

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS VILLAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL AFRONTAMIENTO ACTIVO
A LA ENFERMEDAD DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN INTERVALO
LIBRE DE ENFERMEDAD**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas

VANESSA ESPERANZA MONTIEL CASTILLO

La Habana
2016

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS VILLAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL AFRONTAMIENTO ACTIVO
A LA ENFERMEDAD DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN INTERVALO
LIBRE DE ENFERMEDAD**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas

Autora: Lic. VANESSA ESPERANZA MONTIEL CASTILLO, MSc.

Tutora: Prof. Tit., Lic. Vivian Margarita Guerra Morales, Dra. C.

Asesor estadístico: Prof. Tit., Lic. Erik Crespo Hurtado, Dr. C.

La Habana

2016

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Aunque esta es una obra científica con un autor, un proyecto como este no habría llegado a su fin, sin el apoyo y colaboración de personas a las que debo agradecer sinceramente.

A mi familia, por el apoyo incondicional durante todos estos años de formación, por su comprensión, confianza y fuerza.

A mi tutora Dra. C. Vivian Margarita Guerra Morales, gracias por aceptar esta idea desde el principio, el camino no fue recto, pero trajo muchas enseñanzas y buenos resultados.

A mis profesores, Dra. C. Mayra Quintana Ugando, Dra.C. Osana Molerio Pérez, Dra.C. Idania Otero Ramos, Dr. C. Leonardo Rodríguez Méndez, Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez, Dr. C. Eduardo Veloso Pérez y Dra.C. Dunia Ferrer Lozano, de ustedes me llevo grandes aprendizajes, gracias por todo.

A mis amigas y amigos, gracias por estar, aconsejar, apoyar, cuidarme, estimularme y hacerme crecer, ha sido fabuloso contar con ustedes.

A todas y cada una de las personas, colegas e instituciones que contribuyeron a que este trabajo culminara con éxito.

A las mujeres que participaron en la investigación, a ellas mi agradecimiento infinito por permitirme comprender la riqueza de su mundo subjetivo, por su compromiso con cada sesión de trabajo y pensar siempre en el bien común.

A dios padre, principio y fin de todas las cosas.

A mi ángel guardián, donde quiera que estés, sé que estarás de fiesta y te sentirás muy orgullosa de este logro.

A mi madre, porque este es un sueño que hemos construido juntas: “a sangre y fuego”.
Recuerdas que un día preguntaste por lo ¿incomensurable?, mi agradecimiento hacia ti toma esas dimensiones.

SÍNTESIS

En la investigación se diseñó un programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Bajo un diseño anidado concurrente predominantemente cuantitativo. Transcurrió en tres etapas, inicialmente se realizó el diagnóstico de las particularidades del afrontamiento a la enfermedad en 115 participantes, seguida del diseño y evaluación por especialistas (19), por último mediante el cuasi-experimento (30 respectivamente), se implementó el programa y se procedió a su evaluación. Se utilizaron pruebas psicológicas como: Encuesta, Entrevista psicológica, Cuestionario de modos de afrontamiento, IDARE, ISRA – B, Test de Zung y Conde, STAXI-2, PANAS, Cuestionario sobre Autocuidado a mujeres con cáncer de mama, entre otras. Los datos se analizaron cuanti y cualitativamente. Se constató una tendencia al afrontamiento a la enfermedad parcialmente activo, que dio lugar a los objetivos del programa. La suficiencia de las acciones fue avalada favorablemente por los especialistas. Los cuasi-experimentos corroboraron la eficacia y efectividad del programa psicoeducativo, en tanto se activaron los recursos psicológicos de las pacientes para un afrontamiento activo a la enfermedad, favoreció el autocuidado, estimuló el control percibido, diversificó el empleo de estrategias funcionales de afrontamiento a la enfermedad y favoreció el bienestar emocional.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	10
1.1. Sobrevida en el cáncer de mama: una visión general.....	10
1.2. Afrontamiento activo a la enfermedad: sus particularidades	13
1.2.1. Autocuidado, control percibido, estrategias de afrontamiento y bienestar emocional: su significación para el afrontamiento activo	19
1.3. Psicoeducación: una alternativa para la atención psicológica a sobrevivientes de cáncer de mama	30
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	38
2.1. Diseño de investigación	38
2.2. Etapa I. Diagnóstico de necesidades	42
2.3 Etapa II. Diseño del Programa psicoeducativo: su evaluación por especialistas ..	53
2.4. Etapa III. Implementación del programa psicoeducativo y su evaluación	57
2.5 Procesamiento de los datos	65
2.6. Aspectos éticos de la investigación.....	66
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	68
3.1. Etapa 1. Diagnóstico de necesidades	68
3.2. Etapa 2. Diseño del Programa psicoeducativo: su evaluación por especialistas ..	86
3.3 Etapa 3. Implementación del programa psicoeducativo y su evaluación	90
3.3.1. Análisis de la implementación del programa.....	90
3.3.2. Análisis de las regularidades e incidencias por sesiones	91
3.3.3. Análisis de las regularidades e incidencias por grupos.....	100
3.4. Evaluación de los resultados del programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad para mujeres con cáncer de mama	101
3.5. Análisis integral de resultados.....	112
CONCLUSIONES.....	114
RECOMENDACIONES	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	143

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer lugar de los cuadros epidemiológicos a nivel mundial, el cáncer constituye expresión de esta realidad (Jemal et al., 2009). Se estima que aproximadamente 28 millones de personas alrededor del mundo viven con un diagnóstico de cáncer (Stewart & Wild, 2014). Los hombres con cáncer de próstata y las mujeres con cáncer de mama, conforman el mayor grupo de sobrevivientes (Edwards et al., 2014).

De acuerdo a un estudio publicado en The Lancet, en Cuba, la tasa de sobrevida global a cinco años de iniciada la terapéutica inicial, para el cáncer de mama, asciende al 77 % (Allemani et al., 2014). En este orden, es además la neoplasia más frecuente en las mujeres, entre los 45 a 59 años (Cubadebate, 2014; Ministerio de Salud Pública, 2014; Romero, 2009). Datos recientes del Registro Provincial del Cáncer en Villa Clara, apuntan que en los municipios Santa Clara y Cifuentes, residen aproximadamente 312 mujeres en intervalo libre de enfermedad (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Los progresos alcanzados se atribuyen en gran medida, a los programas de detección precoz, los avances diagnósticos y terapéuticos así como el amplio acceso a los servicios de salud (McCabe et al., 2013; Sociedad Estadounidense de Oncología Médica, 2013; Wronski, 2015), lo cual representa un gran reto para la Salud Pública, pues se requieren mayores acciones para promover la atención a la cronicidad y atender las necesidades de los enfermos (Feuerstein, 2007b; McEwen, Egan, Chasen, & Fitch, 2013; Richardson et al., 2011).

Esto ha dado lugar, a la inclusión de la sobrevida como un área prioritaria para el control de la enfermedad, donde el estudio de las variables psicosociales cuenta con un amplio espacio (Burke & Sabiston, 2012; Vivar, 2012). Lo anterior denota el importante rol de la ciencia psicológica para responder a tan compleja realidad (American Psychological Association, 2015; Grau, Infante, & Díaz, 2012; Knapp, 2005; Morales, 2011).

En ese sentido, la Psicooncología desde la interdisciplinariedad, tributará al estudio de los factores psicosociales que participan en el estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la propia enfermedad, en la recuperación y la rehabilitación, así como en las circunstancias que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios sanitarios,

desde un abordaje integral y sistémico (Buela-Casal, 2011; Cruzado, 2000; García, 1998; Holland, 2002; LLantá, Grau, & Massip, 2005; Robert, Alvarez, & Valdivieso, 2013).

Las principales líneas de investigación, han dado luces sobre la necesidad de cuidados, los efectos a largo plazo de la enfermedad y tratamientos, así como la comprensión de variables psicológicas como el estrés, emociones y calidad de vida (Maly, Liu, Liang, & Ganz, 2015; Yoo, Levine, & Pasick, 2014). Thompson et al., (2013) y otros autores coinciden (Helgeson, 2011; Hodgkinson et al., 2007), en que si bien, la evidencia de la enfermedad ha desaparecido, los niveles de salud y bienestar que experimentan estas personas, son similares a aquellas con otras enfermedades crónicas, debido a las repercusiones a largo plazo (Thompson et al., 2013).

Precisamente Stan, Loprinzi & Ruddy (2013), en un metaanálisis recién publicado, destacan el impacto de los tratamientos recibidos, en la aparición de efectos secundarios como trastornos vasomotores y osteoporosis (Stan, Loprinzi, & Ruddy, 2013). Mientras que otros estudios han identificado trastornos musculoesqueléticos (Stanton, 2012), sobrepeso, cambios cognitivos, neuropatía, toxicidad cardíaca, así como riesgo de segundos cánceres después de recibir radiación (Chasen & Kennedy, 2013; Egan et al., 2013; Feuerstein, 2011).

Por su parte, Servaes (2007) y Tan (2014), en sendos estudios, identificaron síntomas de fatiga, trastornos del sueño, mientras que Bower (2011), coincidió con los anteriores y detectó además síntomas depresivos y de ansiedad (Bower et al., 2011; Popoola & Adewuya, 2012; Servaes, Gielissen, & Verhagen, 2007; Tan & Xia, 2014). Otros autores han diagnosticado, limitaciones cognitivas y funcionales, así como problemas relacionados con la función sexual (Feuerstein, Bruns, Pollman, & Todd, 2010; Richards, Corner, & Maher, 2011). Se considera como un síntoma común para todas las sobrevivientes, el miedo a la recurrencia e incertidumbre (Kenyon, Mayer, & Owens, 2014; Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010).

En correspondencia con los elementos antes descritos, es posible señalar que la enfermedad continua siendo un estresor que afecta el bienestar del individuo, configurándose como un factor de riesgo, para la salud física y psicológica (Fischer et al., 2013; Nápoles, Ortiz, O'Brien, Sereno, & Kaplan, 2011). Por tanto, la valoración integral de los procesos de afrontamiento y estados emocionales en la respuesta ante la

enfermedad, cobran vital importancia para la determinación de indicadores cognitivos, afectivos y conductuales en las pacientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad (Bueno & Novaes, 2010; A Cano-Vindel, 1997; Grant, Guille, & Sen, 2013; Labrador & Crespo, 1993; Todd, Moskowitz, Ottati, & Feuerstein 2013).

En este sentido, Stanton, Bower y Low, señalan que el afrontamiento centrado en el problema y la búsqueda de apoyo social, son predictores del crecimiento postraumático (Stanton, Bower, & Low, 2006), mientras que Bellizzi y Blank plantean que las mujeres que ponen en marcha un afrontamiento activo, se ajustan mejor a la enfermedad y tienen mejores expectativas sobre el cáncer y su tratamiento (Bellizzi & Blank, 2006).

Otros estudios recientes indican que las distintas formas de afrontar la experiencia de cáncer generan diferencias en el bienestar psicológico, ejemplo de ello es que, un estilo de afrontamiento basado en la negación potencia las experiencias negativas y se relaciona con menor nivel de bienestar, autoconfianza y sentido vital, así como peores relaciones sociales (Braniecka, Trzebin´ska, Dowgiert, & Wytykowska, 2014; Nápoles et al., 2011). Mientras que, el empleo de estrategias que implican reevaluación positiva y reestructuración de objetivos vitales, se asocian con mayores experiencias positivas (Shim, Mercer, Roberts, & Gustafson, 2015; Yoo et al., 2014).

Los progresos alcanzados en la evaluación de las emociones asociadas al estrés, ha provocado un redimensionamiento en su comprensión (Grau, 2005; Gross & Thompson, 2007; Roca, 2013; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel, & Pérez-Manga, 2001). Son ampliamente conocidas sus potencialidades de riesgo/beneficio, en tanto existen datos suficientes para afirmar que las emociones placenteras potencian la salud, mientras que las displacenteras tienden a disminuirla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Vázquez, Hervás, & Ho, 2006), por lo que resulta esencial identificar su funcionalidad y potenciar los mecanismos que garantizan el bienestar emocional para optimizarlo y mejorar la salud humana (Carbelo & Jáuregui, 2006; Cerezo, 2011; Fredrickson, 1998; Grau, Martín, & Portero, 1993; Hou, Law, & Fu, 2010).

Se reconoce desde el enfoque histórico-cultural, que los estudios sobre estrés, afrontamiento y emociones, se han caracterizado por el limitado reconocimiento de la personalidad en el mantenimiento o pérdida de la salud, de su capacidad reguladora y autorreguladora, de su carácter autodeterminado, de las principales motivaciones, necesidades y sentidos psicológicos del individuo, que se convierten en poderosos

incentivos comportamentales en la adecuación y optimización de las constantes interacciones entre expectativas y realidad (Fernández, 2002). Lo anterior implica, comprender a la personalidad como fuerza motriz, que permita desentrañar los complejos mecanismos que subyacen a los distintos modos de afrontar y los estados emocionales, lo cual contribuirá a la prevención de la enfermedad y sus consecuencias (González, 1994; Grau, 2005).

Desde esta postura, los procesos de afrontamiento son expresión del papel activo del individuo ante los requerimientos de la vida cotidiana, de gran valor para las experiencias emocionales y la salud (Molerio, 2004; Roca & Pérez, 1999). Se establecen como un proceso a partir de la unidad dialéctica entre cognición y afecto, que toma como punto de partida la evaluación del sujeto de las demandas específicas externas y/o internas que le resultan estresantes, con una determinación histórico-social y mediatizadas por la personalidad (Montiel, Alvarez, & Guerra, 2016).

Siguiendo esta línea, el afrontamiento activo a la enfermedad se asume desde una perspectiva integradora, lo cual implica no solo conocer cómo la mujer afronta y sus consecuencias, sino también lo que hace para restablecer o fortalecer su salud y prevenir la enfermedad (Griñán, 2012; Kern de Castro & Moro, 2012; Merino, 2012; Nuño-Solinis, Rodríguez-Pereira, Piñera-Elorriaga, & Zaballa-González, 2013). De este modo, se rescata la responsabilidad individual para su autocuidado y supone una nueva manera de afrontar su enfermedad (Moscoso, 2010; Parkin, Boyd, & Walker, 2011).

Gran parte de las dificultades que afectan a las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad pueden ser abordadas desde la intervención psicológica (Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd, & Feuerstein, 2010). Los programas diseñados para abordar sus necesidades han sido efectivos, especialmente desde los enfoques cognitivo-conductual y psicoeducativo (Carlson et al., 2013; Shanker, Narayanasamy, & Barcia, 2013), aunque todavía son muy reducidas las acciones interventivas para mujeres que llevan más de cinco años de sobrevida (Stanton, Rowland, & Ganz, 2015). Sus beneficios van desde mejorar la calidad de vida, disminuir los síntomas de ansiedad, depresión, incidir en los procesos de afrontamiento, entre otras variables (Raingruber, 2011; Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz, & Palao, 2011; Villoria, Fernández, Padierna, & González, 2015).

La Organización Mundial para la Salud, en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2013-2020, ha volcado la mirada a una atención integral, centrada en el paciente y sus necesidades, que aborde tanto la condición biomédica como la salud mental, la prevención, con un carácter proactivo y planificado. Para ello, proponen ejecutar intervenciones que promuevan la información, educación, motivación y confianza de los pacientes, para que actúen como elementos participativos de su cuidado y atención (Organización Mundial para la Salud, 2013).

Desde este imperativo, la intervención psicológica debe trascender la compensación del déficit y reorientarse a identificar las potencialidades individuales, que favorezcan la estimulación de zonas salutogénicas, con sentido educativo (Grau et al., 2012; Rojas, 2012; Victoria & González, 2007). Además, reconocer el carácter activo del sujeto y su responsabilidad, lo que implica la búsqueda de nuevos modelos conceptuales orientados a promover la salud y acrecentarla (Antoni, 2013; Hegel et al., 2011; Hosaka, Sugiyama, Hirai, & Sugawara, 2001).

En este contexto, la psicoeducación, deviene pilar fundamental puesto que favorece la integración de los factores psicosociales en el control de la enfermedad, así como el desarrollo de las potencialidades individuales (Montiel & Guerra, 2016a). De este modo la persona, estará en mejores condiciones para comprender su estado de salud y responder activamente a los desafíos que impone su condición desde sus recursos psicológicos (Montiel & Guerra, 2016b). A nivel nacional, ha ido ganando espacio en la atención a los enfermos crónicos durante los últimos diez años (Espín, 2010; Fabelo, 2010). Aunque la evidencia es menor en los pacientes oncológicos (Angulo, 2012; Cassinda, 2013; Guerra et al., 2015; Pérez & Pérez, 2009). Mientras que en las sobrevivientes de cáncer de mama, no se ha identificado ninguna experiencia que integre esta perspectiva.

Actualmente, el Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC) está abogando por un cambio radical en la atención a estas personas, donde la articulación armónica de todos los niveles de atención de salud en el país es definitoria (Romero, 2009). En ese sentido, mejorar la calidad de vida de estas mujeres es una prioridad de la salud pública (Cantero, Mederos, & Romero, 2012). Debido al considerable número de pacientes que se diagnostican y el tiempo que permanecen en sus comunidades para su evolución, la

atención primaria de salud (APS), emerge como el escenario idóneo para asumir las más diversas y trascendentales actividades en el campo de la atención sanitaria (Abreu, Romero, Monzón, & Bermejo, 2010).

La práctica clínico-asistencial en la APS en lo que respecta a estas pacientes, se ha caracterizado por el seguimiento de la condición biomédica, la vigilancia de posibles recurrencias y la aparición de segundos cáncer; mientras que la atención psicológica ha quedado rezagada, en comparación con otras enfermedades crónicas. De hecho, la evaluación psicológica se considera un área poco trabajada, por lo que las acciones interventivas son muy reducidas (LLantá et al., 2005), a pesar de las potencialidades con que se cuenta.

En la actualidad, se tiene referentes de la experiencia del grupo de mujeres mastectomizadas “Alas por la vida” (Cantero et al., 2012). En Villa Clara, la atención secundaria si tiene correctamente protocolizado el seguimiento mientras el paciente transita por este nivel, un ejemplo de ello ha sido la Intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración que se desarrolla en el Hospital “Celestino Hernández Robau” (Castillo, 2012).

En correspondencia con las carencias detectadas y las pautas teóricas-metodológicas que orientan el ejercicio profesional en esta área de aplicación, se han asesorado estudios en los municipios de Santa Clara, Cifuentes, Camajuaní y Caibarién, realizados por psicólogos y comunicadores sociales de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV), que han constituido antecedentes de la investigación. La misma se inserta dentro de la línea de investigación Psicología y desarrollo personal, específicamente dentro del área de calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles.

La evaluación psicológica, ha permitido identificar afectaciones en el autocuidado, presencia de emociones displacenteras, especialmente depresión y ansiedad, en menor medida ira así como el empleo de estrategias de afrontamiento que ocasionalmente no resultan funcionales para transformar la forma de pensar, sentir y actuar en relación a su enfermedad, aumentando la vulnerabilidad ante la enfermedad (Montiel, Alvarez, & Guerra, 2016; Montiel, Alvarez, Guerra, Herrera, & Fernández, 2016; Montiel & Guerra, 2016c).

Como variables protectoras han sido identificadas emociones placenteras como la alegría y esperanza asociadas a la motivación por proyectos personales y familiares (Aguilar, Montiel, & Guerra, 2015; Álvarez, Montiel, & Guerra, 2015; Bartuste, Montiel, & Guerra, 2014; Pino, Montiel, & Guerra, 2014). De igual manera se han desarrollado un grupo de recursos educomunicativos que han tomado como referente las principales necesidades de las mujeres como elementos esenciales del estrecho vínculo entre comunicación, educación y salud (Garcés & Montiel, 2015; Hernández & Montiel, 2014; Luis & Montiel, 2013; Morejón & Montiel, 2012).

De ahí que, las carencias detectadas en la práctica asistencial y en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, justifican la pertinencia de acciones interventivas que, orientadas desde la psicoeducación optimicen el afrontamiento activo a su enfermedad. Lo cual no es solo un reto científico sino un imperativo ético y clínico. Todo ello, da lugar al problema científico de este estudio.

Problema científico

¿Cómo contribuir al afrontamiento activo a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad?

Objetivo general

Diseñar un programa psicoeducativo dirigido a promover el afrontamiento activo a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Objetivos específicos

- Caracterizar las particularidades del afrontamiento a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Elaborar un programa psicoeducativo para promover el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Implementar el programa psicoeducativo para promover el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Evaluar el programa psicoeducativo implementado desde su progreso, eficacia, y efectividad.

Hipótesis científica

El programa psicoeducativo contribuye a promover el afrontamiento activo a la enfermedad si: favorece el autocuidado, estimula el control percibido, se diversifican las estrategias de afrontamiento funcionales a la enfermedad y favorece el bienestar emocional de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

La relevancia teórica del estudio radica en su contribución a la definición de la categoría afrontamiento activo a la enfermedad, su enriquecimiento desde el enfoque histórico cultural y la propuesta de sus indicadores de expresión, en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Además, se ofrece una amplia sistematización sobre las particularidades de la intervención psicológica durante esta etapa de la enfermedad y se analiza la efectividad de la psicoeducación como alternativa promisorio para la prevención y la salutogénesis.

En el orden metodológico, se propone un programa psicoeducativo dirigido al afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad y su evaluación. Es válido señalar que constituye una propuesta pionera a nivel nacional, que asume la Psicoeducación como una estrategia efectiva, viable, factible y económica que, desde su concepción metodológica, diseño, implementación y evaluación, define vías y métodos para la sistematización de la atención psicológica en el contexto de la APS.

A ello se suma, la inclusión de recursos educomunicativos, diseñados a partir de necesidades previamente identificadas, lo que constituye un paso de avance al no encontrarse referentes en el contexto nacional. Otro aporte metodológico, es la adaptación de la Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) para la muestra objeto de estudio, arrojando información valiosa sobre sus propiedades psicométricas y posibilidades de aplicación.

En el orden práctico-asistencial, se cuenta con un programa diseñado en consonancia con la realidad de la APS, que facilitará el despliegue de acciones psicoeducativas, propiciándose la integración de la Psicología a la atención para toda la vida y al desarrollo de habilidades para vivir con una condición crónica como el cáncer de mama. Desde el punto de vista económico, la intervención está prevista con un gasto mínimo de recursos, ajustado a la realidad económica del nivel de atención de salud. Asimismo,

los grupos de apoyo son economizadores de tiempo y costo-efectivos. No solo elevan la esperanza y la confianza, sino que contribuyen a mejoras en la calidad de vida, por lo que se tributa indirectamente al control de la enfermedad.

La memoria escrita consta de Introducción, tres Capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos. En el primer capítulo se abordan los supuestos teóricos de la investigación, partiendo de las aproximaciones teóricas a la psicoeducación y la pertinencia de los programas psicoeducativos. Seguidamente, se analiza el afrontamiento activo a la enfermedad y sus indicadores básicos. En el capítulo dos quedan esbozados los elementos referidos al diseño metodológico, que se articulan con la metodología para el diseño y evaluación de programas en salud.

En el tercer capítulo, se exponen los resultados obtenidos los cuales son organizados de acuerdo a las tres etapas previstas para la investigación, derivándose de estos las conclusiones y recomendaciones. Para finalizar se presentan los anexos del informe que incluye el Manual de Implementación del Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Sobrevida en el cáncer de mama: una visión general

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular entre los conductos delgados que conectan a modo de ramas de un árbol los lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria (Álvarez, 2001; Álvarez, 2011; Mora & Sánchez, 2004; Ruíz & Ruíz, 2005). El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de un simple nódulo, indoloro, de tamaño variable, que puede o no acompañarse de adenopatías axilares, la probabilidad de incidencia aumenta con la edad. Generalmente son descubiertos por la paciente, durante la exploración física o la mamografía sistemática (Beers, Porter, Jones, Kaplan, & Berkwits, 2007; Castillo, Guerra, Gómez, & Navarro, 2011; De la Garza & Márquez, 2007).

Como medios diagnósticos se emplean la mamografía, xerorradiografía, ultrasonografía, punción del nódulo, biopsia quirúrgica por exéresis de la tumoración y estudio por el patólogo de cortes congelados. También se realiza una exploración completa para determinar metástasis, a través de la Resonancia magnética nuclear y la Tomografía axial computarizada (Rigol, 2010).

Los dos tipos más frecuentes de cáncer de mama, son el ductal y el lobular, que a su vez se dividen en carcinoma in situ e infiltrante, cada uno con sus especificaciones (Beers & Berkow, 1999; Beers et al., 2007; Castillo et al., 2011). Para su estadificación se emplea el sistema TNM que especifica los siguientes estadios: Estadío 0 (carcinoma in situ), Estadío I, Estadío IIA, Estadío IIB, Estadío IIIA, Estadío IIIB, Estadío IIIC operable, Estadío IIIC no operable, Estadío IV (Heron, Komarnicky, & Hyslop, 2000).

En el control y pronóstico de la enfermedad tiene un papel determinante la detección precoz, además el tratamiento debe ser integral y multidisciplinario (Álvarez et al., 2015; Morales & Pollán, 1999). La cirugía en combinación con la radioterapia, es el más frecuente, actuando ambas a nivel local e idóneo para tratar la enfermedad localizada no metastásica. Por su parte, la quimioterapia y la inmunoterapia son complementarias, actuando en todo el organismo, denominándose tratamiento sistémico (Gómez, 2008).

Los avances científicos de las terapias anticancerígenas y el diagnóstico precoz se han asociado al aumento de la sobrevida (de Moor et al., 2013) por lo que es posible hablar del cáncer de mama, como una enfermedad oncológica de larga evolución, con

adecuada calidad de vida (Bell & Ristovski-Slijepcevic, 2013; Bodai & Tusso, 2015; McCabe et al., 2013).

