Universitario Contra el Cáncer.

Una vez aplicada la primera medición de instrumentos se procedió a la aplicación de la intervención. La intervención fue constituida de 7 sesiones de forma grupal.

Después de la intervención se realizó la segunda medición y finalmente teniendo recolectada la muestra, se hizo la captura de datos en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Una vez obtenidos los resultados de la primera y segunda medición fueron comparados los resultados, por medio de un análisis de comparación estadística, realizada en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Se llevó a cabo la recodificación de ítems que sean negativos en caso necesario de ciertos instrumentos.

Se hizo la exploración del comportamiento de los datos, realizando el análisis descriptivo de cada variable y se revisó la consistencia interna de cada escala a través del alfa de Cronbach, posteriormente se analizaron las diferencias significativas entre los dos grupos de estudio, utilizando T de Student de grupos independientes. Y checar la distribución que se comportaran las variables de estudio de manera normal por medio de un análisis de Kolmogorov-Smirnov.

CAPITULO IV

PROGRAMA DE INTERVENCION

Para llevar a cabo la investigación se darán una serie de procedimientos en donde será necesario primeramente partir de la problemática desencadena de la falta de calidad de vida en los pacientes a nivel salud, en donde el factor estrés y algunas variables psicosociales afectan el agravamiento de síntomas en los enfermos.

El programa de intervención tendrá una orientación cognitivo-conductual y psicoeducativo, el cual se realizará en 7 sesiones de una duración aproximada de 120 minutos. La aplicación se llevará a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Universitario “Doctor José Eleuterio González” Madero ubicado entre Dr. Aguirre Pequeño Col. Mitras Centro sin número Monterrey, N.L. México.

Como primera parte del inicio de la intervención se implementó un encuadre dentro del terreno del cáncer en el cual se dará información validada por un oncólogo especialista en cáncer de mama y además de resolver dudas de los pacientes en cuanto al cáncer, los tratamientos y su forma de hacer efecto en los pacientes emocionalmente. En las sesiones siguientes se examinaron los diversos conflictos emocionales que se tienden a suscitar durante el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento, además de que a los asistentes se les proveerá de técnicas de origen psicológico para el buen manejo del estrés y las percepciones negativas que normalmente se perciben en el afrontamiento de esta enfermedad.

Los principales componentes terapéuticos son la terapia racional emotiva, el entrenamiento en solución a problemas, la relajación progresiva, la visualización, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática.

SESIONES: A continuación se desglosa los participantes involucrados en cada sesión y la variable a intervenir:

1° Sesión:

- **Dirigida a:** Pacientes con cáncer de mama y su cuidador primario
- **Variable :** es informativa para la enfermedad de cáncer, se aplica relajación, es con el propósito de establecer rapport con el grupo

2° Sesión:

- **Dirigida a:** Pacientes con cáncer de mama y su cuidador primario
- **Variable:** Se proporciona información de estrés, se aplica técnica de asertividad y relajación.

3° Sesión:

- **Dirigida a:** Pacientes con cáncer de mama
- **Variable:** Intervención para estrés, por medio de Reestructuración cognitiva.

4° Sesión:

- **Dirigida a:** Pacientes con cáncer de mama y su cuidador primario
- **Variable:** Intervención para estrés, por medio de Solución de problemas.

5° Sesión:

- **Dirigida a:** Pacientes con cáncer de mama.
- **Variable:** Imagen corporal por medio de imaginación guiada y visualización.

6° Sesión:

- **Dirigida a:** Pacientes con cáncer de mama.
- **Variable:** Imagen corporal por medio de autoevaluación precisa.

7° Sesión:

- **Dirigida a:** Cuidador primario
- **Variable:** Apoyo social y burnout por medio de la técnica de comunicación asertiva

INICIO DE SESIONES

Al inicio y al final de cada sesión se realizará la relajación progresiva de Edmund Jacobson.

SESION #1: Pacientes con cáncer de mama y cuidador primario***Presentación y aplicación de los instrumentos de medición de variables y explicación sobre el cáncer de mama.***

1. Presentación

Se hizo la presentación del equipo de trabajo, nombre y ocupación de cada uno de los integrantes del equipo. Además de los objetivos de la investigación. Como su finalidad y beneficios que se obtendrán mediante la intervención Cognitivo-Conductual.

2. Realización de una dinámica de presentación

Dinámica gente con gente.

3. Aplicación de instrumentos de medición a pacientes con cáncer de mama.

4. Aplicación de instrumento de medición a cuidador primario.

Objetivo: integrar a los miembros del grupo e irse tomando confianza entre ellos.

Clasificación de dinámica: presentación/integración

Tiempo: 15 min

Material: ninguno

Desarrollo de la dinámica:

Se les dio la instrucción a los participantes: Se les dijo que habría un integrante del grupo que se quedara sin pareja, el cual empezó y dio la consigna de juego, y empezó presentándose, y describiendo ciertas características de él que sea propio para decir dentro del grupo en este caso fue decir su nombre y como ha sido su vida con la enfermedad de cáncer, después de ello, se encarga de dar la consigna al grupo, que puede ser pedir que una diversas partes de cuerpo con su pareja como; “unir mano con mano” “unir pie con cabeza”, o cualquier otra parte del cuerpo que sea propia para utilizar en la dinámica y que no implique intimidación entre los integrantes. Cuando se dijo “gente con gente” se cambiaron de pareja, donde esta debería ser distinta a la que tuvieron anteriormente, escogieron a alguien diferente.

Ya que las personas pasaron con todos los participantes entonces es cuando debe de finalizar la dinámica.

Procedimiento

1. Asistencia
2. Presentación
3. Explicación de las metas del programa de tratamiento
4. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.
5. Aplicación de la dinámica de integración para el paciente con cáncer y su cuidador primario
6. Relato personal de cada paciente y su experiencia a partir de que se diagnosticó su enfermedad.
7. Cumplimiento de la evaluación con la complementación de los cuestionarios de manera autoaplicada.
8. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.

DESARROLLO DE LA PRIMERA SESIÓN

- **Presentación:**

Se da la bienvenida a los participantes, reforzando su conducta y se hace relevancia a la importancia que tiene acudir a un taller. Se opta por utilizar la palabra taller a tratamiento para evitar posibles temores iniciales de los participantes en un tratamiento psicológico.

Se lleva a cabo la realización de una dinámica grupal de integración para una mejor adherencia del grupo.

Se aprovecha la presentación para complementar la ficha de datos personales.

- Explicación de las metas del programa de tratamiento:

Se comenta el número, duración, frecuencia, lugar y gratuidad de las sesiones (que se presentan tanto al paciente con cáncer y a su cuidador, como encuentros del taller), así como los objetivos del tratamiento. Se explican las normas básicas (puntualidad, necesidad de participar activamente, confidencialidad con todos y lo tratado en la sesión...) haciendo hincapié en que la primera sesión, al ser de evaluación es distinta de otras sesiones, pero que es necesario conocer bien cada caso concreto para que el taller sea lo más eficaz posible.

Se le explica que es un programa que se concentrará tanto en el paciente con cáncer así como también al cuidador, y sus pensamientos, sentimientos y reacciones motivados por el hecho de tener que cuidar a un familiar.

La principal meta del taller es ayudarlo a afrontar mejor su situación.

Se pretende que el paciente con cáncer de mama:

- Ayudarlo a entender que sus pensamientos y como los pensamientos negativos afectan fuertemente como se siente.
- Ayudarlo a entender que lo que él hace afecta fuertemente como se siente;

- Ayudarle a aprender una variedad de habilidades y métodos específicos para cambiar pensamientos y comportamientos negativos.
 - Como cuidador para que esto le ayude a sentirse mejor y por esto se pretende:
 - Ayudarle a entender que sus pensamientos sobre lo que significa de ser cuidador (y sobre su familiar) afectan fuertemente como se siente;
 - Ayudarle a entender que lo que él hace afecta fuertemente como se siente;
 - Ayudarle a aprender una variedad de habilidades y métodos específicos para cambiar pensamientos y comportamientos negativos.
-
- **Cumplimiento de la evaluación:**

En primer lugar tiene lugar una recogida de información para el paciente con cáncer de mamá, así como también el cuidador primario; a través de la entrevista de variables sociodemográficas, tipo de cuidados, estado físico y mental, calidad de vida, imagen corporal del paciente con cáncer de mama, estrés percibido, apoyo social y percepción de carga/burnout en el cuidador.

Una vez concluida la entrevista se pasa a la complementación de los cuestionarios de manera autoaplicada. En caso de que no dar tiempo de rellenarlos todos se mandan como tarea para casa.

Al concluir la sesión se establece el tiempo y lugar del siguiente encuentro, se entregan unos materiales con el resumen de lo tratado en la sesión, así como de una carpeta en la que puede ir guardando los distintos materiales entregados, la cual también servirá para poder ir llevando y trayendo las distintas tareas para casa. De esta manera puede aprender más fácilmente y pueda revisar el material tanto veces como lo desee.

Durante la primera sesión es de vital importancia el desarrollo de un rapport

positivo entre el grupo y el exponente debido a que por medio de este vínculo se realizara un proceso de aprendizaje que debe ser adecuado para el favorecimiento de la imaginación que será usada como el mecanismo de ligazón psicosomática.

Es de gran relevancia el buen desarrollo de esta primera sesión, debido a que a partir de ella, se iniciara dentro del participante la creación de una imagen del cáncer la cual contribuirá al encapsulamiento mental de dicha enfermedad para el buen desarrollo maximizado de la imagen mental que se pretende crear del sistema inmunológico.

SESION #2: Pacientes con cáncer de mama y cuidador primario

Estrés y Sistema Inmune

Objetivo: Explicar la relación entre el estrés y el sistema inmunológico.