En la actualidad, no existe consenso sobre una definición de sobrevida, los criterios varían desde el tiempo transcurrido post-tratamiento o diagnóstico, la evidencia de que la enfermedad no esté activa y el pronóstico (Burke & Sabiston, 2012; Navarro, Limonero, Maté, & Gómez-Romero, 2010; Richards et al., 2011; Wronski, 2015). La propuesta de la Sociedad Estadounidense de Oncología Médica es una de las más empleadas, aunque resulta poco operativa (SEOM, 2013). Para los fines de este estudio, se asume la de López-Lara, quien define el intervalo libre de enfermedad o sobrevida, como el tiempo que transcurre desde que el paciente obtiene una respuesta completa a la terapéutica inicial, tras diferentes pruebas, hasta el diagnóstico de recidiva (López-Lara, González, Santos, & Sanz, 1999).

Durante esta etapa, se evidencia un alto riesgo de recurrencia y de segundos cáncer, efectos crónicos o tardíos de la enfermedad y sus tratamientos, comorbilidades que pueden exacerbarse por estos, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad prematura (Halpern et al., 2015; Kenyon et al., 2014; Vivar, 2012). Aun cuando se ha superado los cinco años de sobrevida, en oncología no es garantía de la recuperación física y psicológica, en tanto las repercusiones psicosociales persisten, con frecuencia desconocidas por el sistema sanitario (Campos-Ríos, 2013; Pauwels, Charlier, De Bourdeaudhuij, Lechner, & Van Hoo, 2013).

En el año 2006, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el informe From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition, donde llamaba la atención sobre la necesidad de planes de cuidados durante la sobrevida (IOM, 2006). Dos años después, otro informe ofrecía detalles sobre las carencias en la atención a las necesidades psicosociales con la finalidad de asegurar cuidados continuos, mejorar la calidad de vida y ampliar las acciones preventivas (Ganz et al., 2002; Underwood et al., 2015; Yeung & Lu, 2013).

Investigaciones señalan que 2 de cada 3 sobrevivientes, refieren que su vida vuelve a la normalidad, el resto sigue experimentando situaciones estresantes como consecuencia de la enfermedad, los tratamientos y la rehabilitación (Stanton, 2012). Aunque queda por avanzar en la validación de un modelo que contextualice el abordaje del paciente durante esta etapa de la enfermedad, la autora considera que el Modelo Biopsicosocial

de Sobrevida al Cáncer ofrece una visión integral (Feuerstein, 2007a). Este toma como punto de partida, la estrecha interacción entre variables médicas, socioculturales, individuales y ambientales, las que considera esenciales tanto para el diagnóstico como para la intervención. De este modo, sienta las bases para incluir el papel determinante de las condiciones históricas, culturales, sociales, así como de la personalidad como sistema regulador en el marco del proceso salud-enfermedad.

La enfermedad afecta un órgano de gran significación sexual, asociado a la identidad femenina y la autoimagen, generalmente mutilado (Mehnert & Koch, 2012). A ello se suman, las repercusiones físicas (Begovic-Juhant, Chmielewski, & Iwuagwu, 2012; Duijts, Faber, Oldenburg, van Beurden, & Aaronson, 2011), los cambios en los roles sociales, familiares o profesionales (Feuerstein, 2011), los problemas de adaptación a los cambios físicos y el funcionamiento sexual (Bober & Varela, 2012; Koch, Jansen, Herrmann, et al., 2013).

La comprensión del funcionamiento emocional resulta de gran interés, pues la prevalencia de la ansiedad ha sido estimada en un 16 % (De Vries, Van der Steeg, & Roukema, 2009; Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013) y de depresión entre 1 % y 56 % (Grant et al., 2013; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008; Vahdaninia et al., 2010; Zuraida, Ruzyanei, Baharudin, Ahmad, & Guan, 2013). Igualmente, el miedo a la recurrencia y la sensación de pérdida de control (Gibson, Thomas, Parker, Mayo, & Wetsel, 2014; Mehnert, Berg, Henrich, & Herschbach, 2009), las necesidades económicas, las de información y las de apoyo social (Messin, Milani, Slachmuylder, & Razavi, 2010), unido a la etapa del desarrollo psicológico por el que transitan (Maly et al., 2015; Medicine, 2013), resultan de especial relevancia.

Precisamente, incorporar en la práctica asistencial y la investigación, como unidad indisoluble, aspectos relacionados con el papel del comportamiento y las emociones en el desarrollo y recuperación de la enfermedad, así como otros factores psicológicos que influyen en el hecho de convivir con una condición crónica de larga evolución (Brennon & Feist, 2001; Grau & Martín, 1993; Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2012), serán la base para las acciones interventivas que tributen a la prevención de la enfermedad, la mejora en la calidad de vida y el bienestar de estas personas.

1.2. Afrontamiento activo a la enfermedad: sus particularidades

La amplia investigación sobre estrés, emociones y afrontamiento ha evidenciado su papel determinante para la adaptación psicológica y la salud humana (Braniecka et al., 2014; DeSteno, Gross, & Kubzansky, 2013; Moors, Ellsworth, Scherer, & Frijda, 2013; Nápoles et al., 2011; Porro, Andrés, & Rodríguez-Espinola, 2012). Existe consenso en que dificultades en estos procesos, elevan la vulnerabilidad ante la enfermedad (Shim et al., 2015), pues se intensifican las respuestas psicofisiológicas (Cano-Vindel, 1989; Rodríguez, Pastor, & López, 1993) se eleva el riesgo de depresión, ansiedad y trastornos mentales (Hou et al., 2010). Además provoca alteración de los procesos cognitivos (Cano-Vindel, 2002), modificación de hábitos relacionados con la salud (Romero, 2010), que repercuten en la calidad de vida de los pacientes (Campos-Ríos, 2013; Janz et al., 2014; Park & Hwang, 2012).

En la literatura científica se identifican dos grandes modelos teóricos-metodológicos en el afrontamiento al cáncer, que han facilitado tanto el diagnóstico como la intervención (Cano Vindel, Miguel Tobal, González, & Iruarizaga, 1994; Labrador & Crespo, 1993; Labrador, 1992). El primero de estos lo identifica como un estilo personal, definido como disposiciones personales para hacer frente a las situaciones estresantes y aglutina varios autores (Byrne, 1964; Grossart-Matticek & Eysenck, 1990; Kohlmann, 1993; Miller, 1987).

En el cáncer de mama, la propuesta de Temoshok (1987) es una de las más distintivas. La cual identifica, la personalidad denominada Tipo C, que predispone a las mujeres a contraer la enfermedad e influye en sus respuestas de afrontamiento ante las situaciones estresantes (Fernández-Ballesteros, 1998; Temoshok, 1993). Más adelante estos supuestos fueron enriquecidos por Eysenck (1994) y otros autores (Cooper & Faragher, 1991; Levenson & Bemis, 1995) dando lugar a una amplia gama de investigaciones sobre personalidad, cáncer y afrontamiento (Anarte, López, Ramírez, & Esteve, 2000; Cano-Vindel, Sirgo, Díaz-Ovejero, & Pérez-Manga, 1997; García-Torres, 2014; Peterson, 2000).

La autora discrepa de estos supuestos, pues al considerarse expresión de rasgos estables de personalidad no permite comprender el carácter activo, contradictorio, dinámico y personalizado de este proceso. Aunque se reconoce la importancia de las

regularidades psicológicas, ellas por sí solas no determinarán la vulnerabilidad individual ni las particularidades del afrontamiento a la enfermedad.

En otro orden, la perspectiva transaccional ha sustentado buena parte de los estudios de este constructo (Adler & Page, 2008; Font & Cardoso, 2009; Kvillemo & Bränström, 2014; Yoo et al., 2014). La gran diversidad conceptual ha dificultado la identificación de sus indicadores de expresión, aunque ha existido consenso en que el carácter estresor de la enfermedad es el punto de partida para su comprensión (Bueno & Novaes, 2010; Lazarus, 1993a).

Fueron Lazarus y Folkman sus principales exponentes, quienes dieron inicio a una amplia tradición internacional de su estudio (Lazarus & Folkman, 1986; Lazarus, 2000a, 2000b). De acuerdo con estos autores, el estrés psicológico es resultado de la relación del individuo con el entorno, evaluada como amenazante o desbordante de sus recursos que pone en peligro su bienestar, sus efectos psicológicos vienen modulados por dos tipos de procesos: valoración y afrontamiento (Lazarus, 1993a; Smith & Lazarus, 1990).

Varios autores coinciden en que la evaluación es el proceso mediante el cual el individuo detecta y valora la significación del ambiente para su bienestar (Frijda, 2009; Moors et al., 2013; Scherer, 2004), determinante para las experiencias emocionales (Roseman, 2013). Está conformada por la evaluación primaria y secundaria. Mediante la primera se interpretan los hechos como irrelevantes, benigno-positiva y/o estresantes (Folkman & Moskowitz, 2003; Munet-Vilaroi, Gregorich, & Folkman, 2002; Romero, 2010).

Mientras que la segunda, se refiere a las opciones de afrontamiento, es decir, si una acción concreta puede prevenir, atenuar o producir un daño adicional o un beneficio, lo que debe y puede hacerse frente a una situación, pues a partir de sus reevaluaciones continuas, de sus consecuencias y de las capacidades y recursos con que cuenta el sujeto para afrontar las demandas estresantes, se generan las diferentes opciones de afrontamiento (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999; Laux & Weber, 1991; Lazarus, 1993b).

En otro orden, el afrontamiento es definido como un proceso multidimensional y complejo (Lazarus, 2000b), definido como esfuerzos cognitivos y conductuales

constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986; Lazarus, 1993a).

Siguiendo esta postura, el afrontamiento a la enfermedad ha sido conceptualizado en término de acciones, actividades cognitivas y motoras (Ray, Lindop, & Gibson, 2000; Weisman & Worden, 1976-1977), conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003) que llevan a cabo los pacientes para salvaguardarse, reducir o asimilar la demanda estresante, para la adaptación psicológica, la recuperación de la enfermedad y del equilibrio (Ferrero, Rodríguez-Marín, Toledo, & Barreto, 1996; Ferrero, Toledo, & Barreto, 1995; Rodríguez, 2006).

Consecuentemente, el modo en que la persona afronta estará en función del significado atribuido a la situación de enfermedad y la posibilidad de redefinirlos para un mejor afrontamiento (Lipowski, 1970; Park & Folkman, 1997), de las reacciones emocionales (Watson & Greer, 1998) y de la personalidad previa del enfermo (Lipowski, 1970).

Asimismo, se subraya la importancia del control percibido y su relación con el bienestar (Bárez, 2002; Cano-Vindel, 2005; Hagger, 2015; Moos & Schaefer, 1984; Neipp, López-Roig, & Pastor, 2007; Ray et al., 2000). Mientras que, algunos autores diferencian las respuestas de afrontamiento según sus resultados, distinguiendo entre adaptativas y no adaptativas o entre buen y mal afrontamiento o en función de sus consecuencias emocionales (Weisman & Worden, 1976-1977).

La autora considera que, en un intento por abarcar todo lo que el individuo, hace o piensa en relación a su enfermedad, estos autores asumen el afrontamiento desde sus regularidades, en tanto todos los enfermos afrontan. Ahora bien cómo se expresa en el plano subjetivo, cuáles son sus dinamizadores y el rol del sujeto, no son tomados en cuenta dentro de sus análisis. Aunque queda demostrado el papel del afrontamiento a la enfermedad, para el ajuste psicológico y el equilibrio, aspecto este con el que se concuerda.

Como superación de estas debilidades, Moorey y Greer (1989) proponen un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer que definen como “esquema de supervivencia”. Comprende la capacidad de adaptación, la respuesta emocional y los

estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad (Moorey & Greer, 1989). Dentro de este esquema, la visión del diagnóstico y el pronóstico así como las creencias de control sobre su enfermedad, se consideran parte de su expresión.

Los estudios confirmatorios del modelo han permitido identificar dos grandes tipos de respuesta ante la enfermedad: las pasivas y las activas (Watson & Greer, 1998). Dentro de las activas, se agrupan estrategias de afrontamiento dirigidas a la aceptación del diagnóstico con una actitud optimista, disposición a luchar contra la enfermedad y participación en las decisiones sobre el tratamiento. Mientras que en las pasivas, se agrupan las que se orientan a la aceptación del diagnóstico con una actitud pesimista, con sentimientos de desesperanza, resignación, ansiedad y miedo a la recurrencia.

Aun cuando representa un paso de avance esta diferenciación, le otorgan un rol pasivo al individuo, en tanto ponen énfasis en la aceptación y no en su capacidad para asimilar, modificar y ajustarse a las demandas derivadas de su enfermedad. La importancia que le atribuyen a las creencias de control, para afrontar favorablemente la enfermedad se muestra como un aspecto loable en este modelo.

En el presente siglo, la propuesta de Holland (2002), integra al anterior, al de Lazarus y Folkman (1989) y el de Folkman y Greer (2000), ofreciendo una visión holística del proceso (Folkman & Greer, 2000; Holland, 2002). Abordan el afrontamiento desde la interacción de lo que considera pilares del modelo: valoración y estrategias de afrontamiento, contextualizando el proceso a un plano subjetivo, puesto que el significado personal, las metas y las creencias de control, estarán en la base de sus constantes valoraciones, reevaluaciones y de sus respuestas emocionales.

El elemento más interesante, está en proponer el afrontamiento centrado en el significado, o sea, dirigido a la regulación de las emociones placenteras, aunque tal y como lo definen parece más una redefinición de la reevaluación que una nueva estrategia para afrontar la enfermedad. No obstante, la autora concuerda en la importancia que le atribuyen a estas emociones para la activación de los recursos de afrontamiento, convirtiendo las evaluaciones de amenaza en reto, así como para la motivación y la persistencia del afrontamiento a lo largo del tiempo (Fredrickson & Losada, 2005; Lyubomirsky, 2011; McNulty & Fincham, 2012).

Esta idea resulta valiosa, pues en las teorías del estrés, las emociones displacenteras han sido el centro de atención por tradición (McGinty, Goldenberg, & Jacobsen, 2012; Zucca, A, Lecathelinais, & Girgis, 2010). Lo anterior permite focalizar a la búsqueda de beneficios, la reevaluación positiva (McDonough, Sabiston, & Wrosch, 2014; Ochoa et al., 2010), el crecimiento post-traumático (Burke & Sabiston, 2012; Campos-Ríos, 2013) y el bienestar emocional (Garcia, Nima, & Kjel, 2014; Janz et al., 2014), en la expresión del afrontamiento a la enfermedad oncológica y su valor protector para el sujeto.

Si bien estos modelos explican cómo transcurre el proceso y contienen elementos valiosos, se contextualizan en la fase de diagnóstico y tratamiento. Por tratarse la investigación de pacientes durante la sobrevida, se hace difícil, asumir un modelo en específico. Ante esta realidad, la autora opta por retomar de los mismos, la valoración, las estrategias de afrontamiento y las emociones, como indicadores en la expresión del afrontamiento a la enfermedad, los cuales serán enriquecidos desde la mediatización personológica y del enfoque histórico-cultural, aspecto del que han adolecido estos modelos. Esto implica comprender el afrontamiento como proceso consciente desde sus mecanismos psicológicos.

De acuerdo con la posición asumida, se concibe la valoración como proceso reflexivo, una configuración subjetiva del sujeto que piensa, a su vez responsable del estado emocional que se genera en ese proceso, expresándose en la vivencia como unidad que integra cognición y afecto (González, 2008, 2013). Se concuerda con Grau, Martín y Portero (1993) al señalar la emoción como indicador funcional de la vivencia de estrés (Grau et al., 1993).

Es además, un reflejo activo de la realidad objetiva, en tanto se ve reflejada toda la vida psíquica del individuo, expresión de la necesaria interrelación entre lo psicológico y la realidad (Fernández, 2002; Rubinstein, 1967). Es por ello que tiene un papel determinante en la valoración, el sentido psicológico que le atribuye la mujer a las demandas o situaciones estresantes, su significado de acuerdo a sus necesidades y motivos (González, 2008, 2010).

Desde esta perspectiva, se reconoce la importancia de la autoconciencia, que se expresa en su capacidad de autodeterminación como forma más compleja de la regulación comportamental (González, 2010). Ello implica que el sujeto tome conciencia de su realidad, se forme un juicio valorativo adecuado de sí misma, en función de sus

potencialidades, recursos y limitaciones, para ajustarse a las demandas y cambios que suponen estar enferma.

En la medida en que esto ocurre, irá ganando en mayor seguridad y control de que es posible afrontar favorablemente su enfermedad como un elemento esencial, lo cual se expresa en su capacidad para regular conscientemente su proceso de afrontamiento, lo que implica el empleo de estrategias de afrontamiento funcionales y flexibles, orientadas a transformar su forma de sentir, pensar y actuar, así como lograr una interacción eficaz, armónica y productiva con su medio, favoreciendo su adaptación adaptiva (Vygotsky, 1986).

Por lo que, resulta esencial tomar en consideración cómo la mujer participa en la organización de estas influencias y sus contradicciones, donde lo interno y lo externo se integran e interrelacionan dialécticamente (Fernández, 2002). Como proceso activo, enfatiza en las potencialidades individuales y en la posibilidad de entrenar a los individuos para que funcionen como sus propios agentes de cambio y, por lo tanto, sean competentes en desarrollar habilidades de autocuidado (Zaldívar, 1996).

Al tratarse de una etapa donde la enfermedad no está activa, el afrontamiento, deberá incorporar lo que el individuo hace para restablecer o fortalecer su salud, para prevenir la enfermedad, o sea su autocuidado (Griñán, 2012; Kern de Castro & Moro, 2012; Moscoso, 2010). Por tanto, la responsabilidad con su salud, con los comportamientos y actividades que pone en marcha conscientemente ante las diversas situaciones estresantes cobran sentido en la expresión de este proceso.

Tomando en consideración los elementos expuestos hasta aquí la autora define el afrontamiento activo a la enfermedad como: un proceso dinámico, activo, flexible y personalizado, que parte de la evaluación adecuada de la mujer con cáncer de mama de sus potencialidades, recursos y limitaciones y de una vivencia de seguridad y control, que le permiten afrontar favorablemente las demandas que le generan estar enferma y el cuidado de su salud. Para ello despliega acciones dirigidas a transformar su forma de pensar, sentir y actuar con la finalidad de asimilar, modificar y ajustarse a su situación de vida presente y necesidades psicológicas fundamentales, con bienestar emocional.

Son dinamizadores de ese proceso, el control percibido y las estrategias de afrontamiento, pues en la medida en que el sujeto va ganando en seguridad, confianza y dominio de que es posible afrontar favorablemente su enfermedad y que las estrategias empleadas sean funcionales para asimilar, modificar y ajustarse a las demandas psicológicas de la enfermedad y el cuidado de su salud, se producirá una resignificación de los estresores, lo cual provoca nuevas vivencias emocionales y la activación de los recursos del sujeto para transformar su realidad y transformarse a sí mismo.

Son indicadores de expresión de un afrontamiento activo a la enfermedad: un sujeto con adecuado autocuidado, orientado a fortalecer su salud y prevenir la enfermedad, una adecuada creencia de control que le ofrezca seguridad y dominio del proceso para afrontar favorablemente su enfermedad, autoevaluación adecuada de sus recursos, potencialidades y limitaciones, que le permita asimilar, modificar o ajustarse a las demandas que implica estar enfermo y el cuidado de su salud, con estrategias de afrontamiento funcionales para transformar su forma de pensar, sentir y actuar y su realidad, así como la presencia de bienestar emocional.

1.2.1. Autocuidado, control percibido, estrategias de afrontamiento y bienestar emocional: su significación para el afrontamiento activo

El autocuidado constituye un elemento esencial para la conservación y recuperación de la salud, por lo que se convierte en un importante indicador de expresión en el afrontamiento activo a la enfermedad (Silva, 2009; OMS, 2012). Ambos guardan estrecha relación, en tanto conductas activas que impliquen estilos de vida saludables como realizar ejercicios, tener una dieta sana, obtener información y desarrollar habilidades para vivir con una enfermedad crónica, pueden contribuir a optimizarlo (Loh, Chew, Lee, & Quek, 2011; McDowell, Occhipinti, Ferguson, & Chambers, 2010; Nichols, Al-Amoudi, Banjar, & Yousuf, 2013).

Varias disciplinas como la medicina, la enfermería y la psicología han ofrecido su visiones al respecto (Giraldo-Mora & Arango, 2009; Griñán, 2012). A pesar de que cada una aborda de manera particular el proceso salud-enfermedad, existe consenso en que este incluye formas específicas de cuidado determinadas por la cultura y las

circunstancias que afectan a las personas que guarda estrecha relación con el nivel de conocimientos y se orientan hacia el polo de la salud (Merchán, 2014; Merino, 2012).

En ese sentido, las dos primeras lo asumen como proceso que permite poner en práctica conductas promotoras, preventivas y de tratamiento (Ganz, 1990; Tejada, 2003), también ha sido abordada como reacción conductual frente a la enfermedad (Jones et al., 2004) que incluye sus estrategias básicas y los pasos que realiza para cuidar su salud en interacción con el sistema sanitario (Wilkinson & Whitehead, 2009).

Con respecto a lo anterior, existe la interrogante si se puede o no realizar en conjunto con un profesional (Anderson & Funnell, 2010; Paterson, 2001), en ese sentido la autora considera que si bien un profesional puede ofrecer las pautas para el autocuidado y la información necesaria, el fin último del autocuidado radica en el individuo. En otro orden también ha sido comprendida como la capacidad para ejercer control sobre la salud y la enfermedad (Jones et al., 2004).

En ese ámbito, uno de los modelos más generalizados y a juicio de la autora uno de los más integrales, es el de Orem (Orem, 2011). En este se destaca la intencionalidad del autocuidado así como el hecho de que son comportamientos aprendidos que se orientan hacia un objetivo determinado que inciden tanto en el entorno como en el individuo (Orem, 1995). Desde esta postura se defiende el carácter activo del sujeto y su actividad volitiva, en tanto postula que dichas conductas persiguen regular los factores que afectan su desarrollo y lo activa en la búsqueda de beneficios para su vida, salud y bienestar. Asimismo reconoce que en el autocuidado interactúan tanto variables objetivas como subjetivas y que puede variar de acuerdo a los significados atribuidos por cada individuo. Todo ello evidencia su carácter dialéctico, intersubjetivo y la orientación a un polo positivo.

Otro modelo que también ha ido ganando terreno en la investigación científica es el Modelo Promotor de la Salud de Pender (1982), quien asocia el autocuidado a los estilos de vida saludables, compuesto por dos elementos fundamentales: comportamientos preventivos y promotores (Pender, 1982). Además incluye dentro de sus determinantes, características y experiencias individuales previas así como cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos.

Desde la ciencia psicológica, se plantea que el estudio del autocuidado ha estado matizado por el análisis de variables psicológicas como autoconcepto, autoeficacia, locus de control que tributan al mismo (Blumenthal, Sherwood, & LaCaille, 2005; Chan & Chan, 2011; Duckworth & Gross, 2014; Helgeson, 2011; Parkin et al., 2011), así como desde una visión más amplia que incluye el estudio de cómo las personas se mantienen sanas, por qué enferman y cómo se comportan ante estas situaciones (OMS, 2011; Scheier & Helgeson, 2006).

Sin embargo, al revisarse las diferentes conceptualizaciones se constató que coinciden con las precedentes al definirlo como el conjunto de tareas que lleva a cabo el paciente para el manejo de su enfermedad crónica incluyendo aspectos médicos, emocionales y de conducta (Lorig & Holman, 2003; Lorig, Sobel, & Stewart, 1999).

En los elementos que lo diferencian está asumirlo como parte de los estilos de vida saludables (Haro, 1998; Mariscal, 2007), la estrecha relación que guarda con el control percibido, las estrategias de afrontamiento y el bienestar constatado a través de la evidencia empírica (Azzollini & Bail, 2010; Costanzo, Lutgendorf, & Roeder, 2011; Robertson, 2013) así como la asociación entre conocimiento y prácticas de autocuidado (Kern de Castro & Moro, 2012; Silva, 2009). En otro orden también ha sido igualado a adherencia terapéutica (Arenas & Calvente, 2011), aspecto del que se discrepa pues el autocuidado es un concepto mucho amplio que incluye al sujeto activo.

En el cáncer de mama, ha sido definido en relación a la estética, la religión, la nutrición, los estilos de vida y su influencia en el desarrollo de la enfermedad (Bodai & Tuso, 2015; Foster et al., 2015). Se considera que durante el intervalo libre de enfermedad se orienta al afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad (Schneider, Bones, Calderón, & Pizzinato, 2016). Asimismo, se plantea la necesidad de tomar en cuenta la representación social pues se reconoce su influencia en las prácticas de autocuidado (Bonal, 2012; Giraldo-Mora & Arango, 2009).

En ese sentido, ha sido explicado desde el modelo en creencias en salud (Moreno & Gil, 2003), la teoría de la acción razonada (Rosenstock, 1990) y el modelo de autorregulación en salud (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). El gran valor de este último está en que asumen como centro a los procesos de autorregulación, aunque no explican cómo se dan estos mecanismos.

De acuerdo con la idea que se ha venido defendiendo del afrontamiento activo a la enfermedad, **el autocuidado** es un indicador de expresión, del que forman los estilos de vida saludables del individuo, como expresión activa del sujeto en función de su cuidado, en tanto se involucra en actividades “sanas” que resultan significativas para él, para su salud, donde se siente realizado. Asimismo, implican una actividad intencional volitiva y autorregulada en función del aprendizaje que requiere vivir con una condición crónica.

En ese sentido, facilitará reducir o eliminar las conductas de riesgo relacionadas con la salud, lo que requiere acciones volcadas para la construcción de saberes y prácticas que tienen el objetivo de desarrollar y mantener la vida (Menéndez, 2005; Merino, 2012). Ello implica una mayor responsabilidad con su salud así como una orientación activa a su cuidado (Nuño-Solinis et al., 2013; Tejada, 2003).

En la medida en que va encontrando nuevas maneras de afrontar su enfermedad y domina el proceso para hacerlo, va ganando en seguridad, confianza y dominio sobre el proceso. De ahí su implicación para el afrontamiento y la adaptación a la enfermedad (Bárez, 2002; Tomich & Hegelson, 2002), puesto que favorece la reevaluación positiva de la situación, el reordenamiento de prioridades, las estrategias de afrontamiento y el bienestar emocional (Carver & Scheider, 1981; Lazarus & Folkman, 1986; Martín & Grau, 2007; Moorey & Greer, 1989).

La posibilidad de ejercer control reduce significativamente los efectos negativos del estrés, mientras que su falta produce déficits cognitivos, motivacionales y afectivos dando lugar a emociones displacenteras (Fernández & Edo, 1994; Shapiro, Schwartz, & Astin, 1996). Otros autores plantean que es un predictor del bienestar físico y mental (Bárez, Blasco, & Fernández-Castro, 2003; Garcia et al., 2014), y que pudiera asociarse a una mayor supervivencia al enfrentarse a enfermedades como el cáncer de mama (Ferrero et al., 1995; Grant et al., 2013) y en el caso de que se presente bajo nivel de control puede contribuir a la supresión del funcionamiento inmunológico (Skinner, 1996; Tessier, Leloirain, & Bonnaud-Antignac, 2012).

El control ante situaciones de estrés fue definido por primera vez por Averill (1973), quien identificó tres posibilidades diferentes de ejercerlo: a) el control conductual que consiste en la posibilidad de disponer de una respuesta que modifique objetivamente la situación que constituye la amenaza; b) el control cognitivo que se basa en poder

reinterpretar la apreciación de la situación amenazante de la manera más satisfactoria para el individuo y c) el control de decisión que implica poder elegir entre diferentes cursos de acción alternativos ante una fuente de estrés (Averill, 1973). Ha sido una definición ampliamente usada, a la que se han unido otras como la de Miller (1979) que divide el control en: instrumental, autoadministración, control derivado de la predicción y control en potencia y la de Thompson (1981) que divide el control en: control conductual, control cognitivo, control informacional y control retrospectivo (Miller, 1979; Thompson, 1981).

Fernández y Edo (1994) integran a los autores anteriores y definen el control como un conjunto de creencias generales que consisten en la percepción de la habilidad propia para interactuar eficazmente con el entorno, que no siempre coincide con las capacidades reales de control de las que dispone una persona (Fernández & Edo, 1994). Más adelante, Báñez (2002), lo define como el juicio que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones y las consecuencias, este juicio puede ser real o ilusorio y constituye el aspecto principal para afrontar favorablemente la enfermedad oncológica (Báñez, 2002; Báñez et al., 2003).

Todos estos conceptos tienen en común el énfasis en la percepción de control como un proceso cognitivo que no contempla a las variables personológicas en ninguno de sus momentos, por lo que surgen interrogante ¿cómo el individuo conforma esos juicios, las creencias son resultado únicamente de la cognición? Intentando dar respuestas a estas interrogantes la integración entre el control intelectual y el control emocional que propone González (2013) pudiera ser una guía para definir la percepción de control, en tanto este autor plantea que el primero regula la conducta en relación al significado objetivo de las condiciones del problema a ser resuelto y mientras que el segundo, garantiza una corrección de la acción adecuada al sentido de lo que el sujeto está realizando con respecto a sus necesidades presentes que se dan en el marco de unidad afecto-cognición (González, 2013).

En otro orden, Guerra, Zaldivar y Roca (1997), ofrecen valiosas ideas al plantear que el control tiene que ver con la concepción del mundo. Reconocen la importancia de la vivencia de control al dar una seguridad personal y una estabilidad psíquica al individuo que lo hace más apto para responder a las demandas del medio y enfrentar las situaciones potencialmente emociógenas. Sin duda alguna, que el sujeto sienta que

puede dominar la situación o que le puede dar respuesta, es un minimizador de las emociones displacenteras, asimismo su expresión e implicación personal en las direcciones de su vida, son factores adecuados para la respuesta del organismo en un plano emocional citado en (Pérez, Herrera, & Mesa, 2007).

A lo anterior se suma, que en la percepción de control se expresan la valoración de la situación estresante, la autoevaluación que como proceso reflexivo permite el análisis constante de las potencialidades, recursos y limitaciones así como reacciones emocionales que pueden optimizar o interferir las respuestas a las demandas psicológicas y la realización de las necesidades y metas personales. En ella se manifiesta además toda la vida psíquica del individuo e implica hacerse consciente de lo que se percibe donde la autorregulación del comportamiento es fundamental para un control adecuado.

Tomando en consideración los elementos expuestos se considera el **control percibido** como un proceso que le permite a la mujer con cáncer de mama modular el significado y darle un sentido a la acción para responder a las reales o potenciales amenazas evaluadas como estresantes y adecuar sus respuestas a las demandas psicológicas impuestas por la enfermedad, vinculada a su historia personal y mediatizada por su personalidad desde su función reguladora y autorreguladora. Llegado a este punto, es posible aseverar que el control percibido tiene un rol esencial para el afrontamiento activo a la enfermedad.

Muy relacionadas con este constructo, se encuentran las estrategias de afrontamiento a la enfermedad, en tanto estas abarcan lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tengan éxito o no (Molerio, 2004). En ese sentido, los resultados de la investigación científica han mostrado su repercusión para la evolución de la enfermedad, la calidad de vida y la salud mental (Fischer et al., 2013; Kim, Han, Shaw, McTavish, & Gustafson, 2010; Labrador & Crespo, 1993; Stanton et al., 2000; Zucca et al., 2010).

Han sido definidas como estilo y como rasgo, en consonancia con los modelos teóricos del afrontamiento. Desde la primera, se constituyen en disposiciones personales difícilmente de modificar (Pelenchano, 2005), mientras que desde la segunda se integran los estilos y las acciones del individuo tanto para regular las emociones como

para incidir sobre la situación estresante (Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Martínez, Camarero, López, & Moré, 2014).

De acuerdo con el modelo de Lazarus y Folkman (1986), existen dos formas de afrontamiento, el centrado en la emoción y el centrado en el problema, cada uno con funciones específicas. El primero se orienta a regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación, alterando el significado de la situación estresante, poniéndose en marcha estrategias como el distanciamiento, el autocontrol, el escape-evitación o la reevaluación positiva.

El segundo, orientado a cambiar la relación persona-ambiente problemática, consiste en estrategias de resolución de problemas que pueden operar sobre uno mismo o el ambiente, incluye la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, y planificación en la solución de problemas (Font & Cardoso, 2009; Montiel, Alvarez, & Guerra, 2016; Rodríguez et al., 1993).

Por su parte Soriano, le adjudica tres funciones fundamentales: efecto restaurador, preventivo e intermediario (Soriano, 2002). Por su parte, Laux y Weber (1991) la atribuyen una función emocional, instrumental y social mientras que Páez, Fernández, Ubillas y Zubieta (2004), plantean que tiene funciones de conocimiento o aprendizaje, de construcción de sentido, de desarrollo personal y de adaptación (Laux & Weber, 1991; Páez, Fernández, Ubillos, & Zubieta, 2004).

Si bien estas estrategias fueron definidas inicialmente por Lazarus y Folkman (1986) en su modelo, la investigación científica ha mostrado una gran variedad que no se circunscriben a una taxonomía fija (Ferrero et al., 1996; Greer & Watson, 1985). Diversos autores, las han clasificado de acuerdo a sus resultados adaptativos y éxitos, tanto para manejar la situación problemática como para regular las emociones displacenteras, dentro de las que se destacan las adaptativas y no adaptativas, pasivas y activas, efectivas o no efectivas (Greer, Morris, & Pettingale, 1979; Moos & Schaefer, 1984; Perrez & Reicherts, 1992; Skinner et al., 2003; Zaldivar, 2002).

Desde la perspectiva transaccional la efectividad ha sido la categoría más empleada. Diversos autores proponen su evaluación a partir del ajuste de los esfuerzos de afrontamiento a la situación, la regulación del malestar y el costo emocional que representa, el dominio de las emociones displacenteras y dirigirse a la fuente del

problema (Lazarus, 2000a). Por su parte, Zaldívar lo aborda desde su funcionalidad para el logro de la meta propuesta con el menor costo emocional posible (Zaldivar, 2002).

Cano-Vindel, aporta una valiosa idea que evita ubicar el afrontamiento en un solo extremo, al señalar que no equivale al dominio de la situación o buenos resultados, pues existen situaciones estresantes que son imposibles de dominar y, en estos casos, el mejor afrontamiento sería el que hiciera más llevadero aquello que es imposible de dominar, bien minimizándolo, aceptándolo, e incluso, en algunos casos, negándolo (Cano-Vindel, 2002).

En una situación de enfermedad como el cáncer de mama, la persona enfrentará tal variedad de demandas psicológicas y tareas que requerirán una combinación o secuencia de estrategias de afrontamiento (Hewitt & Rowland, 2002; Yeung & Lu, 2013). Por tanto, la autora considera que las estrategias de afrontamiento deben abordarse desde su valor para transformar la forma de pensar, sentir o actuar del individuo y lograr una interacción armónica con su medio (Labrador & Crespo, 1993; Zaldivar, 2002). En ese sentido, se propone analizarlas desde su funcionalidad, en tanto permitirá incluir las características cualitativas que diferencian a los individuos entre sí, lo cual está dado por su rol activo, por la manera personalizada en que realizan sus operaciones psicológicas para enfrentar las situaciones estresantes.

Además en las estrategias, lo cognitivo y lo afectivo forman una unidad funcional, que en su nivel más complejo son autorreguladas. A juicio de la autora, otro elemento distintivo es su flexibilidad, en tanto el sujeto, las va ajustando a las particularidades de las circunstancias específicas y de las emociones experimentadas durante ese proceso, como expresión de la búsqueda de alternativas ante situaciones nuevas o ambiguas.

Si bien las estrategias representan la dimensión dinámica en ella se integran el estilo de afrontamiento, entendido como formas estables o consistentes de afrontar el estrés aunque se coincide con Fernández al señalar que son expresión funcional de la personalidad como integridad, en tanto la forma y decisión con el sujeto asume esa realidad está la mediatización organizada de la personalidad (Fernández, 2002).

Por tanto se definen las **estrategias de afrontamiento** como: esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales, que le permiten a la mujeres con cáncer de mama,

transformar su forma de pensar, sentir o actuar y su realidad para responder a las demandas psicológicas estresantes asociadas a su enfermedad y el cuidado de su salud.

En otro orden, el estudio de las emociones ha generado multiplicidad de teorías, sus diferentes enfoques coinciden en su valor para la actividad del individuo, en la capacidad para adaptarse a situaciones novedosas y encontrar soluciones a los problemas que debe enfrentar (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002; Moors et al., 2013; Peña-Sarrionandia, Mikolajczak, & Gross, 2015).

Actualmente, ha cobrado auge una tendencia funcionalista de la emoción que destaca sus múltiples funciones: motivacionales, sociales, organizativas, adaptativas, entre otras, aportándole flexibilidad a la conducta y contribuyendo con la consecución de objetivos por parte de la persona (Pérez & Guerra, 2014).

La amplia evidencia empírica a favor de las relaciones entre emociones y salud, ha dado lugar en la ciencia psicológica a una “revolución emocional” (Gross & Feldman, 2013). Numerosas investigaciones, han demostrado que ciertas emociones pueden estar asociadas a la génesis, mantenimiento y desarrollo de diversas patologías, por el nivel de actividad fisiológica que provocan pueden afectar órganos y tejidos del organismo, así como por sus propiedades motivacionales, pueden modificar hábitos relacionados con la salud (Cano-Vindel, 2005; Cano-Vindel et al., 1997; Sirgo et al., 2001).

Asimismo, la afectación de la salud puede provocar una situación de crisis y generar determinadas emociones displacenteras, siendo la relación bidireccional (Molerio, 2004), evidenciándose sus potencialidades de riesgo/beneficio (McNulty & Fincham, 2012; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2010; Pressman & Cohen, 2005).

Múltiples han sido las perspectivas que han explicado la emoción dentro de las que se identifican la psicofisiológica, la neuropsicológica, la evolucionista, la psicodinámica y la cognitiva (Molerio, 2004; Palmero, 1996). Quizás uno de los temas más controversiales es la distinción que se establece de acuerdo a la experiencia hedónica en: emociones positivas y negativas (Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker, & Rimé, 2001). De acuerdo con Lazarus, esta postura no resulta acertada

pues no permite abordar el componente valorativo y significativo que está en el trasfondo de toda emoción (Lazarus, 2000b), en tanto solo considera su valencia.

En ese sentido, Pérez (2014) integra a los precedentes y supera estas críticas definiendo a la emoción como procesos afectivos transitorios, que emergen de la relación entre la persona y su medio social. Conllevan cambios a nivel fisiológico, motor o conductual expresivo y subjetivo-experiencial, que tienen en su base la valoración personal de la situación o estímulo (externo o interno) y son vivenciados con agrado y/o desagrado, considerando su vínculo con las necesidades y metas individuales (Pérez & Guerra, 2014).

En coherencia con lo anteriormente expuesto, el Modelo Multimodal de las emociones de Smith y Lazarus (1993), se erige como una valiosa propuesta para la comprensión del contenido de las emociones. La autora concuerda con estos autores, al reconocer el rol del significado atribuido a la situación para identificar los núcleos temáticos relacionados con las emociones. Asimismo, se coincide en la base motivacional que le atribuyen y su valor para revelar el significado prototípico de cada emoción, favoreciendo la distinción entre una y otra. A tono con esta postura, la autora prefiere clasificarlas en placenteras y displacenteras.

Entre las primeras, se encuentra la alegría, felicidad o amor (Larsen, 2009; Lyubomirsky, 2011). Son un componente esencial, que facilitan una serie de cogniciones y acciones que permiten al individuo construir recursos personales y psicológicos que no sólo mejoran su afrontamiento sino que repercuten en la generación de nuevas emociones, de este modo se produce una espiral que promueve el bienestar (Fredrickson, 1998; Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008; Marrero & Carballeira, 2010; Pressman & Cohen, 2005).

Por su parte, las emociones displacenteras (ansiedad, ira y tristeza-depresión), han sido el centro de atención en el afrontamiento a las situaciones estresantes. De acuerdo a Zaldívar, Guevara y Roca (1993), son estados emocionales que se generan ante acontecimientos que son valorados como dificultad para el logro de los propios objetivos, es decir, cuando se bloquea una meta o ante una amenaza o pérdida; generalmente vivenciadas con desagrado, citado en (Roca, 2013).

En coherencia con lo que se ha venido planteando, se considera que en el afrontamiento activo a la enfermedad, confluyen tanto unas como las otras, en tanto pueden ser útiles en variadas circunstancias, lo que permite enfatizar en el bienestar en su sentido más amplio y en su carácter vivencial.

En ese orden, el bienestar emocional es un indicador de expresión, pues los intentos por regular las experiencias emocionales contribuyen a este objetivo y permiten armonizar las necesidades y expectativas del individuo con las oportunidades del medio, teniendo como resultado un individuo preparado para afrontar mejor dichas demandas (Victoria & González, 2007).

En la actualidad el estudio del bienestar ha estado matizado por dos tradiciones: la hedónica y la eudaimónica (Corey, Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryan & Deci, 2001). La primera se interesa por el estudio de la felicidad, la satisfacción con la vida y el balance de afectos positivos y negativos, asociada al concepto de bienestar subjetivo (Diener & Emmons, 1984; Diener, Lucas, & Napa, 2006; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Lyubomirsky, 2011). La segunda se centra en el estudio de las variables que influyen en el desarrollo personal, el afrontamiento de retos vitales y el logro de objetivos, asociada al concepto de bienestar psicológico (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 2014).

Por las implicaciones del bienestar para la salud, la ciencia psicológica se ha interesado cada vez más por identificar y potenciar los mecanismos que participan en el proceso para optimizarlo y con ello mejorar la salud humana (Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014; Luhmann et al., 2012; Ryff, 2014; Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009; Victoria & González, 2007).

Investigaciones en personas con cáncer, han evidenciado que aporta beneficios para el pensamiento y la acción (Luhmann et al., 2012), fomenta el desarrollo y crecimiento personal (Janz et al., 2014), mantiene y mejora los recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis o adversidad que permiten descubrir y crear posibilidades (Corey et al., 2002; Helgeson, 2011).

Además desarrolla habilidades sociales adecuadas para generar vínculos entre personas y aprendizaje de conductas de ayuda (Clayton, Mishel, & Belyea, 2006). Asimismo, les aporta mejores hábitos de consumo y de autocuidado, mejor calidad y

cantidad de sueño y practicando más ejercicio físico (Cerezo, 2011; Schueller, Kashdan, & Parks, 2014).

Las diferentes definiciones de bienestar emocional lo circunscriben a la presencia de emociones placenteras y la ausencia de displacenteras (Hou et al., 2010; Vázquez & Castilla, 2007). La autora discrepa de ello, pues considera que en las experiencias emocionales están presentes ambas, una no niega a la otra, y si se asume que están asociadas con la dimensión de sentido de la acción, condiciona que el bienestar no será únicamente la presencia de una u otra, sino el hecho de que la emoción conserve su funcionalidad y su carácter adaptativo.

En ese sentido, será necesario evaluar el carácter placentero o displacentero resultante de afrontar la enfermedad en relación con los juicios de satisfacción con la vida en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, tal y como señala Victoria (2004)

Se define el **bienestar emocional** como: vivencias emocionales placenteras que se generan de la valoración favorable de la situación para la consecución de las principales metas y objetivos, relacionada con las áreas de mayor significación para el sujeto.

Lo planteado hasta aquí denota la importancia de estimular estos indicadores de expresión para un afrontamiento activo a la enfermedad, por lo que resulta esencial identificar las vías y métodos para fundamentar las acciones interventivas, a ello se dedicará el análisis en el próximo epígrafe.

1.3. Psicoeducación: una alternativa para la atención psicológica a sobrevivientes de cáncer de mama

Hoy día, la intervención psicológica ha cobrado especial relevancia dentro del proceso salud-enfermedad (Grau et al., 2012; Hernández & Grau, 2005; Morales, 2011). En ese sentido, se han diversificado las acciones profesionales específicas orientadas a generar un resultado visible en la vida, la calidad de vida y el bienestar de las personas que reciben sus servicios, al influir, para bien en la subjetividad, el comportamiento y la forma de estructurar el mundo de éstas (Grau et al., 2012; Morales, 2011; Roca, 2013).

Varios autores señalan que uno de los grandes retos de la Psicooncología en el siglo XXI, está en el desarrollo de intervenciones dirigidas a sobrevivientes de cáncer (Doll, Kazanjian, Smillie, Ward, & Chasen, 2012). Asimismo, se precisa que deberán partir de

las particularidades de la etapa, las necesidades (Knobf et al., 2012; Newell, Sanson-Fisher, & Savolainen, 2002; Pauwels et al., 2013; Villoria et al., 2015) e identificar factores de riesgo y de protección (Galindo et al., 2014; Stanton, 2012; Tessier et al., 2012).

Se consideran metas interventivas durante esta etapa, disminuir el estrés, mejorar las estrategias de afrontamiento, los parámetros fisiológicos, aumentar los efectos del tratamiento médico a largo-plazo, la disminución de la recurrencia y el aumento de la supervivencia así como mejorar la calidad de vida (Bayés, 1999; Durá & Ibañez, 2000; Greer, 2002; Holland, 2002; LLantá et al., 2005).

En este contexto, la prevención de la enfermedad cobra sentido, no solo por la evidencia empírica a favor de su efectividad (Catalano, Hawkins, Berglund, Pollard, & Arthur, 2002; National Research Council, 2011; Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger, 2001), sino porque permite fortalecer el conocimiento, las actitudes, los comportamientos que promuevan el bienestar físico y mental y el empoderamiento de estas personas (APA, 2014).

De acuerdo con este propósito, la intervención asume un enfoque salutogénico (Antonovsky, 1979, 1987). Ello se debe, a que se centra en la promoción de mejores y más eficientes niveles de funcionamiento psicológico “sano”, donde los factores de protección contribuyen a optimizar más aún el funcionamiento, el bienestar y el desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud (Costanzo et al., 2011 ; Roca, 2013).

Varios metaanálisis coinciden en que se dispone de intervenciones conductuales y psicosociales eficaces para estos pacientes (Galindo et al., 2014; Villoria et al., 2015). Las cuales incluyen terapia cognitivo-conductual y manejo del estrés, intervenciones psicoeducativas, psicoterapia individual, intervención grupal y combinadas (Meyer & Mark, 1995; Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006; Raingruber, 2011; Rehse & Pukrop, 2003). Una de las grandes controversias versa sobre su influencia en la elevación de la supervivencia, al no existir evidencia suficiente (León et al., 2013; Tong et al., 2014).

Dentro de estas, la psicoeducación ha demostrado ser pertinente, con gran potencial y eficacia (Cummings & Cummings, 2008; Lukens & McFarlane, 2004). Aunque su uso es

relativamente joven, su cuerpo teórico-metodológico se afianza. Expresión de ello es que, la evidencia empírica derivada de los ensayos clínicos controlados, la práctica asistencial, la aprobación de los pacientes y familiares, avalan su efectividad (Blumenthal et al., 2005; Chan & Chan, 2011; McGillion, Arthur, Victor, Watt-Watson, & Cosman, 2008; Shahmansouri et al., 2013).

Si bien su práctica tiene su origen en la psiquiatría, numerosos autores coinciden en su valor para la prevención de la enfermedad, atenuar los síntomas asociados (Anderson, Douglas, & Hogarty, 1988; Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006; Colom & Vieta, 2005), mejora el funcionamiento social y aumenta la adherencia al tratamiento (Favrod et al., 2011; Lucksted, McFarlane, Downing, & Dixon, 2012; Yadav & Kumar, 2014). Asimismo destacan sus potencialidades para generalizarla al ámbito de las enfermedades crónicas (Colom, 2011; Lovelock, Mathews, & Murphy, 2010).

Además, se identifican dos modelos con funciones específicas, uno considerado informativo y otro conductual (Builes & Bedoya, 2006; Bulacio, Vieyra, & Mongiello, 2008; Muela & Godoy, 1997). Según Colom (2011), la distinción radica en que el primero prioriza la transmisión de información acerca de la enfermedad y tiene una eficacia limitada. Por el contrario, el segundo, prioriza el cambio conductual enfatizando en: el trabajo práctico en la detección e intervención precoz ante un nuevo episodio, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, entre otros (Colom, 2011).

En la Psicooncología, sus inicios se ubican en el desarrollo de programas educativos, que incluían educación para la salud y del paciente crónico (Aujoulat, d'Hoore, & Deccache, 2006; Bonal, 2012; Geller & Butler, 1981). Partían del supuesto que la comprensión de la condición física era por sí terapéutica (Budman & Gurman, 1988). Además, eran aplicados por enfermeras y educadores para la salud fundamentalmente, quedando muy rezagada la intervención del psicólogo y por ende el abordaje de variables psicológicas (Baert, Gulen, & Smet, 1992; Cummings & Cummings, 2008; Durá & Ibañez, 1991; Jensen, 1993).

De hecho, una de las mayores críticas es que no toman en cuenta las necesidades emocionales de los pacientes, limitando la perdurabilidad de los logros alcanzados como resultado de su influencia en el sujeto (Espín, 2010). En ese sentido, no solo resulta importante que incorporen nuevos estilos de vida y rutinas terapéuticas en sus

comportamientos cotidianos sino también que aprendan nuevos modos de afrontar la enfermedad, reciban el necesario apoyo emocional para que puedan convivir “saludablemente” con su condición crónica (Anderson & Funnel, 2005; Bergsma, 2004; Hall & Felton, 2009; Nitzen & Smith, 2004; Pruitt, Waligora-Serafin, & McMahon, 1993).

Lo anterior sentó las bases para la inclusión de elementos terapéuticos. Tal es así, que al integrarse la consejería (counseling) sus beneficios fueron superiores. Todo ello hizo pensar que si bien la educación por si sola resultaba efectiva, lo sería mucho más al incluirse en intervenciones más amplias (Cummings & Cummings, 2008; Fawzy, Cousins, & Fawzy, 1990; Fawzy & Fawzy, 2011; Gordon, Freidenbergs, & Diller, 1980).

Las definiciones señalan dos componentes claves de la psicoeducación: la intervención psicológica (incluyen una o varias acciones: orientación, prevención, promoción de salud y psicoterapia) y la educación. Dichas dimensiones, suelen presentarse desde visiones fragmentadas, al conceptualizarse como paquete de tratamiento (McGillion et al., 2008), intervención que incluye (...) (Fawzy et al., 1990), hasta posturas más integradoras que la asumen como combinación de ambos elementos o como modalidad de tratamiento que integra y sinergiza, educación e intervención psicoterapéutica (Cummings & Cummings, 2008; Lukens & McFarlane, 2004).

El hecho de que se complemente con modelos de la práctica clínica, le aporta fortalezas y potencial. Se destaca su flexibilidad, así como que es más holística y competente que otras formas de intervención, pues promueve el bienestar emocional, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y el empoderamiento de los pacientes (Bodai & Tusso, 2015). De acuerdo con Luckens y McFarlane (2004), refleja un cambio de paradigma basado en las fortalezas y el presente.