El grupo aprenderá a utilizar las técnicas de adiestramiento al estrés.

Procedimiento:

1. Asistencia
2. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.
3. Los participantes obtendrán información sobre el cáncer y como actúa.
4. Los participantes obtendrá información acerca del sistema inmune y cuál es la forma en la que nuestro cuerpo se defiende ante el cáncer.
5. Los participantes observaran e identificarán por medio de un video las formas en las que cuales la mayor parte de las personas suelen reaccionar ante el estrés.
6. Identificarán las situaciones estresantes mostradas en el video, y en una hoja escribir una solución más asertiva acerca

7. Los participantes tendrán la opción de identificarse con una técnica con la que pueden combatir el estrés más fácilmente, después de haber observado los videos.

Se proporcionará a los pacientes información del funcionamiento del Sistema Inmunológico el cuál provee protección contra enfermedades infecciosas, es responsable de rechazar órganos trasplantados, y puede proteger a una persona del cáncer.

Adoptando buenos hábitos de salud que mejoren el funcionamiento del sistema inmunológico. En esta sesión se informará acerca de la forma en que el estrés influye en el sistema inmunológico, para así crear conciencia de las formas en las cuales podemos manejar el estrés, además de esto parte de la intervención de esta sesión fue sobre los tipos de estrés, fases del estrés, respuesta del sistema inmunológico frente al estrés y una forma asertiva de manejarlo.

SESION: #3 Pacientes con cáncer de mama

Reestructuración Cognitiva con un registro ABC

Técnica: Reestructuración Cognitiva

Objetivos: Dar a conocer al paciente el origen de sus estados de ánimo lo cual no depende del ambiente, su familia, sus amigos, su trabajo, sino en la forma en que se interpretan los fenómenos que les acontecen.

Procedimiento:

1. Asistencia
2. Aclaración de dudas sobre la sesión anterior
3. Compartir alguna experiencia que les haya dejado la información de la sesión anterior.
4. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.
5. Enseñar el modelo cognitivo, la conexión entre pensamientos automáticos, el estado de ánimo y la conducta (se puede empezar el registro de pensamientos automáticos)

6. Estimular la manifestación de sentimientos, los negativos como ira, desesperación, etc. su identificación para conocer causas y posteriormente hacerles frente
7. Enseñar a desafiar los pensamientos automáticos, y a someterlos a pruebas de realidad
8. Los pacientes detectarán pensamientos que aumentan su malestar emocional ó estrés y serán plasmados en el registro ABC.
9. Realización individual del registro ABC basado en una situación o hecho que les genere estrés.
10. Participación de voluntarios que quieran compartir su experiencia con el grupo.
11. Retroalimentación grupal.
12. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.

Compromisos para la siguiente sesión:

Practicar lo aprendido en la sesión y plasmar otras de sus distorsiones cognitivas más frecuentes por medio de un registro ABC.

SESION # 4: Pacientes con cáncer de mama

Solución de Problemas

Técnica: Solución de problemas

Objetivo: Proporcionar a los miembros del grupo un modelo para resolver sus problemas actuales y futuros.

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.

4. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.
5. Introducir el modelo de solución de problemas.
6. Dar un ejemplo de una situación sencilla como escoger la ropa para usar en el día.
7. Pedir que cada miembro del grupo defina un problema real y sus objetivos. El problema puede ser relacionado con la enfermedad, con el trabajo o con las relaciones interpersonales. Serán guiados por medio de unas diapositivas donde irán desglosando su problema, a partir del seguimiento de los pasos ilustrados en las diapositivas.
8. Discutir las dificultades encontradas. Se atenderá a cada miembro del grupo de forma personal, para analizar el desglose de su problema, con el objetivo de encontrar la solución idónea acerca de su problema, siendo supervisado por el psicólogo(a) para procurar una respuesta más objetiva y con un óptimo resultado a corto plazo.
9. Cerrar la sesión indicando que las últimas sesiones son de fortalecimiento en las técnicas aprendidas.
10. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson

SESION: # 5 Pacientes con cáncer de mama

Imaginación Guiada y Visualización.

Técnica: Imaginación Guiada / Visualización

Objetivos:

- a) Relajarse mediante la recreación de escenas de calma y bienestar.
- b) Reducir el miedo, lograr un sentido de control y ser capaz de enfrentar al cáncer.
- c) Controlar la ansiedad, habituarse y aumentar la confianza ante los tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia
- d) Estimular nuevas conductas de afrontamiento.

Procedimientos:

1. Asistencia.
2. Aclaración de dudas acerca de la sesión anterior y retroalimentación de la misma.
Revisión de compromisos.
3. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson
4. Realización de la técnica de relajación
5. Explicación de la técnica de imaginación guiada y sus beneficios.
6. Realización del ejercicio:
 - Los participantes visualizan las células del cáncer como débiles y desorganizadas, mientras el tratamiento es fuerte y poderoso.
 - Las células sanas no tienen dificultad para reparar los pequeños deterioros causados por el tratamiento.
 - Las células del sistema inmune son muchas y superan a las células del cáncer, son agresivas, guerreras, rápidas en la búsqueda y destrucción de las células del cáncer.
 - Las células cancerosas muertas son eliminadas del cuerpo de forma natural.
 - Al final del proceso, hay que representarse en perfecto estado de salud y se visualiza la consecución de las metas vitales.
7. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson

SESION # 6: Pacientes con cáncer de mama***Autoevaluación Precisa***

Técnica: Autoevaluación Precisa

Objetivo: Proporcionar a las pacientes con cáncer de mama, habilidades para afrontar dificultades relacionadas con una baja autoestima donde no se

perciben con claridad a sí mismas. La imagen que ven magnifica sus debilidades y minimiza sus dotes. Este reflejo distorsionado es una fuerte sensación de insuficiencia, a raíz de una desfavorable comparación con las personas que le rodean, de ahí de verse imperfecto. Para elevar su autoestima, es preciso aprender a percibir con exactitud su particular equilibrio de fuerzas y debilidades.

Procedimiento:

1. Asistencia.
2. Breve resumen del contenido de la sesión anterior, aclarando las dudas.
3. Revisión de los compromisos establecidos para esta sesión.
4. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.
5. Introducir la técnica de Autoevaluación precisa
6. Describir con el máximo detalle posible cómo se percibe actualmente.
7. El siguiente paso le ayudará a organizar su descripción de sí mismo.
Realizar el llenado del Inventario del concepto de sí mismo
8. Dudas y comentarios acerca del Inventario del concepto de sí mismo, retroalimentación.
9. Técnica de Relajación de Edmund Jacobson.

SESION # 7: Cuidador primario

Técnica: Comunicación Asertiva.

Objetivo: cuidadores primarios, aprenderán a desarrollar una comunicación asertiva, actuando correctamente sin caer, en lo pasivo ni en lo agresivo, para hacer frente a situaciones estresantes.

1. Revisión de tareas
2. Técnica de relajación
3. Ejercicio de actividades agradables
4. Comunicación asertiva
5. Técnica de relajación

Comunicación asertiva: Se comienza explicando que hay tres diferentes maneras de comunicar los pensamientos y deseos a otros. Estas formas de comunicación son: pasiva, asertiva o directa y agresiva. Cada uno de estos tipos de comunicación respeta de una manera diferente el espacio personal o los derechos de la otra persona. Para lograr una comunicación efectiva es importante que se respete el espacio personal de la otra persona; y también el nuestro propio.

La comunicación asertiva no es fácil. Para comunicarnos adecuadamente con los demás es importante:

- Tener claro lo que se quiere decir o conseguir. No querer cambiar el mundo. Son más efectivos objetivos concretos y detallados.
- Escuchar al otro (y no sólo oírle).
- Ponerse en el lugar del otro (entiendo que a ti te gustaría... pero...; comprendo tus motivos para... pero intenta entenderme)
- Hablar en primera persona (yo creo..., a mí me parece,...), evitando juzgar al otro y describiendo como le afecta su conducta. Expresar los sentimientos sin evaluar al otro, sin ponerle etiquetas.
- Ser positivo. Destacar las consecuencias positivas de lo que él piensa en lugar de centrarse en los aspectos negativos de su interlocutor.

Se invita al cuidador a exponer una situación en la que va a tratar de ser asertivo (de qué trata, cómo se suele comportar su interlocutor, etc.)

CAPITULO V

RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA POBLACION

Al inicio de la intervención participaron 13 sujetos pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de los cuales 11 lograron completar la intervención. Las edades de las participantes se encuentran en un rango de 28 y 55 años (D.E.= 8.3). De las 11 pacientes que participaron en la intervención solamente una se encontraba actualmente trabajando (Véase tabla 1y 2).

Tabla 1

Edad, escolaridad de los participantes y tiempo de diagnóstico de las pacientes con cáncer de mama

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Mínimo	Máximo
Pacientes Cáncer					
Edad	11	41.36	8.33	28	55
Escolaridad	11	11.27	4.12	5	17
Tiempo de diagnóstico	11	23.45	8.56	12	39
Cuidadores primarios					
Edad	8	45.00	7.48	32	57
Escolaridad	8	12.25	4.90	3	16

En cuanto a su estado civil 10 (90.9%) son casadas y una (1%) vive en unión libre. Por otra parte 5 (45.5%) de las pacientes confirmaron haber tenido al menos un familiar algún tipo de cáncer y 6 (54.5%) respondieron no tener antecedentes familiares con respecto a la enfermedad (Véase tabla 2).