En el contexto cubano, quizás por su limitada generalización, se manejan indistintamente intervención psicoeducativa y psicoeducación. Las definiciones publicadas son muy reducidas e integran los supuestos descritos anteriormente, están referidas a cuidadores, pacientes epilépticos, oncohematológicos y portadores de infecciones de transmisión sexual fundamentalmente (Angulo, 2012; Cassinda, 2013; Espín, 2010; Fabelo, 2010; Guerra et al., 2015; Hernández, 2011; Rojas, 2012).

Dentro de estas se destaca, Espín (2010) quien la asume como una intervención que vincula educación, aprendizaje de nuevos modos de afrontar y elementos terapéuticos

para brindar apoyo emocional. Por su parte, la propuesta de Rojas (2012), resulta interesante, al enfatizar su alcance preventivo e incluir variables salutogénicas como autodesarrollo y autoestima. Si bien esta autora no logra una definición acabada y la asume como método, aspecto este que no nos parece pertinente, resalta un elemento de gran valor y es precisamente tomar en cuenta para la intervención las necesidades, destacando así su carácter personalizado.

El Modelo de Fawzy y Fawzy se muestra como uno de los más pertinentes. Evidencias acumuladas por más de diez años en mujeres con cáncer de mama y de piel, avalan su eficacia y efectividad (Boesen et al., 2007; Fawzy & Fawzy, 2011). Su mayor fortaleza radica en que integran educación para la salud, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y apoyo psicológico, enfatizando en las posibilidades de aprendizaje del paciente, aspectos estos retomados por la autora para la intervención a desarrollar.

Dentro de sus puntos más críticos, se considera que si bien los autores declaran la viabilidad de su replicación en otras etapas de la enfermedad, la intervención está concebida para atender las necesidades de los pacientes durante su inicio. Además en el orden teórico, no quedan explícitos los fundamentos de la psicoeducación, su accionar psicológico y el rol del sujeto en dicho proceso, lo que a juicio de la autora está condicionado por originarse en la práctica clínica de ahí que su mayor aporte sea metodológico.

De acuerdo a la perspectiva salutogénica asumida, la psicoeducación no solo implica informar o formar habilidades y/o capacidades en los individuos, sino que se convierte en el elemento básico e indispensable para el desarrollo de las potencialidades de la persona en términos de salud. Ello se debe a que estimula nuevos recursos psíquicos capaz de expresarse en procesos que toman nuevas formas cualitativas, que se mantienen en constante transformación generando nuevos recursos psicológicos y nuevas realidades personales que desafían al sujeto, manteniendo de esa manera la tensión del desarrollo (Fernández, 2002; González, 2009).

De acuerdo con ese propósito, se tendrá en cuenta las necesidades individuales, el reconocimiento de las potencialidades, el papel activo del sujeto para la autodeterminación de su comportamiento, responsabilizarse con su bienestar y optimizar su salud (Montiel & Guerra, 2016a, 2016b). Además de estimular procesos

activos de afrontamiento, potenciar estilos de vida saludables y promover conductas preventivas, por lo que es esencial estimular sus recursos psicológicos para ser mejores y eficientes personas (Roca, 2013; Zaldívar, 1988; Zaldívar, 2007).

En este marco, la potenciación de zonas salutogénicas cobra vital importancia, entendida como zona de desarrollo próximo (Vygotsky, 1986), donde la mediación ejercida por el “otro”, tanto del facilitador como de los otros pacientes, tienen un papel esencial para lograr los aprendizajes en relación al afrontamiento activo de su enfermedad, por lo que se defiende el contexto grupal como el escenario idóneo (Molerio, 2004).

En la medida en que se han identificado las necesidades de atención psicológica de las sobrevivientes de cáncer de mama, los programas psicoeducativos han demostrado ser eficaces para atender sus necesidades (Hegelson, Shulz, & Yasklo, 2000; Richardson et al., 2011; Rodríguez & Font, 2013a). Tomando en consideración los supuestos antes descritos, la autora asume esta modalidad por las posibilidades que ofrece para estructurar, planificar y evaluar las acciones psicoeducativas para promover el afrontamiento activo a la enfermedad.

El año 2005, marcó el inicio de estos programas, en ese momento se identificaron internacionalmente cuatro estudios, todos en los Estados Unidos (Cimprich et al., 2005; Mishel et al., 2005; Scheier et al., 2005; Stanton et al., 2005). De manera general los resultados denotaron beneficios en la calidad de vida (Juárez, Hurria, Uman, & Ferrel, 2013), los estados emocionales (Amin & Hassan, 2013), bienestar (Antoni et al., 2006), ajuste a la enfermedad (Antoni, 2013; Bostanci & Sevim, 2012), estrés (Carlson et al., 2013; Hoffman et al., 2012; Lechner et al., 2015), apoyo social (Duijts et al., 2011), solución de problemas (Fiorentino et al., 2009; Hegel et al., 2011). Mientras que se ha encontrado una asociación positiva entre intervención grupal y los resultados en estas variables, lo que habla a favor de la pertinencia de este contexto para este tipo de experiencia (Meneses et al., 2009; Sherman, Heard, & Cavanagh, 2010).

Aunque la mayor evidencia acumulada está durante los primeros cinco años de sobrevida (Stanton et al., 2015), las afectaciones físicas derivadas de la enfermedad y los tratamientos, específicamente fatiga y deterioro cognitivo, han sido objeto de intervención para aquellas entre los cinco y diez años (Jun et al., 2011; Mamedova, 2014; Park, Sun, Yong & Ku, 2011). Además, el miedo a la recurrencia y la

incertidumbre, el dolor y los síntomas postmenopáusicos también han sido incluidos (Sautier, Mehnert, Höcker, & Schilling, 2013; Underwood et al., 2015).

El desarrollo de habilidades de automanejo, de autocuidado, la promoción de la autoeficacia, la actividad física, han contribuido a mejorar la calidad de vida y disminuir los síntomas de estrés (Merino, 2012; Wonghongkul et al., 2008). A ello se suma su complementación con soportes psicoeducativos que varían desde los materiales impresos estandarizados, creados por el National Cancer Institute, materiales grabados y llamadas telefónicas y encuentros cara a cara (Ram, Narayanasamyl, & Barua, 2013; Zabalegui, Sánchez, Sánchez, & Juando, 2005).

La autora considera, que la mayoría de estos programas han carecido de un enfoque preventivo. Pues ponen mayor énfasis en la rehabilitación de las secuelas de la enfermedad, dado que en su gran mayoría no son desarrolladas por psicólogos, por lo que el necesario cambio comportamental ha quedado rezagado, aun cuando es prioritario durante esta etapa de la enfermedad (Stanton et al., 2015).

Se considera además, que aquellas mujeres que no recibieron atención psicológica durante los primeros cinco años de sobrevivida y no fueron preparadas para ese tránsito, se encuentran en situación de vulnerabilidad que las hacen tributarias de acciones profesionales. Puesto que sus necesidades no fueron satisfechas y no cuentan con los recursos suficientes para enfrentar los retos (Hoffman, Lent, & Raque-Bogda, 2013).

Investigaciones recientes en mujeres cubanas dan cuenta de esta realidad (Álvarez et al., 2015; Martínez et al., 2014; Montiel, Alvarez, Guerra, et al., 2016). Por tanto, la prevención de la enfermedad cobra relevancia desde el aprendizaje de nuevos modos de afrontar, el desarrollo de conductas saludables y la promoción del bienestar como pilares de la psicoeducación para desarrollar las potencialidades en salud, contribuyendo a la integración de los factores psicosociales al control de la enfermedad.

A nivel nacional, son muy limitadas las acciones profesionales dirigidas a estas mujeres (Romero, 2009). En ese sentido se destaca la propuesta de Cantero, con la creación del Grupo de Mujeres Mastectomizadas “Alas por la vida”, dirigido a mejorar la calidad de vida (Cantero et al., 2012). Si bien ha mostrado un alto impacto educativo, los grupos que se conforman incluyen a pacientes en distintas fases de la enfermedad, además no contempla a la psicoeducación como eje central. Asimismo, las acciones profesionales

desde la atención primaria son prácticamente desconocidas, carecen de sistematicidad y fundamentos científicos, por lo que las necesidades de estas mujeres quedan fuera de los cuidados psicosociales.

Ante el creciente número de enfermos crónicos a nivel mundial, la OMS ha priorizado las acciones psicoeducativas como una vía para apoyar a la persona en la comprensión y manejo de su enfermedad (OMS, 2013). Por lo que las acciones preventivas deberán orientarse hacia la salutogénesis, centrarse en los procesos de resistencia y fortaleza ante situaciones de riesgo y promocionar lo positivo más que inhibir lo negativo (Cerezo, 2011; Jiménez, 2015; Moreno – Jiménez, Garrosa, & Gálvez, 2005).

De ahí que la investigación se oriente al diseño de un programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad entre los cinco y diez años de sobrevida. Toma como punto de partida la psicoeducación, la activación de los recursos psicológicos, la estimulación de contenidos y funciones de la personalidad, con la finalidad de lograr nuevos aprendizajes primero, en el contexto grupal para posteriormente generalizarlos en la vida cotidiana como aprendizaje para toda la vida.

En el orden metodológico, la combinación de estrategias de desactivación fisiológica, informativas, cognitivas, reflexivo-vivenciales y de psicología positiva, se orientan a facilitar en las mujeres un mejor cuidado de su salud, creencias de control sobre su afrontamiento a la enfermedad, la diversificación de estrategias de afrontamiento funcionales y el bienestar emocional.

Los fundamentos presentados hasta aquí permiten asumir una posición teórica-metodológica dirigida a defender la utilidad de un programa psicoeducativo y la prevención, en función de estimular el rol activo de la mujer con cáncer de mama en el afrontamiento de su enfermedad, para que aprehenda su realidad, la transforme y a su vez se transforme a sí misma, con importantes beneficios para su calidad de vida y bienestar. De ahí que el próximo capítulo se oriente a explicar los fundamentos metodológicos que sustentaron la idea de la investigación.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL METODOLOGICO

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO

Los fundamentos teóricos planteados anteriormente, las carencias detectadas en la práctica clínico-asistencial con las pacientes y en los servicios de salud, denotan la pertinencia de acciones preventivas que favorezcan el bienestar y la calidad de vida. De ahí que la presente investigación surge con el objetivo de diseñar un programa psicoeducativo dirigido a promover el afrontamiento activo a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

La investigación se realizó en dos municipios de la provincia de Villa Clara. En el Policlínico Universitario “Chiqui Gómez Lubián” del municipio de Santa Clara y los Policlínico Docente Universitario “Juan Bruno Zayas”, y el Policlínico de San Diego del Valle, del municipio de Cifuentes. Abarcó el periodo desde 2013 hasta el 2015.

Durante el capítulo, se expone el diseño de investigación asumido, los objetivos y tareas científicas, la muestra investigada, las técnicas e instrumentos empleados así como los procedimientos que fundamentan la metodología seleccionada incluyendo los aspectos éticos.

2.1. Diseño de investigación

El diseño metodológico de la investigación se articula con la metodología para el diseño y evaluación de programas (Fernández-Ballesteros, 1996). Dicha autora plantea que, un programa es un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas. Su principal característica es su previa especificación y diseño, así como que es implementado coordinadamente.

Asimismo su evaluación sistemática, rigurosa, válida y fiable, orientada a valorar su calidad y logros, permitirá la posterior toma de decisiones de mejora, tanto de este como del personal implicado y de modo indirecto, del curso social donde se halla inmerso (Pérez-Juste, 1993).

La complejidad del objeto de estudio llevó a asumir un diseño mixto de investigación, específicamente un diseño anidado concurrente de modelo dominante (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Este se caracteriza por simultáneamente recolectar y analizar datos cuantitativos y cualitativos para responder al problema de investigación,

existiendo un método predominante. Además, este enfoque se fundamenta en la triangulación de métodos, siendo una de sus mayores fortalezas. En este caso se asume el enfoque cuantitativo que guía la investigación, al que se anida el cualitativo. Comprendió tres etapas con sus respectivos diseños y tareas científicas de acuerdo a los juicios de valor de un programa establecidos por Fernández-Ballesteros (1996).

- **Pertinencia:** un programa es pertinente si responde a necesidades concretas bien establecidas.
- **Suficiencia:** es la medida en la cual las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para lograr los propósitos que se persiguen.
- **Progreso:** es aquella que se realiza durante la implantación del programa pretendiendo determinar cómo éste está actuando.
- **Eficiencia:** Se alude al valor de la relación entre los resultados obtenidos y de los medios puestos a contribución.
- **Eficacia:** supone la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos establecidos en el programa, se han logrado.
- **Efectividad:** Hace referencia a la medida en la cual un programa ha alcanzado una serie de efectos.

La primera etapa tuvo como objetivo garantizar la pertinencia del programa que se pretendía diseñar, para ello se realizó el diagnóstico de necesidades desde la perspectiva de los usuarios y beneficiarios que arrojó información empírica para el diseño, a partir de los supuestos teóricos que orientan la intervención psicológica.

Tareas científicas

- Exploración de las particularidades de la atención e intervención psicológica en las pacientes con cáncer de mama en la APS.
- Análisis de documentos oficiales que rigen la atención de los pacientes oncológicos en la atención primaria de salud.
- Diagnóstico de las particularidades del afrontamiento a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Por su alcance, esta etapa se consideró exploratoria-descriptiva, siguió un diseño no experimental transversal (Hernández et al., 2010). Como parte de esta perspectiva, se

emplearon instrumentos estandarizados de evaluación psicológica y se realizaron análisis descriptivos y no paramétricos. Mientras que desde la metodología cualitativa, se realizó un estudio fenomenológico con la finalidad de profundizar en su experiencia en el afrontamiento de la enfermedad y de los especialistas en relación a la atención psicológica con estas mujeres. Para ello se integraron la observación participante, la entrevista psicológica, se conformaron grupos focales de sesión única y análisis documental, teniendo en cuenta las bondades del método clínico y la triangulación de los resultados.

La segunda etapa estuvo orientada al diseño del programa y avalar su suficiencia, el cual fue concebido a partir de los referentes teóricos que se exponen en el capítulo I y las evidencias empíricas sobre las particularidades del afrontamiento a la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad participantes en la etapa I del estudio.

Tareas científicas

- Análisis de experiencias interventivas en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad a nivel nacional e internacional.
- Elaboración de un programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Valoración de la calidad de la estructura del diseño del programa.

Se consideró descriptiva, siguió un diseño no experimental transversal (Hernández et al., 2010). Como parte de este, se empleó un cuestionario sobre juicio de especialistas y se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia. Mientras que, desde la perspectiva cualitativa, se emplearon métodos teóricos para analizar los programas psicoeducativos publicados y estructurar las bases teórico-metodológicas del programa a diseñar. Se complementó con el trabajo grupal con especialistas, desde sus significados. Los resultados obtenidos fueron procesados cualitativamente y permitieron la triangulación de los resultados al finalizar la etapa.

La tercera etapa tuvo como objetivo evaluar el progreso, eficacia y efectividad del programa psicoeducativo, de este modo, se llevó a cabo su implementación y evaluación.

Tareas científicas

- Establecimiento de los indicadores para evaluar la efectividad del programa.
- Diseño del cuasi-experimento para evaluar el programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Implementación del programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Evaluación del progreso, eficacia y efectividad del Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Esta etapa siguió un diseño experimental, con un cuasi-experimento de comparación de grupos, pre-post con grupo de estudio y testigo. Para ello se realizó una evaluación inicial dos semanas antes de comenzar la intervención y una de seguimiento transcurrido los primeros 30 días. Posteriormente a los tres meses se realizó otra de seguimiento, en este caso al grupo de estudio. Como parte de este, se emplean procedimientos de la estadística descriptiva y no paramétricos para dar cuenta de los efectos de la intervención en cada uno de sus momentos.

Mientras que desde la metodología cualitativa, se asume una perspectiva fenomenológica con la finalidad dar cuenta de la influencia del programa desde las vivencias de las participantes. En ese sentido, se emplea entrevista psicológica, observación participante, se analizan las producciones de los sujetos durante cada sesión, además se complementa con el análisis de matrices de las producciones de los sujetos antes, durante y después de la intervención, se complementa con el método clínico, con la finalidad de triangular los resultados.

Una vez descritas cada una de las etapas, se muestran a continuación, la selección de la muestra, la definición y operacionalización de variables, la descripción de las pruebas psicológicas para la obtención de la información, así como los procedimientos para cada etapa de la investigación.

2.2. Etapa I. Diagnóstico de necesidades

- Exploración de las particularidades de la atención e intervención psicológica en los pacientes con cáncer de mama en la APS.

Para cumplimentar esta tarea participaron 18 profesionales, decisores de salud y psicólogos vinculados a la labor asistencial. A continuación se explican los criterios que se siguieron para su elección.

Mediante un muestreo no probabilístico, intencional, fueron seleccionados ocho decisores de salud, que cumplían los criterios de selección siguientes:

Criterios de inclusión

- Ocupar cargo de dirección que implique una responsabilidad directa en la ejecución y control del programa del control del cáncer en los municipios.
- Desempeñar el cargo por más de un año.
- Disposición para colaborar con el estudio.

Criterios de exclusión

- Menos de un año en el desempeño de sus funciones.
- Por problemas derivados de su responsabilidad no pueden participar en el estudio.

El 75 % son médicos (Vicedirector de Asistencia Médica, Director de Policlínico “Chiqui Gómez” y Coordinadores del Programa Nacional del Control del Cáncer en las áreas de salud) y el 25 % son psicólogos (Presidenta del Comité de Ética Municipal y Coordinador Municipal del Programa Nacional del Control del Cáncer). La edad promedio fue de 41.5 años con una experiencia profesional de 15.2 años.

Se utilizó la entrevista semiestructurada a decisores de salud (anexo 1) con el objetivo de profundizar en aspectos relacionados con los cuidados médicos y psicosociales que ofrece la atención primaria de salud a las mujeres con cáncer de mama, así como los documentos oficiales que rigen la atención a estas mujeres. La calificación se realiza cuanti-cualitativamente de acuerdo a las respuestas emitidas por los individuos y complementándola con verbalizaciones.

La selección de los psicólogos vinculados a la labor asistencial se realizó de acuerdo a los criterios siguientes:

Criterios de inclusión

- Profesional de la Psicología de ambos sexos, en labor asistencial en los policlínicos vinculados al estudio.
- Experiencia profesional mínima de 3 años.
- Disposición a participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Experiencia profesional menor de 2 años.
- Por dificultades en su trabajo no puede participar en la investigación.

Participaron diez profesionales. Fue seleccionada por razones de factibilidad el área de salud “Chiqui Gómez”, pues cuenta con la mayor población de ambos municipios y a su vez, el mayor número de profesionales vinculados a la labor asistencial. Asimismo, estos profesionales fueron incluidos en la segunda etapa para la evaluación de la propuesta de intervención. La edad promedio fue de 42 años con un promedio de 14.8 años en el ejercicio de la profesión.

Se aplicó la encuesta sobre juicio de profesionales (anexo 2) con el objetivo de conocer elementos relacionados con la calidad de la atención a los pacientes oncológicos en los servicios de psicología en la APS, en especial a las afectadas con cáncer de mama. Asimismo, se indagó en la necesidad y pertinencia de la implementación de un programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad y las exigencias de la intervención en este nivel de salud. Para ello se tomó como referente el cuestionario diseñado por Molerio (2004) que se adecuó a las particularidades del estudio. Se diseñó una encuesta conformada por 6 preguntas elaboradas con formato semi-estructurado y abierto. Su evaluación se realizó de manera cuantitativa a través del análisis de frecuencia y sus resultados fueron tomados en consideración al elaborar el diseño del programa. Asimismo, se sometió a un análisis de consistencia interna con un alfa de cronbach de .81.

- Análisis de documentos oficiales que rigen la atención de los pacientes oncológicos en la atención primaria de salud.

Se realizó un análisis de documentos oficiales mediante investigación documental (Rodríguez, Gil, & García, 1999), desarrollada en cinco etapas. En la primera, se realiza

el rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles; en la segunda, se hace una clasificación de los documentos identificados; en la tercera, se hace una selección de los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación; en la cuarta, se realiza una lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados, para extraer elementos de análisis y consignarlos en "memos" o notas marginales que registren los patrones, tendencias, convergencias y contradicciones que se vayan descubriendo; finalmente, en el quinto paso, se realiza una lectura cruzada y comparativa de los documentos en cuestión, ya no sobre la totalidad del contenido de cada uno, sino sobre los hallazgos previamente realizados, de modo que sea posible construir una síntesis comprensiva total, sobre la realidad humana analizada (Treto & Castillo, 2009).

En correspondencia con los objetivos de la investigación se analizan cinco documentos para la determinación de los datos epidemiológicos sobre la sobrevida en el cáncer de mama a nivel nacional y en la provincia de Villa Clara, así como conocer la organización y funcionamiento de la atención de los pacientes oncológicos en esta etapa de la enfermedad.

- ✓ Bases de Datos de Oncología del Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián" y Policlínico Docente "Juan Bruno Zayas".
- ✓ Base de Datos del Departamento de Estadísticas del Hospital Docente-Universitario "Celestino Hernández Robau".
- ✓ Registro Nacional del Cáncer.
- ✓ Programa Integral de Control del Cáncer (2010).
- ✓ Manual para la Organización y Funcionamiento del Policlínico.
- Diagnóstico de las particularidades del afrontamiento a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional, al no contar con un registro actualizado de la población de pacientes con más de cinco años de sobrevida en las áreas de salud. A partir de las bases de datos que se ofrecieron basadas en estimados, se trabajó con un universo de 312 mujeres pesquisadas por el programa del control del cáncer en los municipios de Santa Clara y Cifuentes, quedando conformada por 115 mujeres, 85 del Área de Salud del Policlínico

Universitario “Chiqui Gómez Lubián” y 30 del municipio Cifuentes que cumplieron con los criterios de selección establecidos para el estudio y que dieron su consentimiento informado (anexo 3), para participar en el estudio.

Criterios de inclusión

- Haber sido diagnosticada con cáncer de mama no metastásico en estadio 0, I o II.
- Tiempo de sobrevida entre cinco y diez años.
- No haber presentado recidivas.
- No estar actualmente en tratamiento.
- Edades comprendidas entre los 50 y 70 años.

Criterios de exclusión:

- No desear formar parte de la investigación.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, en etapas III y IV, sometidas a algún tipo de tratamiento oncológico.
- Pacientes con metástasis.
- Se excluyen las que tienen comorbilidad con otras enfermedades crónicas (no controlables) que afecten el SNC.

Criterios de salida

- Deseo manifiesto de salir de la investigación.
- Que la paciente fallezca durante el período de la investigación.

En cuanto a las características de la muestra, la media de edad fue de 61 años (DE=8,364) y el tiempo de evolución de 7.2 años (DE=1,990). En las tablas 1 y 2 se muestra la distribución de las variables médicas y sociodemográficas respectivamente.

Tabla 1. Distribución de las variables médicas de la muestra		Frecuencia	%
Estadio	I	63	54,8
	II	52	45,2
Tipo de Cirugía	Conservadora	31	27,0
	Radical	84	73,0
Tratamiento recibido	Quimioterapia	89	77,0
	Radioterapia	26	23,0

Fuente: historia clínica y entrevista psicológica

Tabla 2. Distribución de las características sociodemográficas de la muestra		Frecuencia	%
Estado civil	Casadas	75	65,2
	Divorciadas	19	16,5
	Solteras	14	12,2
	Viudas	7	6,1
Nivel escolar	Primaria	19	16,5
	Secundaria	37	32,2
	Preuniversitario	26	22,6
	Técnico medio	16	13,9
	Universitario	17	14,8
Vínculo laboral	Trabajadora	23	20,0
	Ama de casa	33	28,7
	Jubilada	59	51,3

Fuente: historia clínica y entrevista psicológica

Con el objetivo de realizar una sesión grupal con Metodología de Grupo Focal, fueron integrados dos grupos de 12 mujeres, residentes en Santa Clara y Cifuentes respectivamente, en función de lograr representatividad de los dos municipios donde se desarrollaba la investigación.

Definición y operacionalización de variables de estudio

Afrontamiento a la enfermedad: capacidad de la mujer con cáncer de mama para afrontar las situaciones estresantes asociadas a su enfermedad, con la finalidad de ajustarse psicológicamente.

Son indicadores de expresión del afrontamiento a la enfermedad: autocuidado, control percibido, estrategias de afrontamiento y bienestar emocional (para mayor información diríjase a pág. 61-62 de este informe).

El afrontamiento a la enfermedad puede ser:

- Activo: un sujeto con un adecuado cuidado de su salud, con adecuadas creencias de control y estrategias predominantemente funcionales que favorecen las emociones placenteras y la realización de sus necesidades y metas (0,76-1 puntos).
- Parcialmente activo: se manifiestan limitaciones en el cuidado de su salud, en las creencias de control y las estrategias de afrontamiento que parcialmente generan emociones displacenteras que afectan la realización de sus necesidades y metas (0,51-0,75 puntos).

- Pasivo: se expresa cuando predominan afectaciones en el cuidado de la salud, creencias erróneas sobre el control de las situaciones estresantes, estrategias de afrontamiento disfuncionales que provocan desajuste emocional frecuentemente y obstaculizan la realización de sus necesidades y metas (0,25-0,50 puntos).

Descripción de las técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica semi-estructurada. Se propone como objetivos obtener información diagnóstica sobre las principales fuentes de estrés, el funcionamiento cotidiano de las mujeres, las repercusiones asociadas a la enfermedad y su incidencia en la vida emocional, las principales estrategias empleadas para afrontar las demandas, indagar en los recursos psicológicos y cómo son empleados, características personales y triangular la información obtenida (anexo 4). Su calificación se realiza a través del análisis cualitativo de las respuestas del sujeto, las cuales son expresadas en análisis de frecuencia.