Tabla 2

Descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con cáncer de mama

VARIABLE	f	%
Estado civil		
Casada	10	90.9
Unión libre	1	9.1
Trabaja		
Si	1	90.9
No	10	9.1
Mastectomía		
Si	11	100
Tipo de tratamiento		
Medicamento	1	9.1
Quimioterapia	3	27.3
Radioterapia	5	45.5
Otro	2	18.2
Antecedentes familiares		
Si	5	45.5
No	6	54.5

El tipo de tratamiento más frecuente que recibían las pacientes al momento de la intervención, fue radioterapia, con una frecuencia de 5 (45.5%) pacientes, seguido de quimioterapia 3 (27.3%), medicamento 1 (9.1%), y dos personas contestaron otro tipo de tratamiento. Al hacer referencia al tiempo de su diagnóstico de cáncer de mama la media fue de 23.45 meses ($D.E.=8.5$). Las 11 pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente por mastectomía radical (Véase tabla 2).

En cuanto a los cuidadores primarios; los participantes presentaron un rango de edad entre 32 y 57 años, donde la moda es 45 años, con una ($D.E.=7.4$), en escolaridad, lo mínimo de años de estudios fueron 3 años (7.1%) y lo máximo 16 años (7.1%), con una media de 12.24 ($D.E.=12.25$).

De los ocho cuidadores primario, solamente dos no trabajan, y el resto sí. Seis de ellos son casados, uno vive en unión libre y otro es viudo (Véase tablas 1 y 3).

Seis de cuidadores, 6 son de sexo masculino y es la pareja de la paciente con cáncer de mama, el resto 2 personas corresponde al sexo femenino.

En la variable de escolaridad la respuesta más frecuente fueron 15 años de estudio 3(21.4%), y la media fue de 12.25, se obtuvo un mínimo 3 años y lo máximo fue 16. Seis (42.9) de los ocho cuidadores son casados, uno (7.1%) vive en unión libre y otro (7.1%) es viudo (Véase tabla 3).

Tabla 3

Descriptivos de las variables sociodemográficas en cuidadores primarios

VARIABLE	f	%
Género		
Femenino	2	14.3
Masculino	6	42.9
Estado civil		
Casado	6	42.9
Unión libre	1	7.1
Viudo	1	7.1
Trabaja		
Si	1	90.9
No	10	9.1
Parentesco		
Pareja	5	35.7
Amistad	1	7.1
Familiar	2	14.3

INSTRUMENTOS

La consistencia interna obtenida a continuación, son valorados a partir de los datos de los 11 sujetos con los que se llevo a cabo la intervención (Véase tabla 4)

Tabla 4

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	Alfa de Cronbach	Ítems
Apoyo social (MOS)	.93	11
Pensamientos automáticos negativos (ATQ-R)	.86	30
Estrés percibido (PSS)	.85	14
Calidad de vida EORTC QLQ-C30 3.0	.84	30
Imagen corporal	.80	20

Para comprobar el efecto de la intervención cognitivo-conductual se realizó una evaluación antes y después de la intervención por medio de la t de student, para investigar si hubo una diferencia significativa.

Así mismo se muestran los resultados antes y después de cada una de la variables de estudio. (Véase tabla 12).

IMAGEN CORPORAL

Para conocer que la distribución de la variable de imagen corporal, se comportara de manera normal, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde los resultados indican una normalidad en los datos.

Antes de la intervención las pacientes presentaron una $M= 63.37$, y después de la intervención fue de $M=32.28$, por lo que se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la percepción de su imagen corporal con un valor de ($p <.01$), lo cual refleja que las pacientes tuvieron una mejor percepción, después de la intervención (Véase tabla 5 y figura 1).

Tabla 5
Efectos de la intervención cognitivo-conductual en variable imagen corporal

Imagen Corporal	Media	D.E	Rango	t	gl	p
Antes	63.67	3.45	59-70	12.08	6	.01
Después	32.28	4.68	23-37			

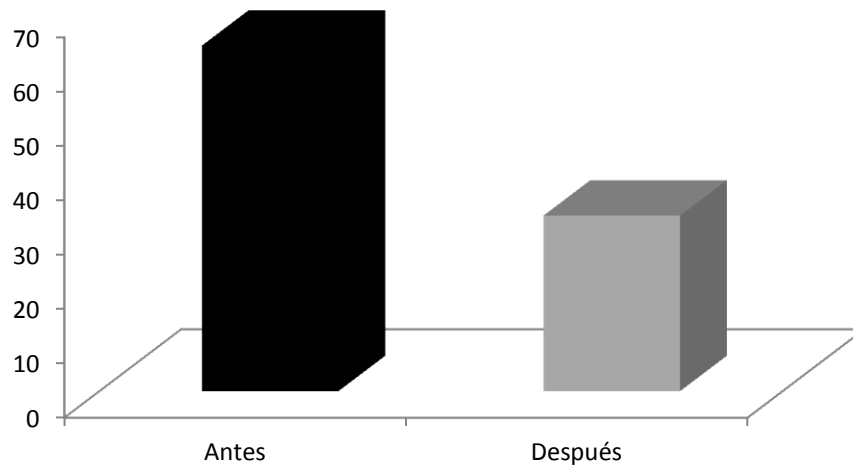


Figura 1. Efecto de la intervención en imagen corporal

ESTRES PERCIBIDO

Se aplicó la prueba t de student de comparación para muestras relacionadas, por el tipo de diseño, los resultados nos indican una diferencia significativa de el estrés percibido antes de la intervención es de $M=37.54$ y después de la intervención fue de $M=17.09$, lo cual la intervención disminuye positivamente el estrés percibido en la pacientes con cáncer de mama (Véase en tabla 6 y figura 2).

Tabla 6.

Efectos de la intervención cognitivo-conductual en variable de estrés percibido

Estrés Percibido	<i>M</i>	<i>D.E</i>	Rango	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Antes	37.54	7.28	18-44	9.27	10	.01
Después	17.09	3.20	12-22			

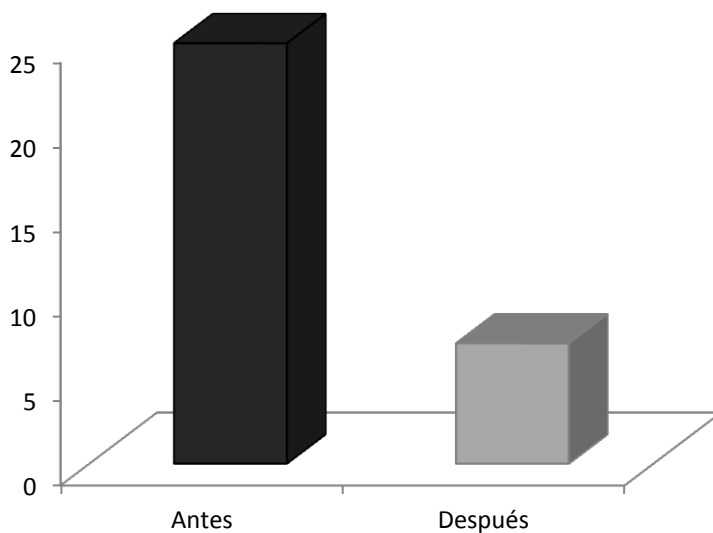


Figura 2. Efecto de la intervención en el estrés percibido

CALIDAD DE VIDA

Tabla 7

Promedio de subescalas de la variable calidad de vida antes y después de la intervención

Escala	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Funcionamiento					
Antes	90.69	10.32			
Después	40.36	2.76	16.11	10	.01
Síntomas					
Antes	88.27	11.43			
Después	47.02	5.83	11.85	10	.01

Tabla 8

Efectos de la intervención cognitivo-conductual en variable calidad de vida

Calidad de vida	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	Rango	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
Antes	63.99	6.39	50-72	6.44	10	.01
Después	58.67	7.15	41-66			

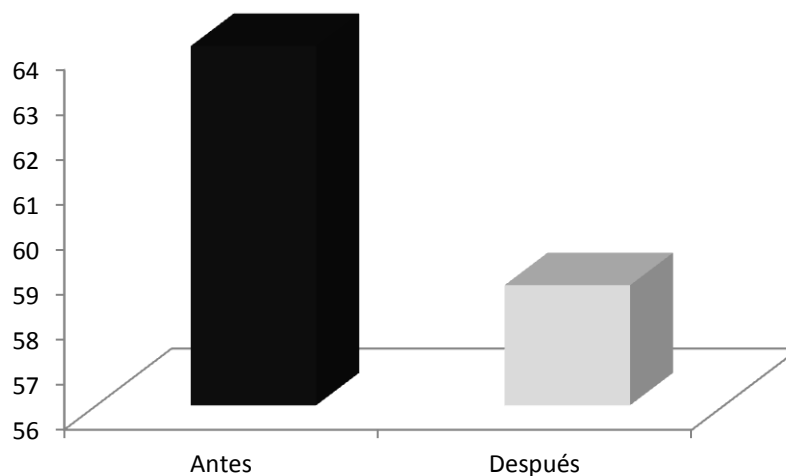


Figura 3: Efecto de la intervención en calidad de vida

APOYO SOCIAL

De acuerdo con los resultados observados en la tabla 9 y figura 4 no hubo una diferencia significativa en el apoyo social de los pacientes, al comparar los puntajes antes y después de la intervención. Por lo que la intervención no mejoró el apoyo social en las pacientes con cáncer de mamá.