Cuestionario de modos de afrontamiento. Instrumento desarrollado por Lazarus y Folkman (1984), se plantea como objetivo caracterizar las estrategias de afrontamiento específicas que una persona ha utilizado ante determinadas demandas, en este caso la enfermedad (anexo 5). Consta de 67 ítems, los cuales se responde de acuerdo a la medida en que el sujeto respondió o actuó ante las situaciones expuestas, para su calificación se otorgan las siguientes puntuaciones: 0 (En absoluto), 1 (En alguna medida), 2 (Bastante), 3 (En gran medida).

Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en ocho subescalas. A continuación se muestran las ocho sub-escalas y los índices correspondientes a cada una: Confrontación (6, 7, 17, 28, 34 y 46), Distanciamiento (12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44), Auto-control (10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63), Búsqueda de apoyo social (8, 18, 31, 42 y 45), Aceptación de la responsabilidad (9, 25, 29 y 51), Huida-evitación (11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59), Planificación (1, 2, 6, 27, 39, 48, 49 y 52), Reevaluación positiva (20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60).

Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuáles se han utilizado con mayor frecuencia; haciendo un análisis cualitativo de las repuestas del sujeto es válida como un auxiliar en el diagnóstico. El alpha de cronbach para el instrumento total fue de (0,81), confrontación (0,67), distanciamiento (0,70), autocontrol (0,85), búsqueda

de apoyo social (0,89), aceptación de la responsabilidad (0,69), huida-evitación (0,85), planificación (0,79), reevaluación positiva (0,70).

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE). Es la versión en español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975). En la investigación se empleó la variante, modificada por Grau, Martín y Castellanos, constituida a partir de la versión original (Alonso, 2003). Se plantea como objetivo evaluar las vivencias de ansiedad (anexo 6). Consiste en un total de veinte preguntas, donde las personas deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem. Solo se aplicó la escala de ansiedad como estado y se evaluó de acuerdo a la pauta de calificación establecida (anexo 7)

Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B (Adaptación cubana del ISRA-B). Elaborado en España por Miguel Tobal y Cano Vindel (1986, 1988) y posteriormente reformulado por los propios autores en una versión reducida: el ISRA-B. Ha sido validado en nuestro país por Molerio, Nieves, Otero y Casas (2004). Tiene como objetivo obtener mayor precisión sobre los sistemas de respuesta de ansiedad más afectados y el tipo de situaciones generadoras de ansiedad, desde una perspectiva interactiva y multidimensional (anexo 8). Es un Inventario con formato Situación-Respuesta, basado en el modelo interactivo de Endler et al., (1978) y en el modelo tridimensional de Lang (1968), (Molerio, Nieves, Otero, & Casas, 2004).

Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad, para su calificación el sujeto debe evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas de ansiedad para lo cual se le dan 5 opciones de respuestas (de 0 a 4, donde 0 representa Casi Nunca y 4 Casi siempre), se obtienen puntuaciones en 8 escalas. Las tres primeras corresponden a los tres componentes de la respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: reactividad cognitiva, fisiológica y motora. La cuarta medida es el Rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente, las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas (anexo 9).

Test de Zung y Conde (Adaptación cubana). Esta prueba lleva los nombres de sus autores (Conde, 1969). Fue validada para nuestra población (Molerio, 2004) con el objetivo de determinar el nivel de depresión (anexo 10). En sus procedimientos se le ofrecen al sujeto un conjunto de 20 frases que expresan diversas vivencias depresivas y se le pide que marque con una cruz la frecuencia con que experimenta cada una de ellas de acuerdo a 4 escalas: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre. La calificación e interpretación se realiza sumando los ítems (anexo 11).

Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI-2 (Adaptación cubana del STAXI- 2). Es la versión en español del State-Trait Anger Expression Inventory 2 (Spielberger, 1999) fue creado para medir además del estado y el rasgo de ira, las distintas facetas de la expresión de la ira. Posteriormente, fue validado en su versión española por Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger (2001), y validado para la población cubana por (Molerio, 2004). Consta de 49 ítems distribuidos en las siguientes escalas: Ira - Estado, que consta de tres sub - escalas: sentimiento, expresión verbal y expresión física; Ira - Rasgo, que posee dos sub - escalas: temperamento de ira y reacción de ira. Además, consta de sub - escalas de expresión interna, expresión externa de ira, control interno de ira y control externo de ira (anexo 12). También la prueba cuenta con un Índice de Expresión de la ira. La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas (anexo 13).

Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). La Escala PANAS, fue creada originalmente por Watson, Clark & Tellegen (1988) en idioma inglés, su siglas se corresponden con Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). La versión adaptada es la de Robles y Paez, a la población mexicana (Robles & Páez, 2003).

El proceso de adaptación transcurrió durante el segundo semestre del año 2014, el cual siguió las directrices para la traducción y adaptación de los test actualizadas en el 2013 por (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013). Primeramente al ser una escala ya traducida al español y validada en México, fue preciso obtener los permisos legales para su modificación, luego fue sometida a valoración de especialistas para realizar el ajuste lingüístico, siempre respetando la versión original. También fue valorada por psicólogos, a través de una Encuesta de juicio de profesionales.

Tomando en consideración todos estos criterios fue elaborada la versión adaptada, la cual fue empleada en un estudio piloto con 30 mujeres diferente a la muestra. Posteriormente fue aplicada a las participantes en el estudio. Asimismo, fueron analizadas las propiedades psicométricas primero para evaluar la factibilidad del análisis, para posteriormente proceder al análisis factorial exploratorio (método de componentes principales, rotación de factores varimax y cálculo de las puntuaciones factoriales) y de la consistencia interna

La versión adaptada (anexo 14), consta de 20 ítems, diez de los cuales evalúan afecto positivo, y los otros diez, afecto negativo (Montiel, Vizcaíno, Guerra, & Fernández, en prensa). Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, y las que califica la persona, según el grado con que las experimenta, en una escala de cinco puntos, en donde 1 significa “muy poco o nada”, y 5 “extremadamente”. Cada una de las escalas es evaluada con dos instrucciones de tiempo “generalmente” (afecto como rasgo) y “últimas semanas” (afecto como estado). Su calificación e interpretación se realiza de acuerdo a una fórmula establecida para ello (anexo 15).

Grupo Focal–Sesión de grupo única. Consiste en una sesión de grupo de individuos, seleccionados para discutir y profundizar en su experiencia en el afrontamiento a la enfermedad. De acuerdo con este propósito, se conformó un guión de funcionamiento que reunía los principales tópicos a desarrollar con la finalidad de que la experiencia subjetiva de los participantes sea explorada con relación a los componentes del afrontamiento a la enfermedad y se estableció un procedimiento para ello (anexo 16). Todo ello transcurre desde una entrevista grupal, abierta y estructurada que se convierte en un verdadero intercambio de experiencias.

Observación participante: se propuso como objetivo contribuir a la comprensión de los elementos del afrontamiento a la enfermedad de las pacientes. Es definida como un proceso en el cual la presencia del observador en la situación social es mantenida para fines de investigación científica. Implica adentrarse en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones. Se empleó para detallar las expresiones y manifestaciones, tanto en el diagnóstico como en la dinámica de grupo durante la

intervención. Su calificación se realiza de manera cualitativa y se aplica en todas las sesiones de trabajo.

Procedimientos

Los contactos iniciales se realizaron a través de la coordinación del Programa Integral para el Control de Cáncer y del Comité de Ética, en ambos municipios. Se procedió a identificar la población objeto de estudio, para ello se revisaron las bases de datos del Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau” y del Departamento de Estadísticas de cada policlínico. De igual manera se analizaron los documentos normativos referidos a los cuidados integrales de los pacientes oncológicos y las bases de datos disponibles en las áreas de salud, la atención secundaria y el Ministerio de Salud Pública.

Se realizó una entrevista semiestructurada sobre la atención psicológica que ofrece la APS a las mujeres con cáncer de mama, fueron entrevistadas la coordinadora del programa en el municipio, los coordinadores de las áreas de salud, la presidenta del comité de ética municipal y un director de policlínico.

Seguidamente se procedió al trabajo con los psicólogos del policlínico Chiqui Gómez. Fue aplicado un cuestionario, a través del cual se evalúa la atención psicológica a las mujeres con cáncer de mama, y se recogen consideraciones acerca de la pertinencia de la implementación de un programa psicoeducativo en las áreas de salud y así como sus características para su aplicabilidad y efectividad.

Tomando como referente las revisiones bibliográficas realizadas con anterioridad tanto a nivel nacional como internacional sobre afrontamiento a la enfermedad e intervención psicológica en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, la creciente evidencia sobre las implicaciones de las emociones sobre la salud, así como la necesidad de identificar y estimular variables protectoras como la afectividad positiva, fue preciso adaptar la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) para la muestra objeto de estudio.

Para dar cumplimiento a la última tarea científica relacionada con el diagnóstico de necesidades sobre el afrontamiento a la enfermedad, se estableció un procedimiento a seguir para cada uno de los casos. La entrada a los consultorios médicos de las áreas de salud involucradas en el estudio se realizó en coordinación con los médicos de familia y transcurrió desde diciembre del 2013 a enero de 2015, se mantuvo una

interacción constante con el personal médico del consultorio quienes facilitaron los contactos con las pacientes. El punto de partida fue la revisión de la historia clínica de las pacientes con cáncer de mama, lo que permitió verificar datos de interés para su inclusión o no en el estudio, resultando la primera aproximación en el conocimiento individual de las mujeres, precisando los elementos siguientes:

1. Datos generales.
2. Historia de la enfermedad actual.
3. Antecedentes Patológicos Personales.
4. Antecedentes Patológicos Familiares.
5. Pronóstico.
6. Tratamiento.
7. Seguimiento psicosocial

Posteriormente, las que cumplían los criterios de inclusión fueron citadas a su consultorio donde se les explicó los objetivos de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado, coincidiendo este primer contacto con la primera sesión de trabajo, es importante señalar que todas las pacientes citadas accedieron a cooperar en la investigación.

Durante la aplicación de las pruebas psicológicas se creó un clima de confianza e interacción a través de muestras de interés, posibilidad de que hablaran, no emisión de juicios que afectaran el proceso, se procedió a obtener información más profunda y concreta. Posteriormente, fueron seleccionadas para participar en la sesión de grupo focal un grupo de 12 mujeres en cada municipio.

La recogida de información fue realizada de manera dinámica y sistemática a lo largo de toda la investigación, con adecuadas condiciones de privacidad, iluminación y ventilación, el tiempo de duración no excedió los 60 minutos, aunque se ajustó a las características de cada paciente en particular. El registro de información fue realizado, previo consentimiento de los entrevistados, con notas de campo. La tabla siguiente muestra la organización que se siguió para cada una de las sesiones.

Tabla 3. Organización de la evaluación psicológica de las pacientes

Sesiones de trabajo	Instrumentos aplicados
Sesión 1	Entrevista psicológica semiestructurada Escala Modos de Afrontamiento. Observación participante
Sesión 2	Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B (Adaptación cubana del ISRA-B). Observación participante
Sesión 3	Test de Zung y Conde (Adaptación cubana). STAXI – 2 (Adaptación cubana del STAXI – 2). Observación participante
Sesión 4	Escala de Afectos Positivos y Negativos Observación participante

Fuente: Elaboración propia

Al concluir esta etapa se informó a las participantes sobre la posibilidad de incluirse en la tercera fase del estudio, en la cual se implementaría un programa de intervención psicológica, para lo que se requería de su disponibilidad y disposición. Por razones éticas, las pacientes que alegaron impedimentos para participar y demandaron ayuda psicológica, fueron atendidas individualmente.

2.3 Etapa II. Diseño del Programa psicoeducativo: su evaluación por especialistas

Esta segunda etapa estuvo dirigida al diseño del programa psicoeducativo y avalar su suficiencia. Para el diseño, se realizó una revisión bibliográfica sobre la efectividad de las terapias psicológicas en el manejo de los síntomas y/o aspectos psicológicos de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad las cuales fueron analizadas en el capítulo I de este informe (pág. 30-37) y resumidas en el anexo 17.

Asimismo, fue tomada en cuenta la evidencia empírica del diagnóstico de las necesidades de los usuarios y beneficiarios, obtenidos durante la primera etapa de la investigación. Todo ello fue integrado en la propuesta diseñada, la cual fue sometida a evaluación por juicio de especialistas y mediante la matriz DAFO en sesión grupal.

El programa (véase anexo Manual del Programa) se concibe desde la psicoeducación y persiguió como objetivo general:

- Promover mediante la activación de recursos psicológicos el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Las acciones psicoeducativas previstas se asumen desde el trabajo en grupo, dado su papel como instrumento de cambio y potencialidades en la mediatización de los procesos psíquicos (Calviño, 2006; Martínez-Taboada & Palacín, 1997). Consecuentemente, se ofrece un marco acogedor y seguro que permita la estimulación de las potencialidades en salud y la optimización de los recursos psicológicos a través de la estimulación de zonas salutogénicas, frente a las diversas situaciones amenazantes, conflictivas o estresantes que deben afrontar como resultado de su enfermedad (González, 2009; Robert et al., 2013).

Teniendo en cuenta las diversas alternativas de trabajo en grupo en el contexto sanitario y específicamente en la psicooncología, se asume la alternativa de grupo de apoyo (Font & Rodríguez, 2004; Rodríguez & Font, 2013b; Zabalegui et al., 2005). En ese sentido, se incorpora la propuesta de Spiegel (1989), quien considera que son una estrategia grupal, basada fundamentalmente en el efecto protector del apoyo social, en consonancia con el modelo de competencia, que reconoce la capacidad de las personas para afrontar y solucionar los problemas que experimentan en sus vidas, asumiendo la responsabilidad y control sobre ellas y haciendo una mejor valoración de su vida (Speigel, Bloom, & Kraemer, 1989).

Se reconoce además su beneficio para la salud y la reducción del malestar psicológico. Asimismo, se ofrecen recursos de afrontamiento; sensación de control; soporte emocional; aumento de la autoestima; oportunidad de tener interacciones sociales regularizadas y un feedback de los demás miembros del grupo que servirá de guía para identificar síntomas y poder actuar ante cualquier desajuste (Goodwin et al., 2001; Roca & Pérez, 1999; Rodríguez et al., 1993).

La propuesta diseñada se va articulando sucesivamente a partir de los objetivos de cada sesión. Para ello, las técnicas y procedimientos previstos para fomentar la dinámica grupal y los componentes del afrontamiento activo a la enfermedad se convierten en movilizadores, siendo cuidadosamente seleccionadas. Además, son empleados de modo flexible y ajustado a las etapas de la intervención y características de las participantes. Para cada sesión se establecieron objetivos que son evaluados al finalizar cada encuentro y a su vez dan paso a la próxima, garantizando la continuidad de las acciones previstas. De igual manera, se prevé como parte del programa la evaluación del progreso, eficacia y efectividad.

Selección de la muestra

Para el análisis bibliográfico fueron seleccionados de un total de 32 estudios identificados, 24 de acuerdo a los criterios siguientes:

Criterios de inclusión

- Intervenciones centradas en el manejo de síntomas y/o aspectos psicológicos de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Contemplan la descripción de la intervención y sus objetivos.
- Realizan la evaluación de las variables psicológicas, por medio de instrumentos válidos y confiables.
- Analizan la efectividad de la intervención.

Criterios de exclusión

- Pacientes con cáncer de mama con evidencia de enfermedad y/o recurrencia.
- Intervenciones que no incluyen la comparación entre los grupos experimentales.

Para la evaluación del programa psicoeducativo diseñado por juicio de especialistas, fueron seleccionados un total de 19 profesionales, de ellos diez psicólogos pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario “Chiqui Gómez Lubián” que participaron en la primera etapa y otros nueve que se integraron, todos ellos seleccionados de manera intencional de acuerdo a los criterios siguientes:

- Profesional de la psicología clínica y de la salud o la medicina.
- Ostenten grado académico o científico.
- Experiencia profesional de más de 5 años.
- Experiencia en el trabajo con grupos, grupos de apoyo, promoción de salud, prevención de enfermedades, intervención psicológica con pacientes crónicos, psicooncología y atención a mujeres con cáncer de mama.

Descripción de los métodos y técnicas aplicadas

Método Histórico - Lógico. Este método se utiliza para estudiar toda la trayectoria histórica de la psicología aplicada al abordaje de las enfermedades crónicas en Cuba y a nivel internacional, específicamente el cáncer de mama, así como el manejo de la enfermedad con una perspectiva psicosocial, basado en la comprensión de las regularidades de su desarrollo psicológico.

Método Analítico - Sintético. Permitió el análisis de los principales referentes teóricos en los que debe sustentarse la psicoeducación para promover el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, así como hacer integraciones teóricas que deben estar presentes en la dinámica de dicho proceso.

Método Inductivo - Deductivo. A través de este método se logra inferir el conocimiento y llegar a generalizaciones acerca del tránsito de lo particular a lo general y también va de aseveraciones generales a otras de carácter particular del objeto mediante pasos caracterizados por no tener contradicciones lógicas.

Método Sistémico. El método sistémico permite modelar el objeto de esta investigación atendiendo al conjunto de relaciones que se establecen en ella, así se determinaron los indicadores y variables que la caracterizan y sus relaciones lo que permitió arribar al producto final y a conclusiones.

Cuestionario sobre juicio de especialistas. Un profesional es aquella persona que participe oficial o no, en forma sistemática o esporádica en la obtención de información cuantitativa o cualitativa durante el programa de investigación y valoración de los resultados, de acuerdo a los criterios que se definan para su selección. El juicio de profesionales permite obtener realmente la experiencia y sabiduría de un grupo de personas (profesionales), no sujeto a restricciones ni censuras de ningún tipo. Posibilita, además un determinado sistema de evaluación que puede ser complementado con aquellas apreciaciones cualitativas que se hayan realizado por los profesionales. Permite encontrar el consenso de opinión de los profesionales en la esfera del problema a resolver, a través de extraer o exponer sus intuiciones y experiencias, utilizando las capacidades asociativas y clasificadoras del cerebro humano.

De forma general, con el juicio de profesionales se desea evaluar la calidad formal del programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Se diseñó una escala Likert de 5 posiciones para que juzgaran la suficiencia del programa diseñado (anexo 18). En cada uno de los ítems, se les ofreció la posibilidad de que relacionaran otros aspectos relevantes. Para aceptar los cambios sugeridos por los especialistas se siguieron criterios definidos por la investigadora (anexo 19).

Matriz DAFO: matriz ampliamente utilizada en el ámbito sanitario. Sus letras se corresponden con la primera de las palabras debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. Para su construcción, se grafican dos tipos de dimensiones cruzándolas por filas y columnas, de manera que queden cuatro zonas con marcadas diferencias para valorar el equilibrio o desequilibrios (Crespo, 2009).

La aplicación de esta matriz en el estudio funcionó como complemento del cuestionario de juicio de especialistas, pues persiguió identificar la relación entre las tendencias que se perciben en el entorno y las potencialidades internas de las que se disponen como futuros usuarios del programa. Lo anterior se desarrolló a través de un grupo de discusión y se recogió en un papelógrafo cada uno de los análisis. Su interpretación se realizó cualitativamente, de acuerdo al consenso grupal.

Procedimientos

Para la revisión de la literatura interventiva relevante, se realizó un análisis en bases de datos especializadas (Scopus, Psycinfo, Medline, Scielo, Redalyc), de acuerdo a: objetivos, síntomas y/o aspectos psicológicos tratados, muestra, intervención, resultados y conclusiones, de los artículos publicados en el periodo de 2005 al 2015. Fue realizada en idioma español e inglés y las palabras claves empleadas fueron: cáncer de mama, sobrevivientes, intervención psicológica, terapia psicológica, breast cancer, survivors, psychological intervention, psychological therapy.

Ello permitió acceder a información actualizada sobre las experiencias nacionales e internacionales que, facilitaron el diseño del programa y sus bases teóricas-metodológicas. Para ello fue preciso el empleo de métodos teóricos y empíricos. Con posterioridad la propuesta diseñada fue evaluada por juicio de especialistas. Finalmente se aplicó la matriz DAFO. A partir de los criterios ofrecidos por los especialistas se procedió a realizar las modificaciones del programa, que facilitaron su posterior implementación.

2.4. Etapa III. Implementación del programa psicoeducativo y su evaluación

Esta etapa tuvo como propósito la implementación y evaluación del programa. El diseño del cuasi-experimento quedó conformado por tres fases, tal y como se muestra en la figura siguiente.

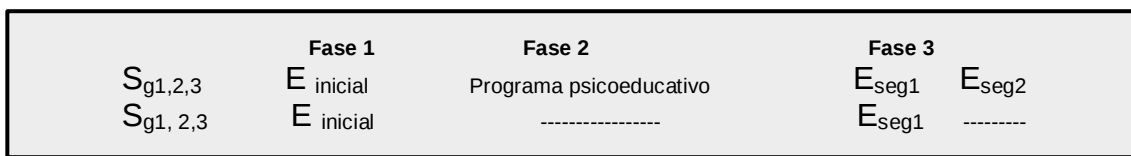


Figura 1. Diseño del cuasi-experimento

Fuente: Grau, Correa y Rojas (2004). Leyenda: Evaluación inicial ($E_{inicial}$), evaluación de seguimiento al mes (E_{seg1}) y a los tres meses (E_{seg2}).

Fase 1. Evaluación inicial: tiene como objetivo la evaluación psicológica de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, a partir de la caracterización de las particularidades del afrontamiento a la enfermedad. Se realiza dos semanas antes de comenzar la experiencia grupal y se destinaron dos sesiones de trabajo. Una vez finalizada la recogida de los datos y su procesamiento, se inició el trabajo para la conformación de los grupos de estudio con vistas a la implementación del programa.

Selección de la muestra

Se recibió la respuesta afirmativa de 98 mujeres que participaron en la primera etapa. En la Figura 2 (anexo 20) se muestran los pasos para la conformación de la muestra, tras aplicar los nuevos criterios de inclusión, exclusión y salida de la tercera etapa del estudio.

Criterios de inclusión

- Haber participado en la primera etapa y cumplen con los criterios de selección establecidos.
- Posibilidades de participar en el trabajo grupal.

Criterios de salida

- Deseo manifiesto de abandonar el estudio.
- Debut de alguna alteración psicopatológica.

Finalmente, la muestra quedó conformada por 60 participantes, luego de aplicar los criterios antes descritos y lograr el consentimiento informado (anexo 21). Es válido señalar que las pacientes que declinaron la invitación (38) adujeron dificultades como: lejanía (18 %), responsabilidad en el cuidado de otras personas que les impedía moverse con tanta frecuencia de sus viviendas (32 %), edad (25 %) y dificultades para

la movilidad que las hacían dependientes de otras personas (25 %). Aquellas que solicitaron ayuda fueron atendidas, además se le entregó a la totalidad de las mujeres, los materiales educativos contenidos en el programa. Mientras que las que aceptaron a participar en el cuasi-experimento fueron asignadas a los grupos de manera intencional casual, de acuerdo a las unidades de atención primaria de procedencia involucradas en el estudio.

Grupo de Estudio (GE): conformado por 30 pacientes. La implementación del programa psicoeducativo se realizó en 3 sub-grupos de 10 pacientes cada uno y la misma cantidad de cuasi-experimentos.

Grupo Testigo (GT): integrado por 30 pacientes, a los que no se les aplica tratamiento entre el período pre y post evaluación, pero con posterioridad son sometidos al tratamiento por lo que se mantienen motivados y se superan las limitaciones éticas descritas al grupo control (Fernández-Ballesteros, 1996). Por su esencia, constituyen un grupo de control natural. También fueron divididos en 3 subgrupos, 10 pacientes respectivamente.

En las tablas siguientes se muestran datos sobre las particularidades sociodemográficas y clínicas de los grupos muestrales.

Tabla 4. Distribución muestral según el estado civil

Estado Civil	Grupo de estudio			Grupo Testigo			Total
	GE ₁	GE ₂	GE ₃	GT ₁	GT ₂	GT ₃	
Casadas	8	7	6	7	6	6	40
Divorciadas	2	3	4	3	4	4	20
Total	10	10	10	10	10	10	60

Fuente: entrevista psicológica y revisión de historias clínicas

Tabla 5. Distribución muestral según el nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Grupo de estudio			Grupo Testigo			Total
	GE ₁	GE ₂	GE ₃	GT ₁	GT ₂	GT ₃	
Secundaria	4	5	3	5	5	4	26
Preuniversitario	5	4	6	4	4	5	28
Universitario	1	1	1	1	1	1	6
Total	10	10	10	10	10	10	60

Fuente: entrevista psicológica y revisión de historias clínicas

Tabla 6. Distribución muestral según el vínculo laboral

Vínculo laboral	Grupo de estudio			Grupo Testigo			Total
	GE ₁	GE ₂	GE ₃	GT ₁	GT ₂	GT ₃	
Trabajadora	2	2	1	2	2	2	11
Jubilada	8	8	9	8	8	8	49
Total	10	10	10	10	10	10	60

Fuente: entrevista psicológica y revisión de historias clínicas

Tabla 7. Distribución muestral según el estadio de la enfermedad

Estadio de la enfermedad	Grupo de estudio			Grupo Testigo			Total
	GE ₁	GE ₂	GE ₃	GT ₁	GT ₂	GT ₃	
Estadio I	5	5	5	5	5	5	30
Estadio II	5	5	5	5	5	5	30
Total	10	10	10	10	10	10	60

Fuente: entrevista psicológica y revisión de historias clínicas

Tabla 8. Distribución muestral según el tipo de cirugía

Tipo de cirugía	Grupo de estudio			Grupo Testigo			Total
	GE ₁	GE ₂	GE ₃	GT ₁	GT ₂	GT ₃	
Conservadora	2	2	2	2	2	1	11
Radical	8	8	8	8	8	9	49
Total	10	10	10	10	10	10	60

Fuente: entrevista psicológica y revisión de historias clínicas

Tabla 9. Distribución muestral según el tratamiento recibido

Tratamiento recibido	Grupo de estudio			Grupo Testigo			Total
	GE ₁	GE ₂	GE ₃	GT ₁	GT ₂	GT ₃	
Quimioterapia	6	5	5	5	6	6	32
Radioterapia	4	5	5	5	4	4	28
Total	10	10	10	10	10	10	60

Fuente: entrevista psicológica y revisión de historias clínicas

Definición y operacionalización de variables

Variable independiente

Programa psicoeducativo: sistema de acciones psicoeducativas dirigidas a promover el afrontamiento activo cuyo diseño lógico metodológico, se orienta a favorecer el autocuidado, estimular el control percibido, diversificar las estrategias de afrontamiento funcionales y promover el bienestar emocional.