Tabla 9

Efectos de la intervención cognitivo-conductual en variable apoyo social

Apoyo Social	<i>M</i>	<i>D.E</i>	Rango	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
Antes	74.00	14.18	57-94	-.92	10	.38
Después	74.45	13.50	59-94			

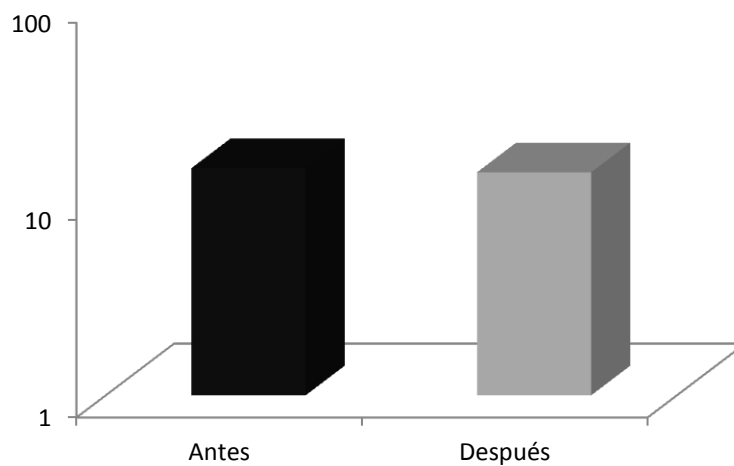


Figura 4. Efecto de la intervención en apoyo social

PENSAMIENTOS NEGATIVOS

En cambio en la variable de pensamientos negativos se encontró una diferencia clínica y estadísticamente significativa ($p < .01$) por medio de la intervención cognitivo-conductual (Véase en tabla 10 y figura 5).

Donde las pacientes manifestaron, percibir de manera distinta sus pensamientos después de la intervención, y comprobar que los pensamientos negativos muchas veces eran solamente distorsiones cognitivas irreales.

Tabla 10

Efectos de la intervención cognitivo-conductual en variable pensamientos negativos

Pensamientos Negativos	<i>M</i>	<i>D.E</i>	Rango	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Antes	48.72	9.98	24-60	15.32	10	.01
Después	3.54	2.87	0-8			

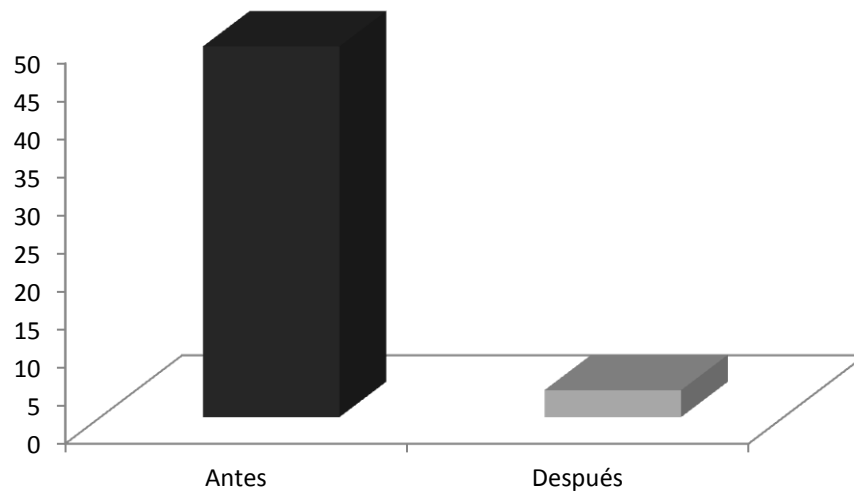


Figura 5. Efecto de la intervención en pensamientos negativos

CUIDADORES PRIMARIO DE LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Se realizó una comparación del antes y después del tratamiento con la prueba t de student para muestras relacionadas y prueba de rangos de Wilcoxon en cuidadores para la variable de burnout.

Los resultados arrojan una diferencia significativa, después de la intervención, por lo que fue efectiva la reducción de la percepción de carga de los cuidadores primarios (Véase tabla 11 y figura 6).

Tabla 11

Efectos de la intervención cognitivo-conductual en variable de burnout en cuidadores primarios.

Escala de Carga	<i>M</i>	<i>D.E</i>	Rango	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Antes	24.88	17.08	8-54	4.46	7	.01
Después	7.12	11.64	0-30			

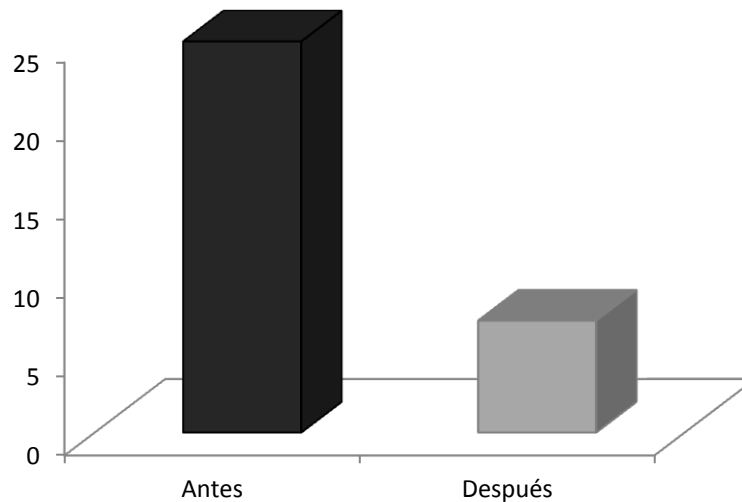


Figura 6. Efecto de la intervención en la variable burnout en cuidadores primario

Tabla 12

Prueba t de muestras relacionadas y análisis de Wilcoxon					
	Dif. Medias	t	p	z	P
Pacientes cáncer mama					
Imagen corporal	3.12	12.08	.01	-2.37	.02
Estrés	2.04	9.27	.01	-2.94	.01
Calidad de vida	5.31	6.44	.01	-2.85	.01
Apoyo social	-.45	-.92	.38	-1.07	.29
Pensamientos negativos	4.51	15.32	.01	-2.93	.01
Cuidador Primario					
Burnout	17.75	4.46	.01	-2.52	.01

CAPITULO VI

DISCUSION

El programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes con cáncer de mama, estuvo basado en el entrenamiento de técnicas de asertividad, relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, solución de problemas y autoevaluación precisa, los cuales de acuerdo con los resultados, la intervención mostró efectos positivos, en la reducción de estrés percibido, disminución de pensamientos negativos, mejora de autoconcepto en la imagen corporal y la calidad de vida, únicamente, en apoyo social, fue la variable que no mostró beneficios estadísticamente significativos, por medio de la intervención en las pacientes con cáncer.

Imagen corporal

Antes de la intervención las pacientes mostraron principales preocupaciones de su imagen corporal, la más frecuente fue sentirse menos femenina obteniendo un 10(90.9%), de la misma forma 9(81.8%) pacientes afirmaron sentir que habían perdido su atractivo como mujer, 8 (72.7%) se sintieron insatisfechas con su cuerpo, el mismo porcentaje de mujeres afirmaron que a consecuencia del tratamiento se percibían como deformadas con su cuerpo incompleto y se sentían menos atractivas sexualmente.

La insatisfacción con el aspecto físico viene generada por todos los cambios que la mayoría de mujeres sufren a raíz de la intervención quirúrgica, siendo más intensa cuando es una mastectomía y por todos los tratamientos oncológicos (Font & Rodríguez, 2004). Cabe señalar que las once pacientes que participaron en la intervención, habían sido intervenidas quirúrgicamente por

mastectomía radical. Otros estudios como los de Sammarco (2009) y Robba y otros (2007) confirman los resultados anteriores al mencionar que la mastectomía produce sentimientos de mutilación, por lo que reflejan un deterioro en su autoconcepto e imagen corporal. Las mujeres que se encuentran más afectadas por este tipo de cirugía por lo general se presenta en las más jóvenes, significando para ellas una pérdida de su atractivo como mujer y amenaza a su femineidad.

Después de la intervención se logró una mejoría en cuanto a la percepción evaluada anteriormente de su imagen corporal ($p < .01$). Los resultados coinciden con otras investigaciones, donde mediante la intervención cognitivo-conductual, las pacientes han logrado una mejoría en la percepción de su apariencia física, mayor aceptación a la enfermedad y a los efectos como consecuencia de los tratamientos (Font & Rodríguez, 2004; Fernandez, 2005; Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez, & García, 2008).

Estrés percibido

Para valorar las situaciones que generan más estrés en las pacientes se tomó en cuenta que dentro del instrumento de Estrés percibido (Gonzalez & Landero, 2007) el ítem 3 “Se ha sentido nerviosa o estresada” (llena de tensión) fue el que obtuvo una mayor en respuesta “muy a menudo” frecuencia 9(81.8%); seguido por el ítem 7 “Ha sentido que las cosas le van bien” una frecuencia de 7 (63.6%) respondieron “casi nunca” y por último los ítems 10 y 11 obtuvieron ambas frecuencia de 6(54.5%) al manifestar respuesta de falta de control.

De forma más detallada las pacientes respondieron que las situaciones que les originan más estrés son las relacionadas con los problemas familiares por tratar de agradar y cumplir compromisos familiares, problemas económicos, el miedo a convertirse en una carga para el cuidador primario y la familia.

Después de la intervención se realizó comparación del antes y después donde se observan diferencias significativas, de esta manera se confirma que la intervención grupal influye de forma positiva en la sintomatología psicológica que presentan las pacientes con cáncer de mama. Asimismo, Font y Rodríguez (2007) han encontrado que las intervenciones informativo-educativas, cognitivo-conductuales y psicoterapias de grupo facilitan un mejor control de los síntomas secundarios de fatiga, estrés y depresión.

Por lo tanto en el presente estudio se rechaza la hipótesis nula, debido a que se comprueba que en la intervención realizada en las pacientes con cáncer de mama, se observa una diferencia estadísticamente significativa en beneficio a las pacientes, logrando reducir el estrés percibido.

Calidad de vida

Los resultados coinciden con el de otras investigaciones constituidos por mujeres con cáncer de mama, donde se ve un mejoramiento en la calidad de vida por medio de una intervención psicológica cognitivo-conductual (Font & Rodríguez, 2004; Garduño, C., Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010; Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez, & García, 2008). Donde se reflejan mejorías estadísticamente significativas ($p=0.01$), pero en cuanto al apartado de la escala de síntomas, los cambios dependerán mucho, del tratamiento que estén recibiendo en ese momento, como es el caso de las consecuencias que tiene un tratamiento de quimioterapia, sería importante evaluar, pero dependiendo el tratamiento actual, con la escala EORTC QLQ-C30 3.0 Calidad de Vida (Fayers, Aaronson, Bjordal, Groenvold, Curran, & Bottomley, 2001).

Apoyo social

En la variable de apoyo social no hubo una diferencia significativa por medio de la intervención ($p=0.38$) debido a que la mayoría de las pacientes desde

un inicio ya contaba con buen apoyo por parte de sus cuidadores primarios y familiares. De acuerdo con otros estudios (Spiegel, 1990; Northouse, 1998; Font & Rodríguez, 2004) se menciona que es poco probable que en el transcurso de la terapia los familiares o cuidadores cambien su estilo de interacción con los pacientes, al tiempo que éstos son cada vez más conscientes de sus necesidades. De la misma forma el apoyo que perciben las pacientes por parte de la pareja tampoco sufre cambios durante el proceso de intervención.

Pensamientos automáticos negativos

En las pacientes con cáncer de mama se observó notablemente una disminución en los pensamientos automáticos negativos, de forma significativa ($p=0.01$), comparando al inicio y después de la intervención. Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009) encontraron que las mujeres con cáncer de mama que participan en intervenciones grupales mejoran en la regulación de sus emociones negativas y en su bienestar personal.

Es importante comentar la resistencia que presentaron al inicio las pacientes al contestar el cuestionario de pensamientos automáticos negativos, haciendo referencia a que el cuestionario estaba compuesto de frases negativas y pensaban que eso las iba a deprimir más. De acuerdo a diversas investigaciones (Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007; Torres, 2006; Arbizu, 2000; Sebastián & León, 2009; Molina, Hernández, & Sarquis, 2009) la personalidad tipo C además de considerarse una personalidad que se caracteriza por la falta de expresión emocional, también presenta características de ser una personalidad resistente donde presentan un sentimiento de control y dominio sobre la vida, omitiendo emociones socialmente negativas, disimulando y no expresando dichas emociones.

Burnout

Antes de la intervención los cuidadores primarios mostraron un nivel alto de burnout y después de la intervención disminuyó, originando una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.01$), la cual fue medida con el cuestionario de carga de Zarit (Zarit & Zarit, 1983).

Pese a ser los cuidadores primarios un grupo con un acceso más limitado, se logró captar a 8 cuidadores de las 11 pacientes de cáncer de mama. Se consideró solamente la aplicación de un instrumento de medición en cuidadores primarios, debido a que solamente se investigó una variable, que es la de burnout además lo más importante, al trabajar con cuidadores primarios es considerar que son los que precisamente en ocasiones no disponen del tiempo necesario para realizar las tareas que se asignan en casa disponen de menos tiempo en casa para contestar autoregistros que requieren ciertas sesiones.

Es importante tomar en cuenta que sería muy pretensioso querer modificar la vida de un cuidador primario con tan solo una breve intervención, sin embargo las sesiones dedicadas a cuidadores, lograron mejorar su nivel de percepción de carga. Esto no significa que varios ámbitos de su vida, hayan sido beneficiados, debido que es muy complejo el papel que desempeña un cuidador primario.

Otras investigaciones dedicadas únicamente a la intervención en cuidadores primarios (Espín, 2011; López, Orueta, Gómez, Carmona, & Alonso, 2009) han logrado grandes beneficios disminuyendo el estrés y mejorando su calidad de vida, mediante intervenciones psicológicas.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados anteriores, se confirma que la intervención cognitivo conductual, empleada en los pacientes con cáncer de mama, logró disminuir el estrés percibido. Además hubo una reducción de pensamientos negativos y una mejoría en su percepción de imagen corporal. Es importante hacer hincapié que a pesar de las limitaciones metodológicas del presente estudio, la terapia ha sido eficaz para mejorar la calidad de vida en las pacientes y mejorar la percepción de burnout en el cuidador primario.

Por lo que los resultados arrojaron datos de una diferencia estadísticamente significativa, de una comparación antes y después de la intervención, dentro del grupo de pacientes con cáncer de mama y cuidadores primarios. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas de mejoría, en la variable de apoyo social, en el grupo de las pacientes con cáncer, debido a que antes de la intervención las pacientes, ya contaban con una puntuación alta de apoyo social, reflejaron los resultados del instrumento.

Echeburúa (2001) en un estudio menciona que el prolongar la terapia más allá de 24 sesiones y alargarla a 12 meses aumenta muy poco el porcentaje de mejoría e incrementa enormemente el gasto. Se ha demostrado en otras investigaciones la efectividad de la intervención cognitivo conductual con un número mínimo de sesiones, donde se muestran resultados de cambios satisfactorios y significativos (Ballester, 2003; Lackner, Jaccard, Krasner, Katz, Gudleski, & Holroydus, 2011; Sánchez, Torres, Camprubí, Vidal, & Salamero, 2005). Sin embargo no se presentan estudios sobre seguimientos a más largo

plazo, con el objetivo de conocer el mantenimiento de los resultados, lo cual sería interesante continuar con el estudio posteriormente.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las limitaciones del presente estudio, sería la poca participación por parte de los cuidadores primarios, debido que el número de integrantes fue reducido. De la misma forma sería importante establecer evaluaciones tiempo después, de terminada la última evaluación para monitorear la trascendencia de las variables de estudio, y su comportamiento, después de determinado tiempo.

Asimismo sería relevante ampliar en un estudio futuro, el número de integrantes de pacientes con cáncer de mama, para obtener una mayor confiabilidad, con la finalidad de obtener un estudio más consolidado metodológicamente, de igual forma, el tener acceso al expediente médico, sería de mucho beneficio, ya que pudiéramos obtener más información, en cuanto al estadio exacto en el que se encuentra actualmente las pacientes, y de esa forma hacer más estudios comparando pacientes en sus diferentes estadios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aaronson, N. (2007). Assessment of quality of life in women with breast cancer, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes* , 5 (24), 1- 14.
- Alvarado, A., & González, M. (2006). Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal médico y con la persona enferma. En *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas*. (pág. 37). México: Secretaria de Salud.
- Anthony, S.; Fauci, E.; Kasper, D.; Hauser, L.; Longo, D.; Jameson, J.; Loscalzo, J. (2007). Cáncer de mama. En *Principios de Medicina Interna* (17 ed., Vol. 1, págs. 563-569). México: McGraw Hill.
- Appels, A., & Mulder, P. (1988). Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *European Heart Journal* , 9 (1), 758-764.
- Arbizu, J. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales* , 24 (1), 173-178.
- Arraras, J., Illarramendi, J., Manterola, A., Salgado, E., & Domínguez, A. (2007). Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología* , 4 (2-3), 367-384.
- Arrieta, C. (1999). Necesidades físicas y organizativas de la familia. En W. Astudillo, C. Arrieta, A. Mendinueta, & I. Vega (Edits.), *La familia en la terminalidad* (págs. 59-74). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Astudillo, E. (2002). El síndrome del agotamiento en los cuidados paliativos. En: cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. En *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (4ta. ed., págs. 514-525). Barañain: EUNSA.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema* , 15 (4), 517-523.

- Bárez, M., Blasco, T., & Fernández, J. (Diciembre de 2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología* , 19 (2), 235-246.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Vélez, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica* , 24 (1), 55-61.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teoría y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas Psiquiatria* , 33 (6), 390-397.
- Bayés, R. (15 de Octubre de 2008). *Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador*. Recuperado el 27 de Febrero de 2011, de FCE: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Oxford, Inglaterra: International Universities Press.
- Blasco, T. (1994). La náusea y el vómito asociados a la quimioterapia: una reflexión sobre la investigación básica y aplicada. *Anuario de Psicología* , 1 (61), 51-55.
- Bloom, J., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine* (19), págs. 831-837.
- Bloom, J., & Spiegel, D. (1990). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine* , págs. 831-837.
- Bonilla, R. (1999). La familia del enfermo. *Lectura psicológica labor hospitalaria* , 211, 22-26.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. (1), 141-175.
- Brewin, C., Watson, M., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behav Res Ther* , 1131-42.
- Brighton, D., & Wood, M. (2005). The Royal Marsden Hospital Handbook of Cancer Chemotherapy. *Churchill Livingstone* , 9 (1), págs. 6-9.