Variable dependiente

Afrontamiento activo a la enfermedad: la mujer con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, cuida adecuadamente su salud (expresado en la incorporación de estilos de vida saludables y conocimientos sobre la enfermedad y los cuidados de la

enfermedad), con adecuadas creencias de control (expresado en seguridad, confianza y dominio del proceso para afrontar favorablemente su enfermedad) y estrategias predominantemente funcionales (emplea estrategias de afrontamiento flexibles y funcionales dirigidas a transformar su realidad y su forma de pensar, sentir) que favorecen las emociones placenteras y la realización de sus necesidades y metas. Son indicadores de expresión:

Autocuidado: prácticas cotidianas desarrolladas por las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, orientadas a cuidar, fortalecer o restablecer su salud y prevenir la enfermedad.

- Adecuado: se expresa en niveles altos de conocimiento sobre la enfermedad y de los cuidados durante esta etapa, en la práctica de estilos de vida saludable, adaptables a su situación de vida, que generan beneficios a su bienestar.
- Parcialmente adecuado: se expresa en niveles medios de conocimiento de la enfermedad y los cuidados durante esta etapa, la práctica de estilos de vida saludable se realiza ocasionalmente, limitando los beneficios para la salud.
- Inadecuado: se expresa en bajos niveles de conocimiento de la enfermedad y los cuidados durante esta etapa, la práctica de estilos de vida saludables es casi nula, constituyéndose en factores de riesgo para la salud.

Control percibido: creencia de seguridad de la mujer con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, de que sus acciones le permitirán responder favorablemente a las demandas psicológicas asociadas a su enfermedad así como el dominio del proceso para lograrlo.

- Adecuado: adecuada creencia de control para afrontar favorablemente la enfermedad.
- Parcialmente adecuado: ocasionalmente cree que tiene un nivel de control para afrontar situaciones de baja complejidad.
- Inadecuado: creencia errónea del grado de control sobre las situaciones estresantes (exceso o defecto).

Estrategias de afrontamiento: acciones desplegadas por la mujer con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, que involucran componentes cognitivos, conductuales y emocionales con el objetivo de responder a las situaciones estresantes asociadas a su enfermedad. Pueden ser:

- Estrategias de afrontamiento funcionales: estrategias desplegadas de modo flexible y activo, orientadas a modificar el medio y cambiar la manera de sentir y pensar, adecuadas a las demandas psicológicas de la enfermedad, las necesidades presentes y metas, sin que implique desajuste emocional.
- Estrategias de afrontamiento parcialmente funcionales: despliega estrategias que combinan formas funcionales que se caracterizan por ser activas, flexibles y contextualizadas, orientadas a modificar el medio y cambiar el modo de sentir, pensar y actuar, con formas evitativas que no se dirigen a transformar la situación y que ocasionalmente no permiten modular las emociones displacenteras, de acuerdo a los requerimientos de las demandas psicológicas asociadas a la enfermedad, las necesidades presentes y metas.
- Estrategias de afrontamiento disfuncionales: emplean fundamentalmente estrategias de evitación de modo rígido, que no facilitan cambiar la situación, ni la forma de pensar o sentir, por lo que frecuentemente no permiten modular las emociones displacenteras de acuerdo a los requerimientos de las demandas psicológicas asociadas a su enfermedad, las necesidades presentes y metas, predominando una respuesta emocional poco contextualizada y desajustada.

Bienestar emocional: predominan en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad emociones placenteras que facilitan la realización de las principales necesidades y metas, relacionadas con las áreas de mayor significación para el sujeto.

El bienestar emocional se clasifica en:

- Alto: predominan en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, emociones placenteras que mantienen su funcionalidad y adaptabilidad para la realización de sus necesidades y metas.
- Medio: se combinan en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, emociones placenteras funcionales, contextualizadas con emociones displacenteras que ocasionalmente obstaculizan la realización de sus necesidades y metas.
- Bajo: predominan en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, emociones displacenteras, poco contextualizadas y disfuncionales que afectan la realización de sus necesidades y metas. Se acompañan de intranquilidad, inseguridad, falta de confianza y pesimismo.

Variables intervinientes: circunstancias externas que pueden influir en el resultado de la intervención, por lo que debe garantizarse que no varíen durante el estudio; aunque no fueron manipuladas por los investigadores sí resultaron controladas a través de la observación, el registro de las sesiones, considerándose en el caso que lo amerite que pueda salir de la intervención y recibir ayuda individual.

- Variables médicas: aparición de metástasis y/o alteraciones psicopatológicas, limitaciones físicas derivadas de la enfermedad, tiempo de supervivencia.
- Investigador: se conoce que las características personales y la motivación del investigador hacia el estudio pueden interferir en los resultados de la investigación (Martin, 2008). El control se realizó asignando siempre más de un investigador por grupo. De este modo, el investigador se mantuvo como facilitador en dos de los subgrupos, mientras que uno fue coordinado por un profesional con más de 15 años de experiencia profesional. Todos cumplieron las siguientes características: Licenciado o Master en Psicología y haber recibido entrenamiento previo a la intervención.
- Eventos vitales: eventos o experiencias de gran significación en la vida de las personas, como divorcios, duelos.

Descripción de las técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica semiestructurada. Fue diseñada para la investigación con el objetivo de profundizar en los indicadores del afrontamiento a la enfermedad (anexo 3 del Manual del programa). Su calificación se realiza a través del análisis cualitativo de las respuestas del sujeto, las cuales son expresadas en análisis de frecuencia.

- **Cuestionario de Modos de Afrontamiento.**
- **Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS).**
- **Observación participante.**

Cuestionario sobre Autocuidado a mujeres con cáncer de mama. Cuestionario adaptado para los fines de la investigación pues no se cuenta con referentes en el contexto nacional sobre instrumentos similares (Anexo 2 del Manual del Programa). Para ello, se tomó la versión original del cuestionario CAESCAM construido y validado por Mariscal en España (Mariscal, 2007). El cuestionario propuesto evalúa conocimiento sobre autocuidado y prácticas de autocuidado. Consta de 24 ítems divididos en dos

sub-escalas, las puntuaciones de la primera escala abarcan de 1 (Muy bajo) a 5 (Muy alto) y 1 (Nunca) a 5 (Siempre). El alpha de cronbach fue de 0,81, lo que avala sus excelentes propiedades psicométricas.

La sumatoria total de los ítems se calcula a través de un índice de medias y se establecen los niveles del autocuidado de acuerdo a los siguientes indicadores:

- 0,25-0,50: Autocuidado inadecuado.
- 0,50-0,75 Autocuidado parcialmente adecuado.
- 0,75-1: Autocuidado adecuado.

Fase 2. Implementación del Programa psicoeducativo: tiene como objetivo implementar el programa, evaluar el progreso, eficacia y efectividad de la intervención. El trabajo grupal del programa está concebido en un total de 8 sesiones, de una frecuencia semanal con una duración de 90 y 120 minutos aproximadamente. Se lleva a cabo en las salas de rehabilitación de cada policlínico en un horario previamente consensuados con las mujeres, los locales cuentan con condiciones de iluminación, ventilación y privacidad necesarias.

La evaluación de progreso constituye un momento esencial en esta etapa, condición técnica y ética de toda intervención psicológica, pues permite conocer sistemáticamente la evolución que se produce en las personas y corregir a tiempo cualquier dificultad. Asimismo, se fue evaluando el cumplimiento de los objetivos para el programa psicoeducativo tanto a nivel grupal como individual. Todo ello, se realizó de acuerdo a los criterios establecidos en los indicadores contenidos en la ficha evolutiva (anexo 6 del Manual del Programa) y el Termómetro emocional (anexo 12 del Manual del Programa). A lo que se sumaron los criterios obtenidos de la dinámica grupal, los logros individuales en cada caso.

Fase 3. Evaluación de resultados: se lleva a cabo al finalizar la intervención para la evaluación de la efectividad del programa. Para ello se organizaron dos sesiones de trabajo individuales de acuerdo al orden siguiente:

- E_{seg1} concluidos los primeros 30 días del cierre del programa psicoeducativo se deben aplicar las mismas técnicas que fueron aplicadas en la evaluación inicial.
- E_{seg2} : de acuerdo a la importancia que se le otorgan a la estabilidad de los resultados, se realizó una segunda evaluación de seguimiento a los 90 días en el

grupo de estudio, el cual fue comparado contra sí mismo, pues las incluidas en el grupo testigo estaban participando de la experiencia interventiva.

Para este análisis también se tomó en cuenta la auto-evaluación que realiza la mujer de la experiencia y de su aprendizaje, así como la información que cada sujeto ofreció durante el trabajo grupal, para triangular información. Asimismo, se realizó la comparación de los resultados de la evaluación inicial y de seguimiento, antes y después, entre si y al interior de los grupos, de acuerdo a los cambios experimentados en las variables dependientes. También se empleó un cuestionario a usuarios (anexo 7 del Manual del Programa). Todo ello permitió evaluar la efectividad del programa psicoeducativo de acuerdo a los criterios que se establecieron (anexo 9 del Manual del Programa).

Descripción de las técnicas e instrumentos aplicados

Una vez culminada la experiencia interventiva, se procedió la evaluación post-test. Se realizó un mes después de concluido la experiencia interventiva para evitar el “efecto Hawthorne” y se volvieron a aplicar los mismos instrumentos que en la evaluación inicial. Posteriormente a los tres meses se realizó otra evaluación en la que se aplicó una entrevista estructurada.

Entrevista estructurada de seguimiento: estuvo dirigida a comprobar el cumplimiento de la hipótesis de investigación (Anexo 8 del Manual del Programa). Incluyó preguntas para evaluar los cambios percibidos sobre la variable dependiente.

2.5 Procesamiento de los datos

Análisis cuantitativo. Los resultados de los instrumentos de evaluación psicológica aplicadas fueron introducidos en una base de datos y procesados mediante el paquete estadístico "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS), versión 21.0 para Windows. Fue empleada la estadística descriptiva, con análisis de frecuencias, por cientos y un índice de medias. Se utilizaron tablas de frecuencia y de contingencia para comparar las variables estudiadas. Para el análisis de los ítems de cada instrumento, se aplicó unos análisis de consenso basados en criterios de lógica difusa y método de comparación por pares (Crespo, 2009). Para determinar las asociaciones entre las diferentes dimensiones del afrontamiento se aplicaron pruebas de Chi cuadrado, correlación de Pearson, Tau_b de Kendall, V de Cramer y Test exacto de Fischer.

Los datos obtenidos tanto en el pre-test como en el pos-test fueron introducidos en una base de datos y procesados mediante el paquete estadístico SPSS y Minitab-16. Se asumió como criterio para el establecimiento de diferencias significativas $p < .05$. Las comparaciones verticales “V₁” y “V₂” entre el grupo de estudio y el grupo testigo se realizan a través de test estadísticos para muestras independientes mientras que las comparaciones horizontales “H₁” y “H₂” entre cada grupo para determinar la evolución en antes y después se hacen con test estadísticos para muestras pareadas. En las comparaciones verticales se realiza la Prueba t para dos muestras y para las comparaciones horizontales se utiliza la Prueba t para muestras pareadas. Este procesamiento se replica para los grupos conformados que participaron en el cuasi experimento. Para ello se trabajó con hipótesis nula.

Hipótesis estadística

H₀: No existen diferencias significativas en el grupo de estudio y grupo testigo en cuanto al comportamiento del afrontamiento activo a la enfermedad una vez implementado el programa psicoeducativo.

H₁: Existen diferencias significativas en el grupo de estudio y grupo testigo en cuanto al comportamiento del afrontamiento activo a la enfermedad una vez implementado el programa psicoeducativo.

Análisis cualitativos. El análisis cualitativo fundamentalmente a través de la triangulación teórica, de fuentes, metodológica, temporal y de datos. Se empleó además el análisis semántico de las verbalizaciones de los participantes a través del análisis con matrices. Para el caso particular del programa se toman en consideración los datos registrados manualmente en cada una de las sesiones de trabajo de cada uno de los pacientes y de las producciones grupales y se analizan mediante procedimiento de categorización y codificación a partir de los indicadores estudiados.

2.6. Aspectos éticos de la investigación

La investigación se realizó respetando los principios éticos de las ciencias psicológicas y de la salud así como de la Declaración de Helsinki, garantizándose la confidencialidad de las informaciones expresadas por las participantes durante todo el proceso de investigación. Para ello se contó con dos consentimiento informados una para el diagnóstico y otro para la intervención donde se explican las regularidades de la

investigación, así como la declaración voluntaria que deben hacer las pacientes para acceder a la investigación. Asimismo, fue solicitada la autorización a las instituciones de salud donde se desarrolló la investigación y el consentimiento verbal a los profesionales que participaron en el estudio.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se presentan en este capítulo han sido organizados de acuerdo a las etapas declaradas para la investigación y sus tareas científicas correspondientes.

3.1. Etapa 1. Diagnóstico de necesidades

Para cumplir con este propósito, se llevaron a cabo un grupo de tareas científicas que permitieron obtener los resultados que a continuación se exponen.

Particularidades de la atención psicológica a la mujer con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad

La entrevista semiestructurada a decisores de salud en ambos municipios (anexo 2), permitió conocer que el Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC) es coordinado y adscrito a la Vicedirección de Asistencia Médica. Los coordinadores proyectan, orientan y controlan las acciones previstas contenidas en un documento normativo que pauta las funciones de los profesionales que interactúan con el paciente con cáncer en la APS. Cada área de salud cuenta con un coordinador, médico especialista en Medicina General Integral.

Los entrevistados coinciden (100 %) en que lo prioritario es el seguimiento a la condición biomédica, a través de las consultas de pacientes crónicos cada seis meses. Actualmente, las áreas de salud no tienen dispensarizada la población de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, lo que dificulta y obstaculiza las acciones profesionales para ofrecer cuidados continuos a estas personas.

De igual manera, la mayoría refiere que las investigaciones desarrolladas en la APS que involucran al paciente con cáncer son insuficientes, siendo más limitada aun, la introducción de resultados a la práctica asistencial. Asimismo, la atención psicológica, no es suficiente, al no existir un protocolo que garantice su sistematicidad, desconociéndose las necesidades de estas mujeres. Dentro de las causas, la totalidad aluden carencias materiales, de tiempo y habilidades. Asimismo, consideran que a los profesionales de la APS les falta preparación para asumir la atención a las pacientes en intervalo libre de enfermedad, aunque reconocen como un salto necesario la institucionalización de la atención psicológica. Sugieren para futuras intervenciones tomar en consideración esta realidad para adecuar las acciones.

Con la finalidad de conocer desde la perspectiva de los futuros usuarios del programa, aspectos relacionados con la calidad de la atención a los pacientes oncológicos en los servicios de psicología en la APS, fue aplicada una encuesta sobre juicio de especialistas (anexo 3). Los resultados obtenidos permiten identificar que en los policlínicos no se realizan acciones de seguimiento psicológico a las mujeres con cáncer de mama (100 %), es por ello que evalúan el trabajo del psicólogo en esta dirección como inadecuado.

Al profundizar en las causas se observa gran dispersión en las respuestas: falta de experiencia profesional en el tratamiento de estas pacientes, no dominan las particularidades de la intervención psicológica en pacientes con cáncer tanto en el orden teórico como práctico además no se les exige por parte de los directivos coincidiendo todos en un 88 %. Mientras que el 75 % refiere limitaciones de recursos materiales. Mientras que el 63 % concluyen respectivamente que no está incluido dentro del contenido de su puesto laboral a no ser que la persona solicite ayuda, lo consideran muy engorroso y que consume mucho tiempo, del que no disponen.

La totalidad de los psicólogos reconocen la relación entre afrontamiento a la enfermedad y calidad de vida, para contribuir al control de la enfermedad. A pesar, de las limitaciones señaladas los profesionales valoran como muy útil la propuesta de un programa psicoeducativo como guía metodológica para su labor asistencial (100 %). En cuanto a las características que debería reunir este Programa para garantizar su aplicación, coincidieron (100 %), que debía ser breve y de aplicación grupal en función de optimizar el tiempo con la inclusión mínima de recursos materiales atendiendo a las limitaciones económicas, aunque piensan que los materiales educativos se pueden utilizar tanto en el programa como en salones de espera de consultorios y policlínicos. La totalidad de los encuestados sugirieron recibir capacitación previa sobre Psicooncología, intervención psicológica en sobrevivientes, así como sobre las técnicas más empleadas en su tratamiento.

Resumen de los documentos oficiales revisados

A partir de la revisión de las bases de datos en los policlínicos, se constató que tanto en el municipio de Cifuentes como en Santa Clara, no están actualizadas las estadísticas de la población, basándose en estimados generales. En el Hospital Provincial “Celestino Hernández Robau”, se cuenta con un registro provincial, a partir del cual se obtuvo un

estimado en ambos municipios (312 pacientes), coincidiendo con los aportados por el Registro provincial.

Se tuvo acceso además al Registro Nacional del Cáncer, que permitió identificar que en el país durante el 2011 la tasa de morbilidad ajustada fue de 57,6, para mujeres mayores de 15 años. Mientras que la mortalidad ocupó el segundo lugar, después de pulmón. En ese año están registrados 1 386 fallecidos para una tasa x 100,000 habitantes de 24,7. En incidencia, la mama está en primer lugar entre todos los cánceres de la mujer, con 2 559 casos y una tasa de 45,6 (MINSAP, 2011). De igual manera, la prestigiosa revista británica *The Lancet* publicó un estudio, a partir de datos recogidos de los registros nacionales durante 14 años y estimó la sobrevida para el cáncer de mama en un 77 % (Allemani et al., 2014).

El análisis del PICC, específicamente el subprograma del control del cáncer de mama, contempla dentro de sus prioridades contribuir al seguimiento de las mujeres con cáncer de mama, pero no incluye la atención psicológica a las que están en intervalo libre de enfermedad, en las áreas de salud. Mientras que el Manual de Organización en los Policlínicos, en el apartado correspondiente a la Estructura Orgánica: Atención Integral al paciente con cáncer, se identificó que en la APS están establecidos un sistema de procedimientos que garantizan los cuidados de los pacientes oncológicos, que incluye dispensarización, cuidados continuos, el seguimiento psicosocial, sin embargo no especifica ningún tipo de acción dirigida a estas mujeres.

Todo ello permite afirmar que en el nivel de atención primaria de salud, aun cuando está establecido desde lo normativo la atención a las mujeres con cáncer de mama, no existe un plan de cuidados integrales que incluya la atención psicológica a las que transitan por un intervalo libre de enfermedad. Además, se evidencian fallas institucionales en la preparación de sus especialistas así como actitudes de algunos profesionales que limitan el alcance de las acciones a desarrollar aun cuando la enfermedad, ocupa el primer lugar a nivel nacional. Ello, se convierte en una oportunidad y necesidad que tributa a la pertinencia y novedad del programa.

Es válido señalar, que esta realidad no es exclusiva de Cuba. Numerosas investigaciones internacionales han reportado experiencias similares, pues a pesar de los avances logrados en controlar la progresión de la enfermedad, sigue siendo un tema pendiente para los sistemas sanitarios, conocer en detalle las necesidades de estas

personas y establecer las vías más efectivas para ofrecer una atención integral (Doll et al., 2012; Howell et al., 2011; McCabe et al., 2013; McEwen et al., 2013). En ese sentido, es necesario contar con mayor evidencia científica sobre sus principales problemas para prevenirlos o atenuarlos (Richardson et al., 2011; Vivar, 2012).

Diagnóstico de las particularidades del afrontamiento a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad

Los resultados de las pruebas psicológicas se realizaron teniendo en cuenta la integración de los instrumentos con vistas a lograr la triangulación de la información obtenida. Al indagarse a través de la entrevista psicológica sobre el conocimiento de los cuidados durante la sobrevida, la totalidad de las pacientes refieren que actualmente no reciben ningún tratamiento para su condición y el seguimiento se les hace en la atención secundaria, una vez al año.

En relación a este particular, resultó interesante que el 76 % asiste sistemáticamente a las consultas, el 22 % ha dejado de asistir una vez en los últimos cinco años, mientras que dos (2 %) dejaron de asistir y perdieron todo contacto con su médico. Al profundizar en las causas, se identificó que el miedo a la recurrencia y las malas noticias, inciden en el abandono a las consultas de seguimiento en este grupo de mujeres. Lo anterior coincide con otros estudios que lo reportan como una vivencia común entre las sobrevivientes y ha sido asociado con que la cercanía de las consultas de seguimiento puede exacerbarlo (Gibson et al., 2014; Gill, Mishel, & Belyea, 2004; Koch, Jansen, Brenner, & Arndt, 2013; Mehnert et al., 2009). En ese sentido puede apreciarse en la frase de OQ quien dice: *“...todavía me pongo muy nerviosa cuando voy al hospital, recuerdo la primera vez, me da miedo solo imaginar que puede volver”*.

Contrario a las que expresan abiertamente sus temores, otras se muestran evasivas así *IR expresa: “...me he descuidado, incluso tengo otras enfermedades, pero a veces prefiero pensar que el riesgo terminó, tengo muchas cosas de las que ocuparme”*. Ello repercute en que no reconozcan el riesgo que aun representa la enfermedad, lo que también ha sido identificado como causa del abandono a los controles de seguimiento (Costanzo et al., 2011; Kern de Castro & Moro, 2012).

En relación al cuidado de su salud, el 56 % manifestó que conocen algunas medidas preventivas (autoexamen de mama, identificación de síntomas de alarma, hábitos

tóxicos, peso corporal) pero que no las ponen en práctica con muy baja frecuencia, el 24 % los conoce y los pone en práctica ocasionalmente; mientras que el 20 % no los conoce. En ese sentido, las principales dificultades se relacionan con necesidades de descanso (58 %), la realización de ejercicios físicos (51 %), la alimentación y el cuidado de la zona afectada (42 %), respectivamente.

Las vías por las que han obtenido información para su cuidado, el 71 % manifiestan carencias en ese sentido, el 12 % señala la televisión, mientras el resto la ha obtenido cuando asiste a las consultas en el hospital. El restante 17 % que ha recibido información, identifica como vías, otras personas en situación similar, un familiar e internet.

De lo anterior se infieren necesidades de información que inciden en el autocuidado, en ese sentido FC dijo: *“...me cuido según lo que creo, al principio nos explicaron algunas cosas, no hago mucho, a veces no sé qué hacer para estar bien”*; *“...el tiempo entre una y otra consulta es muy largo, uno tiene dudas, no hay a quien preguntarle, eso ha sido lo más difícil”*. Esto es consistente con otros estudios, que han identificado que el dominio de información ha sido el más afectado (Woo & Yeon, 2012). Además, la baja disponibilidad de servicios que garanticen la atención entre consultas que bien pudieran suplirse desde la APS, también repercuten negativamente (Lam et al., 2011; Vilstrup et al., 2012).

De igual manera, se evidencia el impacto de las carencias económicas en el autocuidado, coincidiendo con otras investigaciones (Ganz et al., 2002). En ese sentido, GR expresa: *“...sé que no puedo comer muchas cosas, y tratar de comer más cosas naturales como viandas y frutas, pero el poder adquisitivo no da para eso”* por su parte ZT expresa: *“...quisiera que se nos aconsejara sobre qué puedo hacer para comer mejor”*. En ese orden, adecuar su dieta a las condiciones de vida y por otra, la información para incorporarlo a su estilo de vida son necesarios, lo cual ha sido precisado por otros autores (Absolom et al., 2009; Arrighi, Jovell, Navarro, & Font, 2014; Pauwels et al., 2013).

Las actividades más frecuentes en su tiempo libre, se orientan a la práctica y asistencia a actividades religiosas (39 %), pasar tiempo con su familia (21 %), ver televisión en sus ratos libres (20 %), leer (9 %), mientras que el resto no realiza ninguna actividad de manera intencional y planificada. Lo anterior denota que, aunque son reducidas las

actividades en las que las mujeres se implican, la religiosidad, el área familiar y las actividades de ocio, constituyen contextos de significación para el sujeto. A su vez, tal y como han señalado otros estudios (Rodríguez, 2006; Vespa, Jacobsen, Spazzafumo, & Balducci, 2011) la espiritualidad se convierte en una fuente de fortaleza y recurso salutogénico para afrontar la enfermedad.

Unido a lo anterior, la práctica de ejercicios físicos también es muy reducida (8 %), el resto no lo realiza al menos propositivamente. En ese sentido GR expresa: “...*no tengo tiempo para ir a ningún lugar a hacer ese tipo de cosas*”, otra paciente MD expresó: “...*cuando terminé el tratamiento me preocupaba por hacerlo, ahora no tanto*”, nuevamente las necesidades de información aparecen, RP dijo: “...*tampoco sé qué ejercicios pueda hacer, quizás si me explican hasta en la casa logre hacerlo*”.