- Buddeberg, C., Wolf, C., Sieber, M., Riehl-Emde, A., & Berga, C. (2006). Coping strategies and course of disease in breast cancer patients: results of a 3-year longitudinal study. *Psychotherapeutic Psychosomatics* , 55 (2), 151-157.
- Bueno, A., & Buceta, J. (2001). Evaluación y tratamiento del estrés. En M. Crespo, & F. Labrador (Edits.), *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (págs. 455-495). Madrid: Dykinson.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer. *British Medical Journal* (330), 702–705.
- Calvete, E., & Connor-Smith, J. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research* , 2 (29), 201-207.
- Cerezo, V., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 41 (1), 129-138.
- Cervera, S., & Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología* , 85, 7-29.
- Chang, E., Tsai, Y., & Tsao, C. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology* , 10 (16), 950-955.
- Cruzado, J. (2007). Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. págs. 51-55.
- Cruzat, A. (2007). Teoría de sistemas naturales de Murray Bowen: un nuevo entendimiento de los procesos de salud/enfermedad al interior de las familias y organizaciones. *Revista Biomédica* , 7 (10), 110-115.
- Echeburúa, E. (2001). *Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica*. Recuperado el 24 de Agosto de 2012, de http://mayarlingaparcedo.vpweb.com/upload/eficacia_terapias.pdf
- Espín, A. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Facultad de Salud* , 3 (1), 9-19.
- Espinola, S., & Carmelo, H. (s.f.). Validación Argentina del cuestionarios MOS de apoyo social percibido. *Psicología, Cultura y Sociedad* , 155-168.
- Espínola-Rodríguez, S., & Carmelo, E. (S.F.). Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicología, Cultura y Sociedad*. págs. 155-168.

- Estévez, A., & Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología* , 25 (1), 27-35.
- Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. (1994). *Anuario de Psicología*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2010, de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61119/88853>
- Fallowfield, L. (1995). Assessment of quality of life in breast cancer. *Health Qual Life Outcomes* , 34 (5), 689-694.
- Farrerons, L., & Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y estrés* , 1 (14), 101-113.
- Fawzy, Arndt, & Pasnau. (2007). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Anales* , 1 (52), 101-113.
- Fawzy, F., Fawzy, N., & Hyun, C. (2006). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry* , págs. 691-689.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). The EORTC QLQ-C30. En *Scoring Manual* (3ra ed.). Bruselas.
- Fernandez, A. (2005). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología* (1), 169-179.
- Fischer, D., Villines, D., Kim, Y., Epstein, J., & Wilkie, D. (2009). *Anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer*. Recuperado el 20 de Marzo de 2012, de Supportive Care in Cancer: <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=du7r5178q544h332&size=largest>
- Font, A. (1990). Estrategia de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. En *// Congreso Oficial de Psicólogos, área 5: Psicología de la Salud* (págs. 90-96). Madrid: Publicaciones del COP.
- Font, A. (1990). Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. *I1 Congreso oficial de Psicólogos*. Barcelona, España.
- Font, A. (1989). Locus de control en situaciones de indefensión producida por amenaza real. *Psicologemas* , 3 (1), 225-234.

- Font, A. (1991). Relaciones entre expectativas de resultado teórico, expectativas de resultado autorreferencia. *Revista Latinoamericana en Psicología* , 23 (1), 53-69.
- Font, A., & Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología* , 1 (1), 67-86.
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* , 4 (2-3), 423-446.
- Gala, F. J., Lupiani, M., Gómez, A., Guillén, C., González, R., Gala, F. J., y otros. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. *Cuadernos de Medicina Forense* , 30, 39-50.
- Garduño, & Juárez. (2008). Prevalencia del síndrome Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología* , 31 (1), 259-262.
- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual* , 1 (1), 69-80.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* , 1 (20), 50-75.
- Giese, Hermanson, Koopman, Weibel, & Spiegel. (2006). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology* , 2 (14), 251-266.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gomez, B., & Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia* , 7 (1), 30-38.
- González, M., & Landero, R. (2007). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*. *Anales de Psicología* , 23 (2), 253-257.
- Gonzalez, M., & Landero, R. (2007). Escala de cansancio emocional ECE para estudiantes universitarios : propiedades psicométricas en una muestra de México. *The Spanish Journal of Psychology* , 10 (1), 199-206.

- González, M., Landero, R., & Moral, J. (2009). Cuestionario de burnout para amas de casa (CUBAC): evaluación de sus propiedades psicométricas y del modelo secuencial de burnout. *Universitas Psychologica* , 8 (2), 533-544.
- Greer, Morris, T., & Pettingale, K. (2007). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The lancet* , págs. 785-810.
- Hegel, M., Moore, T., Collins, E., Kearing, S., & Clay, K. (2007). *Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer*. (J. Cruzado, Ed.) síntesis.
- Helgeson, Cohen, & In, F. H. (2005). Social ties and cancer. *Psycho-oncology* . , págs. 99-109.
- Hernández, M., Cruzado, J., & Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología* , 4 (1), 179-191.
- Hernández, Vargas, C., Dickinson, M. E., & Fernández. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* , 1 (51), 11-14.
- Holzner, B., Kemmler, G., Cella, D., De Paoli, C., Meraner, V., Kopp, M., y otros. (2004). Normative data for functional assessment of cancer therapy general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. *Acta Oncológica* (43), 53-60.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer* , 37 (2), 189-197.
- Hunter, D., Petticrew, M., & Bell, R. (2006). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer. *British Medical Journal* , págs. 1066-1090.
- Ilnyckyj, A., Farber, J., & Cheang, M. (2006). A randomised controlled trial of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* , págs. 93-96.
- INEGI. (20 de mayo de 2010). Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/cancer09.asp?s=inegi&c=2676&ep=8>

- Jacobsen, P., & Hann, D. (2003). Cognitive-behaviour interventions. *Psycho-oncology* , págs. 717-729.
- Johnson, S., Stalker, M., & Cinima, C. (2008). Supportive activities requested by survivors of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* , 7 (4), 21-31.
- Kendall, & Hollon. (1989). *ATQ-R Escala de pensamientos automáticos*. (Calvete, S. Connor, Edits., Calvete, & S. Connor, Trads.) Recuperado el 2005
- Kendall, P., & Hollon, S. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*. 1 (13), págs. 81-93.
- Kissane, D. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand of Psychiatry* .
- Labrador, F., Puente, M., & Crespo, M. (1997). Técnicas de control de la activación. En F. Labrador, J. Cruzado, & M. Muñoz (Edits.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (págs. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Lackner, J., Jaccard, J., Krasner, S., Katz, L., Gudleski, G., & Holroydus, K. (2011). Auto administración de terapia cognitiva conductual para SCI moderado y grave: eficacia clínica , tolerabilidad y vialidad. *Revista de Toxicomanías* , 1 (62), 3-14.
- Landero, R., & González, M. (2006). Apoyo social en mujeres de familiar monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud* , 16 (2), 29-36.
- Landero, R., & González, M. T. (2006). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Lehto, U., Ojanen, M., & Kellokumpu, L. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncology* , 16 (5), 805-816.
- Leszcz, M., & Goodwin, P. (2005). The rationale and foundations of group psychotherapy for women with metastatic breast cancer. *International Journal of Group Psychotherapy* , 2 (48), 245-269.
- Linn, M., Linn, B., & Harris, R. (2006). Effects of counselling for late stage cancer patients. *Cancer* , págs. 1048-1055.

- López, M., Orueta, R., Gómez, A., Carmona, J., & Alonso, F. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar* , 7 (2), 332-339.
- Manzano, G. (2004). Perfil de los estudiantes comprometidos con sus estudios: influencia del burnout y el engagement. *Anuario de Psicología* , 3 (35), 399-415.
- Maslach, C. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology* , 7 (1), 63-74.
- Mateo, I., Millán, A., García, M., & Gutiérrez, P. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad perfil, aportaciones e impacto. *Atención Primaria* . , 26 (3), 25-34.
- Meyer, T., & Mark, M. (2006). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients. *Health psychology* , 1 (14), 101-108.
- Molina, C., Hernández, O., & Sarquis, Z. (2009). Patrón de personalidad tipo C y su relación con el cáncer de mama y cérvico-uterino. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* , 12 (4), 171-187.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R., & García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* , 5 (1), 93-102.
- National Cancer Institute*. (2010). Recuperado el 24 de mayo de 2010, de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>
- Navarro, R. (1994). Del condicionamiento clásico a la terapia conductual cognitiva: hacia un modelo de integración, en aprendizaje y comportamiento. Lima.
- Northouse L, T. T. (1998). Couples adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psychooncology* 1998; 7: 37-48. (7), 37-48.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (julio de 2010). Recuperado el 27 de enero de 2010, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Padilla, G., Presant, C., Grant, M., & Metter, G. (2006). Quality of life index for patients with cancer. , 6,. *Research in Nursing and Health* , 6 (1), 117-126.

- Pando, M., Aranda, C., Aldrete, M. G., Flores E., E., & Pozos. (2006). Factores psicosociales y burnout en docentes del centro universitario de ciencias de la salud. *Investigación en Salud* , 3 (8), 173-177.
- Pistrang, & Barker. (2005). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine* , 6 (40), 789-797.
- Robba, C., Haley, W., Balducci, L., Extermann, M., Perkins, E., Small, B., y otros. (2007). Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Oncology Hematology* , 62 (2), 84-91.
- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida*. (págs. 249-275). México: Thompson.
- Rosenfeld, C. (agosto de 2005). *Aportes de la psicoterapia cognitivo conductual en pacientes con cáncer*. Recuperado el 25 de mayo de 2010, de <http://www.ctcar.com.ar/publicaciones/Aportes%20de%20la%20TCC%20en%20Tratamiento%20de%20Pacientes%20con%20Cancer.pdf>
- Rotter, J. (1975). Generalized expectancies for interna1 versus externa1 control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psycholog* , 43 (1), págs. 56-67.
- Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing* . , 32 (5), 347-356.
- Sánchez, N., Torres, A., Camprubí, N., Vidal, A., & Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* , 2 (1), 21-32.
- Sánchez-Elvira, A., Bermúdez, J., & Buceta, J. (2003). Intervención sobre el patrón de conducta A. En M. d. psicológico.. Madrid: 85-125.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología de Psicología Clínica y de la salud* (3), 141-157.
- Sandín, B., Belloch, B., & Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología. En *Estrés* (págs. 4-47). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, C., Valiente, R., & Lostao, S. M. (2001). Ansiedad anticipatoria asociada a las pruebas complementarias de screening de cáncer de mama. *Psicothema* , 13 (2), 240-246.

- Sandín, B., Tobón, S., & Vinaccia, S. (2003). Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología* , 19 (2), 12-24.
- Schneiderman. (S.F.). *Psicomag*. Recuperado el 2010 de Noviembre de 20, de http://www.depression.psicomag.com/terapia_conductual.php
- Sebastián, J., & León, M. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasiprospectivo de la personalidad tipo c. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 461-479.
- Servicio de prevención de riesgos laborales. (2005). *Diputación provisional de Malaga* .
- Shebourne, C., Meredith, L., Rogers, W., & Ware, J. (1992). Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research* , 4 (1), 235-246.
- Simón, M. (1999). Tratado de psicología de la salud. *Madrid: Biblioteca* .
- Simpson, J., Carison, L., Beck, A., & Patten, S. (2001). Effect of brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology* (11), 282-94.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer* , 66 (1), págs. 1422-1426.
- Spiegel, D. (2007). Psychological support for women with metastatic breast cancer. *Psychosomatics* , págs. 780-787.
- Taylor, S., Falker, R., Shopton, S., & Lichtman, R. (1986). Social support, support groups and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 54 (5), 608-615.
- Terol, M., López, S., Rodríguez, J., Pastor, A., Mora, M., Martín, M., y otros. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología* , 16 (2), 111-122.
- Torres, A. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica* , 5 (3), 563-573.
- Trijsburg, R., van Knippenberg, F., & Rijpma, S. (1992). Effect of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosomatic Medicine* , 54 (4), 489-517.

- Van der Pompe, G., Duivenvoorden, H., & Antoni, M. (1997). Effectiveness of a short term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research* , 42 (5), 453-466.
- Villamarin, F. (2006). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud* , 2 (1), 45-64.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas* , 2 (1), 125-137.
- Vinaccia, S., Riveros, M., Quiceno, G., & Garaviria, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes en el tratamiento quimioterapéutico. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* , 2 (20), 50-75.
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. (2006). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet* , págs. 1331-1336.
- Whatley, R., Milne, R., & Southampton. (2006). Wessex Institute for Health Research and Development. *Development and Evaluation Committee* , 17 (5), 138-147.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd edition)*. Sarasota: Professional Resource Press,.
- Zarit, & Zarit. (1983). Interventions with caregivers of demencia patients: comparison of two approaches. *Psychology and Aging* , 1 (2), 225-232.

ANEXOS

CUADERNO DE ACTIVIDADES

REGLAS DEL GRUPO

1. Asistencia a todas las sesiones (avisar en caso de imprevistos).
2. Cumplir con todos los compromisos establecidos en las sesiones.
3. Los participantes del grupo deberán mantener confidencialidad.
4. Se respeto en todo momento la opinión de los demás.
5. Puntualidad.
6. Traer el material de trabajo para cada sesión.

Acepto estas reglas y me comprometo a cumplirlas

X

X

Nombre

Firma

FECHA: ___/___/___

SESIÓN 1**TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE EDMUND JACOBSON:**

El objetivo de este tipo de relajación es reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad. La relajación actúa en el Sistema Nervioso Periférico de forma contraria al estrés, por lo tanto no se puede estar relajado y ansioso a la vez (García & Becoña, 1994).

El lugar para realizar la relajación:

Las condiciones del lugar donde realicemos la práctica tienen que cumplir unos requisitos mínimos:

- ✓ Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.
- ✓ Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- ✓ Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.





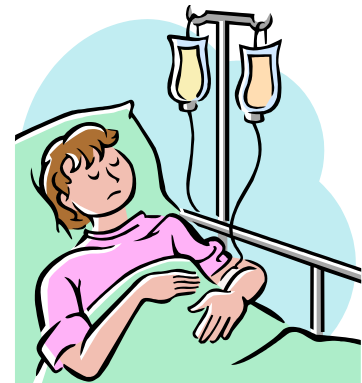
La posición para la relajación:

Al igual, también, que se propuso en el apartado del entrenamiento autógeno, para el entrenamiento en la relajación progresiva podemos utilizar diferentes tipos de posiciones. A continuación especificamos las descritas anteriormente.

1. Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
2. Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
3. Sentados en una silla o banqueta. En este caso utilizaremos la posición del cochero descrita para el entrenamiento autógeno.

La ropa

En una sesión previa se advierte al paciente que no lleve prendas de vestir demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento o que sean fuente de una tensión extra.



Contraindicaciones:

- Enfermedades físicas graves.
- Recuerdos malos de la infancia.
- Desmayos.
- Ataques epilépticos.

- Uso de fármacos psicodélicos.
- Narcolepsia.

INICIA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Respiración

Respirar profundamente inhalando por la nariz 5 veces profundamente y expirando por la boca, hacia fuera y despacio. Repítelo 5 veces.

Después de estas 5 respiraciones profundas continúa respirando de forma lenta y pausada, a un ritmo normal.

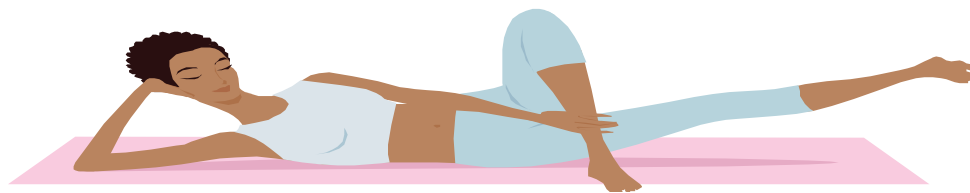
Desde ahora cada vez que inhales repite para ti mismo la palabra “quieto” y con cada exhalación la palabra “tranquilo” nota como al haber permitido que tu cuerpo se afloje, los músculos se relajan.

Sigue repitiendo “quieto” con cada inspiración y “tranquilo” con cada expiración, y con esta repetición de forma continuada las palabras aparecen de forma acompasada con el ritmo de tu respiración y la relajación se va haciendo más profunda.

La sensación de bienestar y calma profunda crece y se desarrolla... “quieto”... “tranquilo”...

Continúa relajándote de esta manera un poco más. Mantén los ojos cerrados pero, acompasados con cada inspiración y expiración continúa repitiendo las palabras “quieto” y “tranquilo”.

Ahora pasaremos a otra etapa de la relajación.



Tensión y relajación musculares

Intentaremos estar atentos a las sensaciones de tensión / distensión de los músculos.

Ahora tensa con fuerza toda la musculatura de tu cuerpo cada músculo quedará tirante y tenso.

Tensa con fuerza los músculos de:

Las piernas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

Los muslos, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

Las nalgas, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La pelvis, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

El abdomen, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La espalda, (requiere un poco más de tiempo): tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

El tórax, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

El cuello, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La mandíbula, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La frente, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

Los hombros: todo bien tenso... relajar de golpe. Respirar.

Deja escapar la tensión y relájate completamente. Siente el bienestar inmediato.

Esta será toda la tensión que efectuaremos. Ahora pasaremos a otro nivel de la relajación, un nivel mucho más profundo.

Beneficios físicos de la relajación muscular progresiva:

La relajación afecta todos los sistemas del organismo de diferente manera. Siendo un gran ayudante para mejorar el estado de salud emocional y física.



- Libera tensiones y contracturas musculares.
- Vasodilatación.
- Mejora la circulación.
- Disminuye la presión cardiaca
- Mejora la función ventilatoria gracias a la distensión muscular extrínseca (diafragma y músculos intercostales) y la relajación de los músculos intrínsecos del árbol bronquial.
- Disminuye espasmos gástricos.
- Mejora la digestión.
- Disminuye cólicos y disurias.
- Evita el gasto de energía innecesario.

Compromisos para la próxima sesión:

1. Registrar 5 situaciones que provocan estrés.

Compromisos durante la semana:

1. Realizar el llenado del siguiente autoregistro de control de Respiración y Relajación, diariamente.

FECHA 	Hora de inicio	TENSIÓN INICIO (0-10)	Hora al terminar	TENSIÓN FINAL (0-10)	OBSERVACIONES 

AUTOREGISTRO DEL CONTROL DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN

FECHA: ___/___/___

SESIÓN 2
LISTADO DE SITUACIONES QUE CAUSAN ESTRÉS

Durante la semana, registre por favor aquellas situaciones que le crean un estado de malestar emocional, todas aquellas que usted considera **ESTRESANTES**.

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla, es de un exceso o sobre-esfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se reduce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual.

Mis situaciones que me han originado estrés han sido:

SITUACIONES	FORMA DE COMBATIR MI ESTRÉS	FUNCIONA	
		SI	NO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

FECHA: ___/___/___

SESIÓN 3**PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS**

Se trata de discutir si los pensamientos que le provocan malestar son adecuados, tratando de encontrar unos pensamientos alternativos. Ejemplificando que cuando se encuentran unos nuevos pensamientos, cambian las consecuencias, es decir, se sienten de otra manera y reaccionan de forma distinta ante la situación inicial.

Escribe una lista de 5 pensamientos automáticos negativos más frecuentes:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____






Selecciona el más importante y escríbelo en el Registro A B C

Registro A B C

A: Hecho

B: Pensamiento

C: Emoción

Situación / Hecho 	Emoción 	Pensamiento Automático 	Respuesta Racional 	Resultado 
1. Suceso 2. Pensamiento ó imágenes de la persona	1. Especificar (Triste, alegre, enojo). 2. Intensidad (0-100)	(Antes de la emoción) 1. Grado de creencia. (0-100)	1. Respuesta (Por ejemplo no voy a perder mi empleo). 2. Grado de creencia (0-100)	Resultados u observaciones

FECHA: ___/___/___

SESIÓN 4

LISTADO DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

Durante la semana, registre por favor aquellas situaciones que le crean un estado de malestar emocional, todas aquellas que usted considera problemáticas.