Esto coincide con varios estudios que han reportado una tendencia a la disminución de la práctica de ejercicios físicos durante la sobrevida (Bishop et al., 2010; Bodai & Tusso, 2015; Parkin et al., 2011). En este caso, su frecuencia es inferior a lo reportado en otros estudios (22 %), mientras que coincide en que un número importante de pacientes (¾ partes) no conocen las recomendaciones sobre la actividad física durante esta etapa (Bellizzi, Rowland, & Jeffery, 2005; Duijts et al., 2011). Ello denota carencias en la educación y/o comprensión de cuestiones relacionadas con esta etapa de la enfermedad, por lo que resulta imprescindible acciones en ese sentido.

En cuanto al descanso y necesidades de sueño se expresan gran variedad de comportamientos, el insomnio (38 %) aparece como un síntoma bastante común. En ese sentido LC dijo: “...*a veces me entran por lo noche tremendos desvelos, me pongo a pensar y ahí mismo no duermo más*”, mientras que MD expresa: “*con todas las dificultades que uno tiene, no tengo tiempo para descansar*”; PG refiere: “...*casi todos los días tomo Alprazolam para dormir de lo contrario no lo lograría*”.

Varios estudios señalan que las dificultades en el sueño, son frecuentes en estas pacientes (Harrington et al., 2010; Klein et al., 2011). Además, el consumo de fármacos como solución, denota carencias en las habilidades para el manejo de este problema, hallazgos similares se han identificado en mujeres españolas (Merino, 2012). Es por ello, que el autocuidado se manifiesta de modo parcial. Especial atención merece, la disminución de prácticas de autocuidado y la falta de sistematicidad o abandono de los

controles médicos, así como que algunas no reconocen el riesgo que representan estas dificultades para la enfermedad.

Predomina el significado de la enfermedad como amenaza (55 %), específicamente para su bienestar y proyectos personales, en ese sentido varias frases así lo manifiestan: ON: *“...lo más duro no fue la noticia sino tener que vivir con la incertidumbre de lo que pueda pasar”*; DD: *“...yo quisiera hacer muchas cosas todavía, pero a veces no sé si podré lograrlas porque con esta enfermedad no se pueden hacer muchas predicciones, puede haber sorpresas en cualquier momento”*.

Muy asociado a estos significados, las creencias de control se expresan de manera parcial, en tanto el 55 % refirió que ocasionalmente se sienten capaces de enfrentar las situaciones estresantes asociadas a la enfermedad. En ese sentido, LE expresa: *“trato de hacer muchas cosas para no pensar, para no sentirme mal, unas veces funciona otras no tanto”*; ZT: *“...siento que puedo con todo, entonces entre mi casa, mi familia (...) no doy abasto y encima me siento mal porque quiero cuidar de todos”*. A partir de esto, se identifican también dificultades en los procesos valorativos, que no le permiten adecuar expectativas, limitaciones y potencialidades para afrontar favorablemente, aspecto este que ha sido constatado en otros estudios (Montiel, 2009).

Las mujeres, se enfrentan a una enfermedad cuyo curso no pueden predecir con altos niveles de incertidumbre. Asimismo, las limitaciones derivadas de la enfermedad, su repercusión en su desempeño cotidiano y la indefinición de intereses propios (centrados en la posibilidad de ayudar, apoyar o cuidar de su familia como motivación más importante), se expresan como una contradicción generadora de malestar que no le permiten resignificar su situación y desarrollar recursos para afrontar su realidad.

En otro orden, el 25 % evalúa la enfermedad como pérdida. En relación a esto DR plantea: *“...esta enfermedad ha acabado conmigo, me limita para todo”*, CP: *“...han pasado los años y todavía es difícil hablar de lo que pasé, de lo que sufrí, nada ha sido igual después de la enfermedad”*; RP: *“...con esto no se sabe, hoy estás bien y mañana sabrá dios, no creo que pueda hacer mucho por cambiar el curso de las cosas”*. En ese orden, el control percibido se manifiesta en niveles inadecuados en tanto la evaluación de la enfermedad, está centrada en la disrupción para su vida y las pérdidas ocasionadas en un tiempo pasado, generando vivencias de malestar.

Además, al profundizar en las causas, la atribución del control radica en factores externos como la “suerte”, el “destino”, el “azar”, representando la enfermedad una situación de bajo control, en tanto lo que puede hacer o no para mejorar su curso no dependen de ellas, percibiéndose a sí mismas desde un rol pasivo. Lo anterior denota carencias en los recursos individuales, aumentando la vulnerabilidad ante la enfermedad de acuerdo a varios autores (Báñez, 2002; Fernández & Edo, 1994; Hagger, 2015).

De especial relevancia resulta que el 25 % evalúa la enfermedad como reto, en ese sentido se constata que el reordenamiento de prioridades, la motivación para superar la amenaza que representa la enfermedad, la esperanza y el apego a la vida, se expresan en la búsqueda de beneficios como variable salutogénica, coincidiendo así con otros estudios (Burke & Sabiston, 2012; Campos-Ríos, 2013; Stanton et al., 2006). Varias frases así lo expresan: AP: *“...yo siempre me dije que esto había que vencerlo y salir adelante, por mí, por mis hijos y por todas las cosas buenas”*; RA refiere: *“...después de la enfermedad decidí dejar a mi esposo, las cosas ya iban mal, pero saber que podía morir sin ser feliz me hizo tomar la mejor decisión de mi vida.*

A ello se suma, el papel de las creencias religiosas para adecuar el control percibido, en ese sentido la frase de FC lo denota: *“me he podido mantener bien, no sé por qué, quizás por la fe en Dios”*. Por lo que se convierte en un recurso para afrontar la enfermedad de acuerdo con otros estudios (Costanzo et al., 2011; Neipp et al., 2007).

Al indagar sobre las principales fuentes de estrés tanto en la entrevista como en el grupo focal de sesión única (véase matrices anexo 22), se constató que la enfermedad, las situaciones cotidianas y el temor a la recurrencia son las más frecuentes en estas mujeres, tal y como se muestra en el gráfico siguiente.

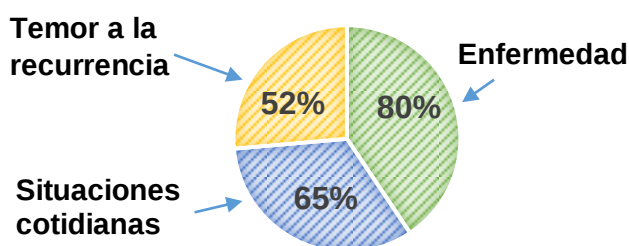


Gráfico 1. Principales fuentes de estrés
Fuente: entrevista psicológica y grupo focal

En relación a la enfermedad, su connotación estresante se expresa en las limitaciones físicas (pérdida de la visión, sobrepeso, linfedema, dolor, dificultades en la memoria a corto plazo) y la aparición de comorbilidades (diabetes e hipertensión), en ese sentido la frase de MD lo ilustra: “...los medicamentos me hicieron daño para la circulación, el Tamoxifeno me provocó un trombo, hice alergia al nitrato de plata y tuve problemas en el estómago”.

Además, el daño a la imagen corporal, aunque se expresa en menor medida también se asocia a la situación de enfermedad, tal y como se constató en la sesión de grupo focal (véase anexo 22). Varios estudios coinciden en que estas mujeres perciben su imagen corporal como dañada, resultando en vergüenza, un deseo de esconder sus cuerpos y evitar relaciones íntimas, por lo que a pesar de que en la mayoría de los casos han trascendido varios años después del diagnóstico, esta sigue siendo también un importante estresor a afrontar (Bober & Varela, 2012; Izquierdo, Torres, González, & Jáuregui, 2007).

Mientras que su repercusión en las situaciones cotidianas se identifica como otra fuente de estrés que afecta a la mayoría de las mujeres, en especial las actividades del hogar que se asocian a “bienestar”, “realización” y “refugio, al no poder realizarlas como desean y ofrecer apoyo a su familia, les genera vivencias de malestar, según ellas, “sentimientos de inutilidad y tristeza”, así lo reflejan: FP expresa: “...a veces creo que soy una carga para mi hijo”.

Por su parte LC expresa además cómo repercuten en su desempeño cotidiano: “...aquí todos trabajan, yo soy la que me quedo todo el día en la casa y tengo que hacerlo todo porque si no ¿quién lo va a hacer? muchas veces me duele (la mano) porque hago mucho esfuerzo, casi siempre tengo que cepillar la ropa sé que no puedo hacerlo pero es necesario porque el niño ensucia mucho”. Estos resultados coinciden con otros reportes, que han evidenciado que los problemas físicos son una experiencia estresante que afectan considerablemente la calidad de vida de estas mujeres (Ahn et al., 2007; Castro, 2013; Koch, Jansen, Herrmann, et al., 2013; Tomich & Hegelson, 2002).

En relación a esta última, las necesidades económicas inciden y aumentan la vulnerabilidad individual, siendo también un estresor importante. En ese sentido, AG expresa: “me preocupa mucho la situación económica que tenemos, mi jubilación apenas alcanza y en comprar medicamentos se va la mitad”; MC expresa: “...a mí me

tocó muy joven, dejé de trabajar, dependo económicamente de mi esposo estamos muy limitados". Numerosos estudios, han reportado que la pérdida de la capacidad financiera tiene un impacto negativo para el bienestar (Hsu, Ennis, Hood, Graham, & Goodwin, 2013; Tessier et al., 2012).

Un resultado interesante, es que un número significativo asume el rol de cuidador (45 %) tanto de personas mayores dependientes como niños, en ese sentido LB expresa: *"...tengo que hacer mis cosas y las de mi hermana, que es mayor que yo, pero ella sola no puede, no puedo faltarle porque ella no tiene a más nadie"*, además IR dijo: *"...más que por mí misma, yo me preocupo por la familia, que será de ellos, qué pasará con mi nieta chiquita que vive conmigo"*. Sin lugar a dudas esto representa una sobrecarga que pone en peligro la salud, tal y como precisa (Núñez, 2012).

Precisamente por el impacto que tienen dichas limitaciones en la vida cotidiana, requieren un ajuste de la mujer a estas circunstancias y en tanto no se logre, serán fuente de preocupación y malestar. Además, los significados atribuidos (amenaza y pérdida) limitan la búsqueda de beneficios durante la experiencia de sobrevida. El temor a la recurrencia aparece como un estresor crónico, tal y como han señalado otros estudios (Simard, Savard, & Ivers, 2010; Waters, Liu, Schootman, & Jeffe, 2013). Por otro lado, la evaluación médica y la asistencia a las consultas de seguimiento lo exacerban, lo que también constituye fuente de preocupación.

En cuanto al bienestar emocional, las pacientes expresaron vivencias emocionales desagradables, dentro de las cuales la tristeza (50 %) mostró mayores niveles, seguida de la ansiedad (40 %) y en menor medida ira (10 %).

Por otra parte, las pruebas psicológicas aplicadas también arrojaron resultados similares. En ese sentido, el Test de Zung y Conde (Anexo 10), permitió identificar que predomina la distimia depresiva (54 %) seguida de síntomas situacionales depresivos (43 %) y en menor medida severa distimia depresiva (3 %). Los ítems que mayores puntuaciones obtuvieron fueron: *"me cuesta trabajo dormir o duermo mal por las noches"* y *"me siento triste y deprimido"*.

Es oportuno señalar que las cifras reportadas superan a los de investigaciones similares llevadas a cabo en otros países, por lo que resulta de gran utilidad y de referente para la población cubana (Ashing-Giwa, Rosales, Lai, & Weitzel, 2013; García-Torres & Alós,

2013; Popoola & Adewuya, 2012; Reyes-Gibby, Anderson, Morrow, Shete, & Hassan, 2012).

Al evaluar la ansiedad con el IDARE (Anexo 6), se constató que predominan los niveles medios tal y como se muestran en el gráfico 2. Resultados similares han sido reportados en otras investigaciones (Mitchell et al., 2013; Vahdaninia et al., 2010). El análisis al interior de los ítems se constató que aquellas que se encontraron en niveles medios, seguido de bajo, en relación a este la media se comportó cercano a niveles medios ($m=28.6$) y en menor medida altos. La mayoría de las mujeres reportaron sentirse: *“alteradas”*, *“tensas”*, *“ansiosa”*, *“nerviosa”*, *“preocupada”*, para mayor información (véase anexo 23).

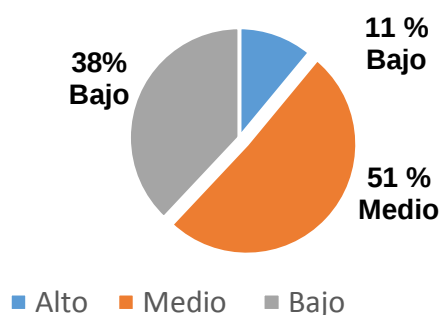


Gráfico 2. Niveles de ansiedad
Fuente: IDARE

En otro orden, a partir del STAXI-2 (Anexo 12), se constató que, a diferencia de las emociones anteriores, la ira se comporta en niveles muy bajos (90 %) en correspondencia con sus sub-escalas de estado (sentimiento de ira, expresión física de la ira, y expresión verbal). Dentro de estas, la expresión verbal obtuvo mayores puntuaciones aunque siguen manteniéndose en niveles bajos, ejemplo de esto es el ítem: *“Me dan ganas de gritar”*. Mientras que como rasgo (93 %) se comportó de igual manera, aunque en el índice y expresión de la ira ante situaciones conflictivas, las puntuaciones obtenidas superan a los anteriores. En esta última escala el ítem *“ardo por dentro aunque no lo demuestro”* distingue a estas mujeres, para mayor información (véase anexo 24).

Ello evidencia que la supresión emocional es una característica del funcionamiento emocional en estas mujeres, específicamente ante situaciones que suponen conflictividad, coincidiendo con estudios similares (Cano-Vindel, 2005, 2011; Sirgo et al., 2001). Esta dificultad, genera que se acumulen vivencias negativas en sus sistemas

de interacción así como carencias en las habilidades para la comunicación y la solución de problemas.

Al indagar en la entrevista psicológica sobre las emociones placenteras (39 %), las más frecuentes fueron “alegría” y “orgullo” combinándose con las displacenteras, tal y como se constató en la entrevista psicológica: IB “...unas veces estoy alegre otras no tanto”; “...ver crecer a mis nietos es la mayor alegría, pero saber que no puedo disfrutarlos me entristece”. Asimismo, la Escala PANAS (anexo 14) arrojó que la afectividad negativa (57 %), se encuentra en niveles medios, comportándose de manera similar la afectividad positiva (43 %).

Mientras que como rasgo la afectividad negativa se comportó mayor, aunque en niveles medios igualmente (63 %) y la afectividad positiva (47 %). Estos resultados complementan los anteriores, de gran valor diagnóstico e interventivo, pues se ha constatado en varias investigaciones el rol predictivo que tienen los bajos niveles de afectividad positiva para las emociones displacenteras (Clark & Watson, 1991; Janz et al., 2014; Robles, Morales, Jiménez, & Morales, 2009).

El análisis de los ítems que evalúan estado en la sub-escala afectividad negativa se identificaron: “triste”; “nervioso”; “inquieto” e “inseguro”. Mientras que la afectividad positiva, arrojó que “fuerte”, “motivado”, “orgullo” son los que más puntúan. Lo anterior coincide con similares investigaciones, que enfatizan el papel protector de las emociones placenteras para la salud (Bellver et al., 2009; Casellas-Grau et al., 2014; Porro et al., 2012; Santos et al., 2013; Vázquez & Castilla, 2007). Asimismo durante el grupo focal, se pudo constar que el optimismo y la esperanza constituyen también variables salutogénicas (véase anexo 22).

A través de la entrevista se constató que la familia (83 %) es una importante fuente de bienestar, específicamente los logros de los hijos, nietos, el apoyo que le puedan ofrecer y el disfrute de actividades en conjunto. En ese sentido ALD reflexiona: “...cuando siento que soy útil para mis hijos y tengo fuerzas para ayudarlos me siento feliz, contenta”; por su parte FC dice: “...mi familia es lo más importante que tengo en mi vida, el tiempo más feliz siempre será con ellos”; FP dijo: “...mi familia es lo que me impulsa a seguir luchando a pesar de los achaques, a veces no nos damos cuenta de todas lo bueno que tenemos”. Esto mismo se corroboró en el grupo focal (véase anexo 22), lo que permite afirmar que la familia es un importante recurso salutogénico.

La intensidad y persistencia de las emociones displacenteras y sus repercusiones para el ajuste del individuo, denotan la afectación parcial del bienestar emocional. De todas estas, la depresión y la ansiedad constituyen indicadores del funcionamiento emocional a considerar en estas mujeres, aun cuando se presenta en niveles medios.

En cuanto a las manifestaciones, se pudo conocer a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA-B (Anexo 8), que la ansiedad motora y cognitiva son las respuestas más frecuentes, para mayor información (véase anexo 25). En relación a esta última *“me preocupa fácilmente”* y *“siento miedo”* son las más distintivas, mientras que *“lloro con facilidad”* y *“realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi”* se corresponden con la primera coincidiendo así con otros estudios realizados en mujeres españolas (García-Torres, 2014; García-Torres & Alós, 2014).

Es válido señalar que este resultado tiene un gran valor para las futuras acciones preventivas, pues de reiterarse en el tiempo, además del consabido efecto nocivo para el bienestar emocional, pueden perturbar el sistema fisiológico por un exceso de actividad, su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle y sus procesos cognitivos pueden alterarse, provocando una disminución del rendimiento y repercutiendo negativamente en el curso de la enfermedad (Montiel & Guerra, 2016c).

La desincronía encontrada, puede explicarse de acuerdo a Martínez-Monteagudo quien plantea que a veces estos tres sistemas no son concordantes, por lo que no siempre se encuentran respuestas de intensidad similar y al mismo tiempo, al tratarse de sistemas parcialmente independientes (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel, & García-Fernández, 2012).

En otro orden, las situaciones cotidianas como *“la hora de dormir”*, *“cuidado de personas dependientes”*, *“realización de actividades domésticas”*, *“por nada en concreto”*, se relacionan con la ansiedad y la depresión. La asociación de estas emociones, con situaciones imprecisas denota dificultades para encontrar una explicación a sus vivencias emocionales, lo que cual puede repercutir en la adopción de soluciones para sus procesos de afrontamiento. En comparación con la ansiedad, la depresión y la ira, no mostraron estos niveles de desincronía, aunque las afectaciones en el sistema cognitivo expresado en constantes preocupaciones y valoraciones de sí mismas centradas en las limitaciones y la amenaza que representa la enfermedad, son un elemento a tener cuenta.

Siguiendo esta línea, se indagó en los proyectos futuros, lo que permitió precisar que se orientan a la vida familiar (73 %), la mejora de las condiciones de vida (38 %), la relación de pareja (9 %), elementos que se establecen como parte de la situación social de desarrollo. Asimismo, las principales motivaciones se orientan al contexto familiar (83 %), constituyéndose en una tendencia orientadora de la personalidad.

Por la importancia que adquiere el área familiar en la etapa del desarrollo psicológico que transita, la adultez media y mayor, esta es centro de las principales proyecciones, preocupaciones, necesidades y logros. Se evidencian frases tales como: "...vivo por mis hijos"; "...vivo por mi familia y para mi familia"; "mi mayor logro es esta familia que tengo", en este sentido se expresa además un fuerte vínculo afectivo que se integran a su sentido de vida. Sin embargo, resulta interesante que los objetivos vitales de estas mujeres y sus proyectos futuros, se expresan a través de los otros con un determinismo externo, lo cual es expresión de la reducida esfera de intereses y la incertidumbre asociada a su enfermedad, ello limita el desarrollo de sus potencialidades y la búsqueda de su autorrealización, como expresión de la dimensión temporal de la personalidad.

A través de la entrevista se constató una tendencia al afrontamiento centrado en la emoción (60 %), lo que quedó corroborado en frases: *"...trato de tener siempre buen ánimo, sé que eso es mejor para la enfermedad"*; ZT dice: *"...no pienso en la enfermedad, me pongo a hacer otras cosas cuando vienen malos pensamientos"*. Mientras que el afrontamiento centrado en el problema se comporta en menor medida (31 %): *"trato de planificar las actividades dentro de la casa y con la familia, organizando el trabajo"*; *"...salgo a conversar con los vecinos y familiares para entretenerme"*. Resultados similares mostró la Escala de Modos de Afrontamiento (55 %), siendo el autocontrol la estrategia que predomina (43 %), seguida por el distanciamiento (39 %), la huida-evitación y en menor medida la reevaluación positiva (29 %). Lo que denota una tendencia al afrontamiento centrado en la emoción coincidiendo con otros estudios (Álvarez et al., 2015; Calderón, 2015; Martínez et al., 2014). En el gráfico siguiente se muestran estos resultados.

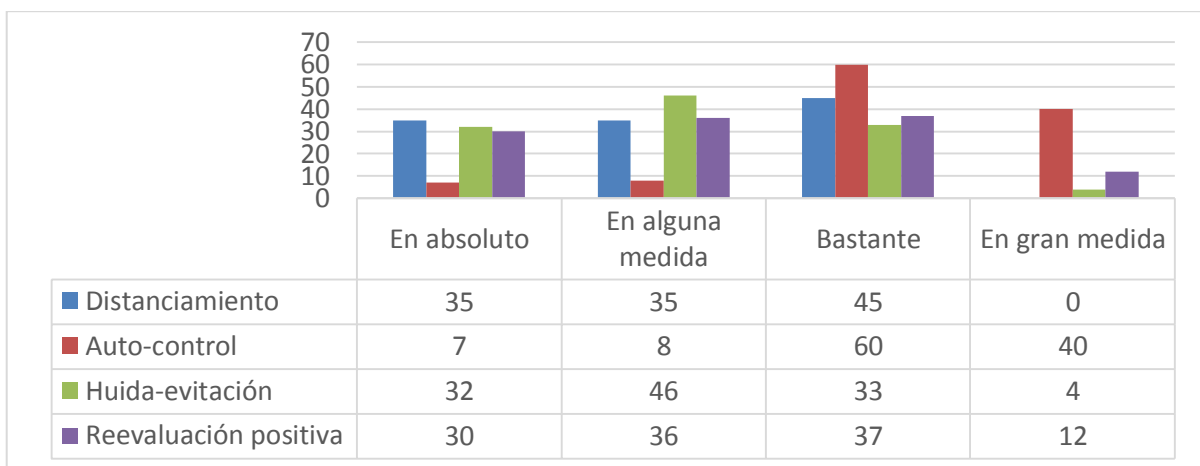


Gráfico 3. Resultados de los puntajes medios de las estrategias centradas en la emoción
Fuente: Cuestionario de Modos de Afrontamiento

En ese sentido, las mujeres reportaron una mayor tendencia a regular sus emociones y acciones, siendo la aceptación la más distintiva *“lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto”, aunque confluyen otras acciones como “soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente”, “intenté guardar para mí mis sentimientos”, para mayor información (véase anexo 26)*. Lo anterior denota, que el autocontrol se expresa con supresión emocional, aspecto este que fue analizado dentro del funcionamiento emocional y que evidencia dificultades para la expresión emocional, lo cual puede provocar inhibición y reforzar las vivencias de estrés (Campos-Ríos, 2013).

Mientras que en relación al distanciamiento, se constata aunque en menor medida una tendencia a separarse de lo que le está causando malestar en ese sentido se expresan acciones como *“seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte); “no permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo”*. Se constata una tendencia al pesimismo, el fatalismo que no contribuyen a modificar la situación y que aumentan la vulnerabilidad al estrés, tal y como señalan otras investigaciones (Stanton et al., 2000; Zucca et al., 2010). Si bien, los resultados en reevaluación positiva son menores resultan de gran valor, en tanto existe amplia evidencia sobre sus potencialidades salutogénicas para los procesos de afrontamiento a la enfermedad oncológica, tal y como precisa (Burke & Sabiston, 2012).

Por su parte, el afrontamiento centrado en el problema (38 %) lo tipifican las estrategias de planificación (35 %) y la búsqueda de apoyo social (39 %), tal y como se muestra a continuación.

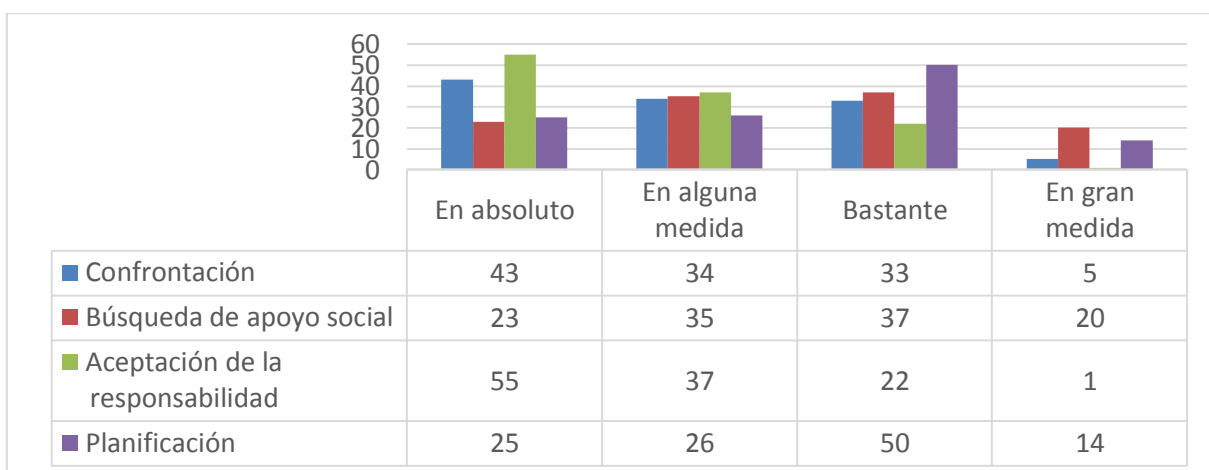


Gráfico 4. Resultados de los puntajes medios de las estrategias centradas en el problema

Fuente: Cuestionario de Modos de Afrontamiento

De igual manera, el análisis de los ítems arrojó que las mujeres reportaron mayores esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolverlo, dentro de ellos se destaca: *“acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo creía”*; *“cambié algo para que las cosas fueran bien”*, para mayor información (véase anexo 27). Mientras que sobre la búsqueda de apoyo social, *“le conté a alguien cómo me sentía”*; *“hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema”*, son expresión de los esfuerzos por buscar apoyo.