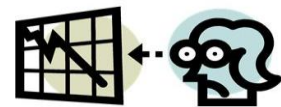
En nuestra vida cotidiana los problemas o situaciones problemáticas son normales y ocurren diario. Un problema es una situación real o imaginaria a la que tenemos que dar una solución, pero no disponemos de ella en este momento.

Mis problemas a lo largo de esta última semana han sido:

- Problema #1:

- Problema #2:

- Problema #3:



Modelo de solución de problemas

Esta técnica es utilizada con el objetivo de solucionar uno de los problemas que el participante haya indicado en el listado de situaciones problemáticas que tenía como tarea para casa la anterior sesión. Esta técnica se compone de cuatro etapas que permiten abordar los problemas de manera eficaz:

1. **Definición y formulación del problema:** Al definir correctamente un problema tenemos ya la mitad del problema resuelto, puesto que, además, esto nos permite generar más y mejores alternativas. Así pues, se trata de definir claramente el problema. Teniendo en cuenta los siguientes pasos:
 - Recoger información acerca del problema: ¿Quién está implicado?, ¿Qué está sucediendo?, ¿Dónde?, ¿Por qué?
 - Cambiar los conceptos vagos o ambiguos por otros específicos y concretos. Seguro que así se separa la información relevante de la irrelevante, evitando todo tipo de suposiciones, inferencias...
 - Establecer una meta (qué es lo que se quiere conseguir o alcanzar al resolver el problema) en términos específicos, realistas y concretos. Nada de metas inalcanzables, sino objetivos posibles y adecuados a las circunstancias.
2. **Generación de soluciones alternativas:** una vez definido el problema lo mejor es tener varias posibilidades de actuación, puesto que eso ayuda a elegir la que más idónea en ese momento concreto.

El propósito aquí es identificar o generar el mayor número posible de alternativas para solucionar la situación-problema. Se apuntan con lápiz y papel todas las soluciones que se le ocurran, por sencillas que parezcan, sin emitir ningún juicio de valor.

Se trata de generar el mayor número de soluciones posibles partiendo del supuesto de que cuantas más soluciones tenga, más probabilidades habrá de que la mejor solución posible se encuentre entre ellas. Conviene generar el mayor número de posibles alternativas.

3. **Toma de decisiones:** Una vez que tenga creadas todas las alternativas, se evalúan, se comparan y juzgan las disponibles y se elige la más adecuada. El primer paso es descartar las alternativas de solución obviamente negativas, ya que, de llevarse a cabo, generarían problemas aún mayores. Para valorar las restantes conviene preguntarse ¿Qué ventajas se obtendrán con cada una? ¿Qué consecuencias a corto y a largo plazo les generarán? ¿Qué inconvenientes tiene cada una de las alternativas? Es necesario contestar a cada una de estas preguntas en las alternativas, puesto que les va ayudar a elegir la más apropiada.
4. **Puesta en práctica y verificación de la solución:** Se sitúa uno como si ahora mismo fuera a dar solución a su problema. Primero se trata de imaginar la puesta en marcha de esa solución. Es decir, una vez se ha elegido la mejor alternativa, se imagina que ocurre al ponerla en práctica. En caso de parecer la más apropiada, se lleva a cabo realmente. Una vez elegida la alternativa de respuesta, se ha de programar y planificar cómo, cuándo y dónde se llevará a cabo, estableciendo además un período de

tiempo durante el cual se pondrá en práctica (por ejemplo 15 días). Conviene que este período sea relativamente largo, de forma que permita su aplicación continuada y la constatación de su eficacia al cabo de cierto tiempo. Durante ese tiempo no se puede volver a cuestionar la solución al problema; la decisión tomada no se puede volver a cuestionar la solución al problema; la decisión tomada ha de mantenerse (es probable que las dificultades iniciales vayan desapareciendo con el paso de los días).

Pasado el tiempo se vuelve a evaluar hasta qué punto la medida ha sido eficaz (es decir, ha conseguido la solución efectiva de la situación). Si se han alcanzado las metas como se fijaron, se habrá solucionado el problema o estará en vías de solución; si, por el contrario, no es así, habrá que revisar el proceso de solución de problemas.

De acuerdo con las técnicas anteriores, la solución de problemas será tanto más eficaz cuanto más se practique. Para facilitar su aprendizaje conviene comenzar por problemas no muy relevantes o con situaciones que se anticipan y pueden generar problemas, para pasar después a cualquier tipo de situación-problema.

Entrenamiento de relajación progresiva

Compromisos para la próxima sesión:

Se pide al participante que indique los puntos abordados durante la sesión y se completan aquellos que el terapeuta considera que siendo importantes no han sido señalados por el participante. Por último se pide al participante que ejercite la técnica de relajación por lo menos una vez al día y lo registre en el auto-registro preparado para tal técnica.

FECHA: ___/___/___

SESIÓN 5**IMAGINACIÓN GUIADA**

- Los participantes visualizan las células del cáncer como débiles y desorganizadas, mientras el tratamiento es fuerte y poderoso.
- Las células sanas no tienen dificultad para reparar los pequeños deterioros causados por el tratamiento.
- Las células del sistema inmune son muchas y superan a las células del cáncer, son agresivas, guerreras, rápidas en la búsqueda y destrucción de las células del cáncer.
- Las células cancerosas muertas son eliminadas del cuerpo de forma natural.
- Al final del proceso, hay que representarse en perfecto estado de salud y se visualiza la consecución de las metas vitales.



FECHA: ___/___/___

SESIÓN 6**AUTOEVALUACIÓN PRECISA**

Las personas con problemas de autoestima o bien que han sufrido algún cambio en su aspecto físico debido a su enfermedad en ocasiones, no se perciben con claridad a sí mismas. La imagen que ven magnifica sus debilidades y minimiza sus dotes. Este reflejo distorsionado es una fuerte sensación de insuficiencia, a raíz de una desfavorable comparación con las personas que le rodean, de ahí de verse imperfectos. Para elevar su autoestima, es preciso romper los viejos imágenes y aprender a percibir con exactitud su particular equilibrio de fuerzas y debilidades.

El primer paso par a la autoevaluación es describir con el máximo detalle posible cómo se percibe actualmente. El siguiente paso le ayudará a organizar su descripción de sí mismo.

Inventario del concepto de sí mismo:

Escriba el mayor número posible de palabras o frases que pueda, para describirse en las siguientes áreas:

- Aspecto físico.

- Cómo se relaciona con los demás:

- Personalidad:

Cómo le ven los demás:

Rendimiento en la escuela o trabajo:

Ejecución de las tareas cotidianas:

Funcionamiento mental:

Sexualidad:

4 reglas que debe seguir cuando revise los aspectos de su lista de debilidades:

- Utilice un lenguaje no peyorativo.
- Utilice un lenguaje preciso.
- Utilice un lenguaje específico en vez de general.
- Encuentre excepciones o dotes correspondientes.

Una vez hecho esto, revisará cada debilidad del lado izquierdo de la lista, de forma minuciosa, tomándose el tiempo necesario.

Cada aspecto revisado debe:

- Eliminar todos los términos peyorativos
- Ser preciso y puramente fáctico
- Eliminar las descalificaciones generales en favor de las situaciones específicas en las que se dan las debilidades.
- Incluir el mayor número posible de excepciones y dotes correspondientes que pueda imaginar.

Enumeración de sus dotes:

Para hacer una autoevaluación precisa consiste en reconocer sus dotes.

Piense unos momentos en las personas a las que más ha querido o admirado y escriba las cualidades que más ha apreciado en estas personas.

Podrá sorprenderse al encontrar que muchas de las mismas cualidades que le

impulsan a cuidar y respetar a los demás también son de aplicación para él.

Nueva descripción de sí mismo:

El cliente ha de hacer una descripción de sí mismo de carácter preciso, equitativo, soportante, y real.

La autoevaluación precisa supone dos cosas:

- 1) Reconocer y recordar sus dotes
- 2) Describir con precisión sus debilidades, de forma específica y no peyorativa.

FECHA: ___/___/___

SESIÓN 7**AUTOREGISTRO DE COMUNICACIÓN ASERTIVA**

Existen tres diferentes maneras de comunicar los pensamientos y deseos a otros. Estas formas de comunicación son: **pasiva, asertiva o directa y agresiva**. Cada uno de estos tipos de comunicación respeta de una manera diferente el espacio personal o los derechos de la otra persona. Para lograr una comunicación efectiva es importante que se respete el espacio personal de la otra persona; y también el nuestro propio.

La comunicación asertiva no es fácil. Para comunicarnos adecuadamente con los demás es importante:

- Tener claro lo que se quiere decir o conseguir. No querer cambiar el mundo. Son más efectivos objetivos concretos y detallados.
- Escuchar al otro (y no sólo oírle).
- Ponerse en el lugar del otro (entiendo que a ti te gustaría... pero...; comprendo tus motivos para... pero intenta entenderme)



Use esta página para escribir cualquier nota que usted necesite para ayudarse a recordar cómo se sintió cuando usó su técnica de comunicación asertiva esta semana.

Describe cuál fue la situación, que dijo e hizo y el resultado de la situación. Puede

usar la Sección A para explicar la situación y después use la Sección B para apuntar el resto de la situación.

Sección A. La situación en la que utilicé mis destrezas de asertividad fue:

Sección B.

Lo que hice o lo que dije en la situación 	¿Cuál fue el resultado de la situación? 