Es importante destacar que un 7 % presentó claramente una combinación de ambas estrategias de afrontamiento, lo que se muestra en expresiones como dice FC: *“...soy fuerte, me río, tengo buen carácter, converso, guapeo, lo hago todo”* y mientras que RA dice: *“...trato de hacer llevadera la vida, busco placer en lo que hago, así sea un trabajo o un esfuerzo en la vida cotidiana”*. Lo cual es expresión de la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento para el afrontamiento a la enfermedad.

Triangulando la información obtenida en la entrevista psicológica y la obtenida en esta escala, es posible afirmar que las estrategias de afrontamiento se expresan parcialmente funcionales. El hecho de que predomine el afrontamiento centrado en la emoción, se comprende a partir de la naturaleza crónica del estresor, en este caso la enfermedad, su impacto físico y emocional, siendo consistente con otros estudios (Álvarez et al., 2015; Martínez et al., 2014; Montiel, Alvarez, & Guerra, 2016). Asimismo, la baja frecuencia con que emplean las estrategias centradas en el problema denota

rigidez y dificultades para encontrar diversas alternativas para responder a las situaciones estresantes.

Además, el hecho de que estas mujeres orienten sus esfuerzos a evitar, ignorar o afrontar las consecuencias emocionales del estresor, se explican a partir de las afectaciones en el bienestar emocional coincidiendo así con otros estudios (Kvillemo & Bränström, 2014; Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins, 2009). Sin embargo, el empleo de la planificación, la búsqueda de apoyo social y la aceptación que aunque se expresan en menor medida, resultan de gran valor protector tomando en consideración su relación con el bienestar psicológico y la salud (Braniecka et al., 2014; Bränström, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Lengacher et al., 2009).

En cuanto al apoyo social el 83 % refirió a la familia y en el caso de las casadas a sus parejas, así como de instituciones religiosas, las cuales son una importante fuente de apoyo emocional. Es importante señalar que el 41 % refirieron necesidades de apoyo, especialmente poder conversar e intercambiar con mujeres que al igual que ellas han sobrevivido a la enfermedad, en ese sentido AG plantea: "...creo que, si logramos unirnos, hablar sobre nuestros problemas, nos puede ayudar a sentirnos mejor y se nos quita este estrés".

En la observación se pudo constatar tendencia al llanto ocasionalmente al referirse a las pérdidas que ha representado la enfermedad y de manera general sobre su experiencia, movimientos repetitivos de manos y pies que denotan la activación motora debida a la ansiedad, expresiones de satisfacción, orgullo al referirse a sus áreas de mayor significación, de manera general se mostraron colaboradoras y participativas.

Lo expuesto hasta aquí denota, la necesidad de aumentar las interacciones entre iguales, para lo cual la alternativa grupal puede ser pertinente y valiosa, tal y como sugirieron los profesionales y expresaron las mujeres en el grupo de discusión (véase anexo 22). Una vez terminada cada entrevista se les informó sobre las futuras acciones interventivas y se les invitó a participar.

Con la finalidad de precisar las asociaciones entre los principales indicadores del afrontamiento a la enfermedad, se cumplimentaron varias tareas. Una primera estuvo dirigida a evaluar la funcionalidad de la estrategias de afrontamiento, para ello se

establecieron asociaciones entre los estilos de afrontamiento y las emociones displacenteras (ansiedad y depresión).

Se obtuvieron correlaciones significativas ($p < 0,005$) en todos los casos: afrontamiento centrado en la emoción y depresión: asociación positiva, significativa y moderada ($p = 0,001$, $\text{Tau}_b = 0,372$); afrontamiento centrado en la emoción y ansiedad estado: asociación positiva, significativa y moderada ($p = 0,005$, $\text{Tau}_b = 0,368$).

Las asociaciones positivas detectadas, permiten plantear que en la muestra de estudio, el distanciamiento y el autocontrol expresan una tendencia a la disfuncionalidad, pues de orientarse a regular el malestar emocional, las mujeres experimentarían una disminución del malestar emocional, tal y como ha sido reportado en otros estudios (Kvillemo & Bränström, 2014; Stanton et al., 2000; Todd et al., 2013; Yoo et al., 2014). Por lo anterior, puede afirmarse que estas estrategias se convierten en un factor de riesgo para el bienestar emocional y el proceso salud enfermedad.

Mientras que mostraron mayor tendencia a la funcionalidad: reevaluación positiva ($p = 0,003$, $\text{Tau}_b = - 0,430$), búsqueda de apoyo social ($p = 0,001$, $\text{Tau}_b = - 0,354$) y planificación ($p = 0,001$, $\text{Tau}_b = - 0,484$). A diferencia de las anteriores, la asociación fue fuerte pero en sentido negativo, lo que apunta a su funcionalidad. Pero si se considera que solo 44 mujeres emplean estas estrategias, se evidencia la fuerte incidencia de las anteriores para la funcionalidad del proceso de afrontamiento a la enfermedad. De ello se deriva la necesidad de diversificar las estrategias de afrontamiento funcionales, identificadas en el estudio.

De igual manera se identificaron asociaciones altamente significativas, positivas y fuertes, entre control percibido y bienestar emocional ($p = 0,000$, $\text{Tau}_b = 0,70$) y entre estrategias de afrontamiento y control percibido ($p = 0,001$, $\text{Tau}_b = 0,76$), lo que denota las interacciones entre las variables de estudio como indicadores de expresión del afrontamiento a la enfermedad. Finalizada esta etapa y de acuerdo a los resultados obtenidos se distinguen un grupo de particularidades en el afrontamiento a la enfermedad que se resumen a continuación.

- Por todo lo anteriormente expuesto predomina una tendencia al afrontamiento parcialmente activo (59 %).

- Se constatan dificultades en el conocimiento sobre los cuidados durante la sobrevida y la enfermedad que inciden en el desarrollo de estilos de vida saludables y de conductas activas orientadas al cuidado de su salud.
- La percepción de daño y/o amenaza asociada a la enfermedad, el miedo a la recurrencia y las situaciones cotidianas, inciden en la aparición de emociones displacenteras (ansiedad y depresión), con ausencia de ira.
- Las creencias de control no le permiten ganar en seguridad y confianza para afrontar activamente la enfermedad y el dominio del proceso para hacerlo.
- El empleo de estrategias de afrontamiento evitativas (autocontrol y distanciamiento), no contribuyen a regular el malestar emocional incidiendo en la realización de sus principales metas y necesidades.
- Las estrategias que mostraron mayor tendencia a la funcionalidad fueron reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación.
- A pesar de las limitaciones identificadas, se identifican recursos salutogénicos que favorecen el afrontamiento activo a la enfermedad dentro de los que se destacan: apego a la vida, la espiritualidad, búsqueda de beneficios, el optimismo, esperanza y el apoyo social recibido por parte de sus familias, aspectos estos que deben tomarse en cuenta para el diseño del programa.

3.2. Etapa 2. Diseño del Programa psicoeducativo: su evaluación por especialistas

- **Elaboración de un programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad**

Los resultados obtenidos en la etapa anterior, permiten precisar la necesidad y pertinencia de acciones preventivas dirigidas a promover el afrontamiento activo a la enfermedad, en las mujeres participantes en el estudio. Previo al diseño, se realizó un análisis exhaustivo de la literatura interventiva relevante en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, que permitió establecer regularidades con el fin de trazar los objetivos interventivos.

Se accedió a un total de 15 metaanálisis que fueron analizados en el capítulo 1 de este trabajo (Andersen et al., 2014; Casellas-Grau et al., 2014; Craft, VanIterson,

Helenowski, Rademaker, & Courneya, 2012; de La Torre-Luque, Gambara, López, & Cruzado, 2015; Duijts et al., 2011; Fawzy, 2005; Galindo et al., 2014; Hegelson et al., 2000; Osborn et al., 2006; Raingruber, 2011; Rehse & Pukrop, 2003; Stanton et al., 2015; Stanton, 2006; Tong et al., 2014; Villoria et al., 2015).

Se revisaron además 24 fuentes primarias sobre programas psicoeducativos, distribuidas en: EUA (65 %), Canadá (8 %), España (8 %), Malasia, Tailandia, Australia, China, Inglaterra y Egipto representando el 2 % cada uno. Todo ello quedó sintetizado en una tabla resumen (anexo 17), en los fundamentos teóricos-metodológicos contenidos en la propuesta diseñada (véase Manual del Programa). El mismo persigue como objetivo general:

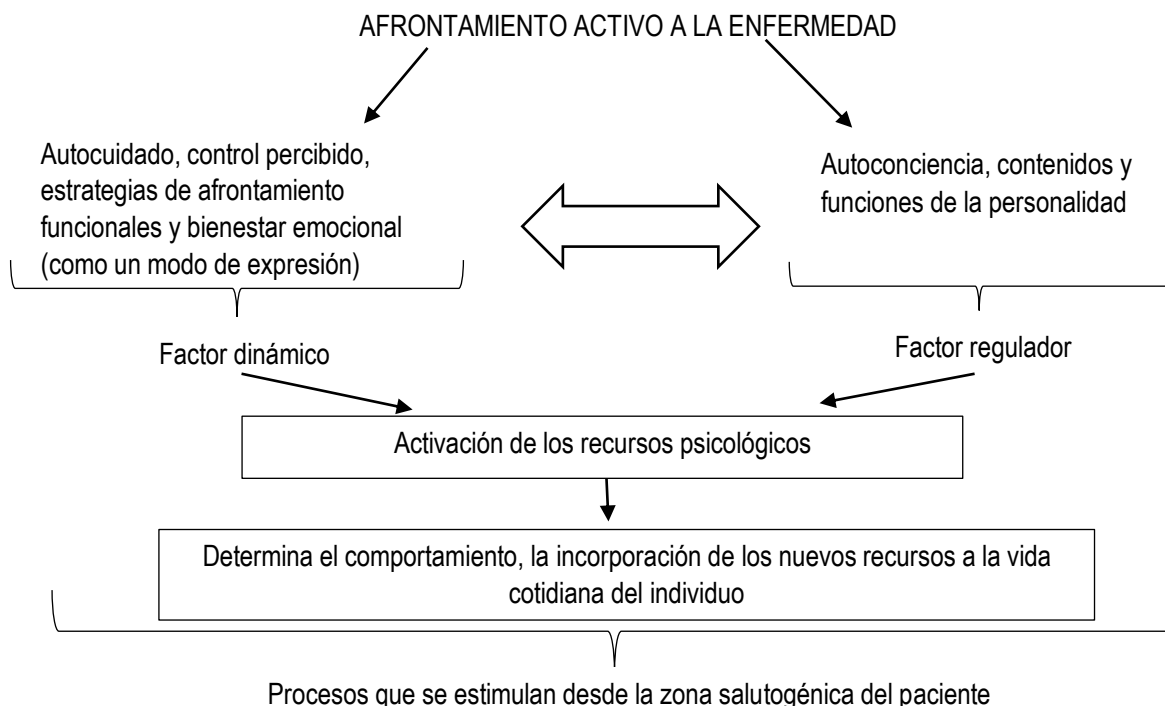
- Promover mediante la activación de recursos psicológicos el afrontamiento activo a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

El fundamento del accionar psicológico del programa, quedó reflejado en el diseño lógico-metodológico orientado al logro progresivo del objetivo general y las líneas interventivas (véase Manual del Programa).

Las líneas interventivas son las siguientes:

- Incrementar el nivel de conocimientos sobre la sobrevida y los cuidados necesarios durante esta etapa para favorecer el autocuidado.
- Promover la responsabilidad individual por el cuidado de la salud.
- Incidir en la autoconciencia para que las mujeres reconozcan la necesidad de un afrontamiento activo a la enfermedad.
- Estimular una actitud activa del sujeto en la regulación de su comportamiento y de este modo responder adecuadamente a las demandas estresantes.
- Desarrollar procesos valorativos-reflexivos que faciliten la reevaluación de las demandas estresantes de acuerdo a sus potencialidades, recursos y limitaciones.
- Estimular la capacidad para organizar alternativas diversas de comportamiento ante situaciones nuevas o ambiguas.
- Fortalecer la proyección futura y la motivación como fuente de bienestar y realización personal.

Esquema 1. Diseño lógico del Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad



El programa se estructuró en ocho sesiones que se desarrollan a partir de una serie de técnicas de trabajo en grupo, seleccionadas y adecuadas de acuerdo con el objetivo de cada sesión. La propuesta fue sometida a evaluación por especialistas.

Valoración por juicio de especialistas de la calidad formal del programa

Durante esta etapa se realizó la evaluación de la suficiencia de la propuesta diseñada, de acuerdo a los criterios teóricos-metodológicos para un programa psicoeducativo dirigido al afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. En un primer momento se le entregó a los especialistas un cuestionario para su evaluación y posteriormente se aplicó la matriz DAFO en sesión grupal.

En la evaluación del programa participaron 17 son psicólogos y 2 médicos, uno Especialista de Primer grado en Medicina Física y Rehabilitación y el segundo Especialista de Primer Grado en Oncología. De acuerdo a la categoría científica, fueron Doctor en Ciencias (58 %) y 8 Master en Ciencias (42 %), con categoría científicas de Titular (53 %), Auxiliar (26 %) y Asistente (21 %). En relación al género el 63 % eran mujeres y el 37 % hombres, distribuidos en las provincias Villa Clara (73 %), Sancti

Spíritus (11 %), Holguín (5 %) y dos psicólogos españoles (11 %) de la Universidad de Córdoba en España.

El 89 % manifestó un alto grado de conocimientos, sobre estrés, afrontamiento, emociones y salud, mientras que el resto se ubicó en niveles medios. De igual manera se comportó el conocimiento y experiencia sobre intervención psicológica.

La totalidad de los especialistas consideró muy necesario, implementar un programa psicoeducativo dirigido al afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Coincidieron además en la calidad del diseño evaluándolo de adecuado de acuerdo a los indicadores establecidos (véase anexo 18). En cuanto al número de sesiones fueron consideradas adecuadas (100 %) para los objetivos que se plantearon tanto para las sesiones para como el objetivo general planteado.

En cuanto a los temas seleccionados la totalidad los consideró adecuados, aunque los especialistas propusieron que se tomaran ejemplos de la vida cotidiana de las mujeres, de modo que resultaran más ameno y comprensibles. De igual manera sucedió al evaluar las estrategias interventivas utilizadas considerándolas adecuadas, de acuerdo a los objetivos planteados así como las características de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. En cuanto a los objetivos planteados el 100 % los consideró adecuados, quedando respaldados en el diseño lógico-metodológico.

El 95 % consideró adecuados la propuesta de técnicas para evaluar los objetivos del programa. Las sugerencias estuvieron centradas en la necesidad de tomar en consideración las características de la muestra y el número de tareas para la casa entre sesiones. Una vez obtenida esta información, se les devolvió a los psicólogos que participaron en la primera etapa así como a los especialistas que se incorporaron a esta etapa de evaluación, la versión final del programa.

El análisis de la matriz DAFO (véase anexo 28) permitió identificar, debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la propuesta diseñada, avalando su suficiencia. Una vez logrado esto, se procedió a su implementación en las unidades de la APS de los municipios involucrados en el estudio.

3.3 Etapa 3. Implementación del programa psicoeducativo y su evaluación

La evaluación del progreso implica necesariamente una evaluación del proceso que se estimula a través de la aplicación del programa en cada grupo en particular. Dicho análisis comprendió tres perspectivas:

- Análisis de la implementación del programa.
- Análisis de las regularidades e incidencias por sesiones.
- Análisis de las regularidades e incidencias por grupos.

3.3.1. Análisis de la implementación del programa

En la implementación del programa participaron tres grupos experimentales, dos en el municipio de Santa Clara (subgrupo 1 y 2) y uno en Cifuentes (subgrupo 3). Dada la importancia que se le atribuye a la influencia del facilitador en los resultados de la implantación de un programa grupal, la autora participó en dos experiencias, mientras que la tercera fue desarrollada por un especialista, Máster en Psicología Médica entrenada previamente para ello, que venía colaborando en la investigación, con más de 15 años de experiencia profesional.

La aplicación del programa ocurrió tal y como estaba previsto en su diseño. En la etapa de evaluación inicial fueron contactadas las mujeres que habían participado en el primer momento del estudio y citadas para sus consultorios médicos en conjunto con su médico de familia. Dos semanas antes de comenzar la experiencia, se tuvo un contacto previo para explicarles los objetivos del programa psicoeducativo, las características de la experiencia, enfatizándose en el carácter preventivo de las acciones previstas. Además se realizó la evaluación psicológica inicial.

A las mujeres que conformaron el grupo de espera se les solicitó su colaboración y se les explicó que pasadas diez semanas aproximadamente y en función de la disponibilidad asistencial, serían convocadas para incorporarse a otros grupos. Se les tomó la dirección de contacto, teléfonos o correos electrónicos y una vez al mes fueron contactadas por la autora con vistas a su retención.

Se contó además con el consentimiento informado por escrito, en el que expresaron su conformidad para participar en las actividades previstas de acuerdo a su motivación. Al iniciarse la aplicación del programa en cada uno de los grupos se consensuaron

nuevamente los objetivos del programa, tomando en consideración las necesidades, expectativas y disponibilidad de las mujeres. En ese sentido, IS expresaba: *“...mi oncóloga y yo llevamos muchos años soñando con un grupo donde podamos venir a compartir nuestras experiencias, así que aprovecharé esta oportunidad al máximo para aprender más”*.

Primó un clima sociopsicológico favorable. Las relaciones con las facilitadoras fueron adecuadas, caracterizadas por el respeto, la distensión y la colaboración. Fue esencial la combinación de un estilo directivo y no directivo para el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa. La asistencia a las actividades fue de un 96,3 %. Su participación e implicación durante cada una de las sesiones de trabajo y las técnicas desarrolladas, así como la calidad de sus intervenciones, reflexiones y vivencias compartidas, denotan altos niveles de motivación por la experiencia interventiva.

Existió un especial interés por incorporar los nuevos recursos a su vida cotidiana así como disponer de los materiales educativos entregados y los de apoyo que se emplearon en las discusiones dirigidas para poner en práctica sistemáticamente las orientaciones allí propuestas, así lo denota la frase de IF: *“...el folletico que nos dieron sobre estrés lo llevo conmigo a todos lados y a cada rato lo leo para poner en práctica todo lo que he aprendido”*. Además, su interés constante por ejercitar las técnicas de relajación y de reestructuración cognitiva, denota también la transferencia de lo aprendido.

La atención individualizada resultó esencial para la consecución de los distintos objetivos previstos, en combinación con el trabajo en grupo. En ese sentido el diagnóstico previo con que contaba el facilitador, así como las evaluaciones del termómetro emocional antes de comenzar cada sesión permitieron orientar las técnicas grupales, la conducción de la dinámica grupal y la identificación de situaciones problemáticas que requieren una atención inmediata. Además la confrontación de sus experiencias y reflexiones facilitó que tomaran conciencia de sus procesos de afrontamiento con vistas a activar sus recursos.

3.3.2. Análisis de las regularidades e incidencias por sesiones

Los resultados obtenidos en cada una de las sesiones fue contribuyendo paulatinamente al cumplimiento de los objetivos previstos en la aplicación del programa, al finalizar cada

sesión las pacientes emitieron sus criterios sobre sus logros, por su parte el facilitador realizó la evolución de cada caso contenido en la ficha evolutiva del paciente. Asimismo la aplicación del termómetro emocional desde la segunda sesión permitió darle seguimiento desde una perspectiva individual al bienestar emocional de las participantes. Desde la primera sesión se comenzó la intervención sobre los indicadores de expresión del afrontamiento activo a la enfermedad.

Sesión #1

En correspondencia con los objetivos previstos, se conformaron los grupos que participaron en la aplicación del programa psicoeducativo. En los subgrupos 1 y 2, el primer paso fue la presentación de los miembros entre sí, a través de la técnica “Hasta que dure el fósforo”, que facilitó conocerse a través de la revelación de una característica que los identificara. Mientras que en el subgrupo 3 todas se conocían del lugar donde residen.

Siguiendo este orden, se identificaron las expectativas de las mujeres sobre la experiencia, dentro de las que resaltan: *“mejorar la calidad de vida”, “levantar la autoestima”; “expresar nuestras experiencias”, “encontrar vías y métodos para una evolución satisfactoria”*. Dichas expectativas estuvieron relacionadas con los beneficios del grupo para su salud y calidad de vida, lo cual se convierte en un elemento de motivación para la experiencia interventiva, desde el principio.

Posteriormente, fueron establecidas las normas de funcionamiento grupal y los compromisos individuales para garantizar asistencia, clima de respeto, normas de privacidad, cumplimiento de los horarios. En relación con estos últimos, las pacientes propusieron que las sesiones se realizaran durante la tarde una vez culminadas sus tareas domésticas y laborales.

En la técnica “Discusión dirigida”, se constató un bajo nivel de conocimiento sobre las particularidades de la enfermedad durante la sobrevida y los factores de riesgo que inciden en la evolución y control de la enfermedad. Se identificaron creencias erróneas en relación a la sobrevida, especialmente a las necesidades de autocuidado, así como prácticas de autocuidado inadecuadas que repercuten en estilos de vida no saludables. A partir de la información que llevó el facilitador se hizo énfasis en la necesidad de adecuar la dieta a sus condiciones de vida, pero conociendo los alimentos que pueden

o no consumir. De igual manera, se hicieron sugerencias y se ofrecieron pautas para una alimentación más saludable, se puntualizó en la necesidad de realizar ejercicios físicos con frecuencia y controlar el peso corporal sistemáticamente. Complementó esta discusión la entrega de dos trípticos que contenía información general sobre los aspectos tratados en la discusión y quedó pautada su revisión como tarea para la casa con la finalidad de consolidar lo aprendido en la sesión.

Al cierre de esta sesión, se logró estimular la responsabilidad del paciente para el cuidado de su salud, proporcionar información sobre los cuidados durante la sobrevida y favorecer la incorporación de estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado adecuadas, ofreciéndose como una alternativa diferente para afrontar su enfermedad. El trabajo con las creencias sobre la sobrevida se consideró cardinal teniendo en cuenta que resultan erróneas, así como el bajo nivel de conocimiento. Al finalizar la sesión se les pidió que evaluaran con una palabra o frase corta lo aprendido, en ese sentido refieren: *“prevención”*; *“debemos cuidarnos más”*; *“interesante”*, *“necesario”*, *“nuevo”*, *“útil para nuestro cuidado”*

Sesión #2

Esta sesión comenzó con la discusión de los trípticos que se dejaron de tarea, se constató que las pacientes habían logrado nuevos aprendizajes sobre los cuidados de la sobrevida y varias comentaron cómo habían comenzado a introducir pequeños cambios. A partir de este momento, se comenzó con la evaluación del distrés a través del termómetro emocional, con la finalidad de identificar aquellos casos que requirieran atención individualizada. En esta sesión no se identificó ninguno. Es válido señalar, que en los tres grupos, predominaron los niveles altos, lo cual sirvió de punto de partida para enfatizar en la importancia del bienestar emocional para la salud.

Como punto de partida para orientar su reflexión a identificar las situaciones estresantes asociadas a su enfermedad y cómo se sienten ante las mismas, así como sus causas y consecuencias, el facilitador se apoyó en un video muy breve que ilustra la fisiología de las emociones y cómo impactan en la salud. La combinación de lo cognitivo y lo vivencial resultó cardinal. Seguidamente, se destacó el papel de la personalidad en los distintos modos de responder a la enfermedad, lo que permitió reencuadrar el rol de la persona en la transformación de su forma de pensar, sentir o hacer. Ello se ejemplificó a través de una situación donde la persona autogenera sus emociones. Para esto se

apoyó en un video educativo, en que un especialista explica cómo ocurre dicho proceso.

Esto permitió que fueron identificando las causas de sus vivencias emocionales más frecuentes, específicamente las displacenteras (depresión y ansiedad), a partir de los significados que construyen y su implicación para sí misma. Hicieron alusión además, a las afectaciones que les provoca cotidianamente como el insomnio. En relación a la ansiedad, refirieron situaciones más imprecisas, expresión de incertidumbre mientras que en la depresión si lo hacen correctamente.

Las reflexiones que se van suscitando estimulan a las mujeres a participar, compartir sus vivencias enfatizándose en la posibilidad de controlar cómo piensan, se sienten y actúan, dado que expresaron dificultades ocasionales sobre esto. En ese sentido se les ofrecieron pautas sobre cómo regularlas y se mostraron motivadas por aprender nuevos recursos que le permitan afrontar sus dificultades, lo cual sirvió de punto de partida para el ejercicio siguiente.

En un segundo momento de la sesión se comienza el entrenamiento con la relajación abdominal, en tanto disminuir los niveles de activación fisiológica resulta esencial para atenuar el malestar emocional y como condición básica para los logros posteriores. La práctica de este ejercicio se realiza una sola vez aunque se orienta su ejercitación para la casa. Todos los subgrupos requirieron precisión en las explicaciones por parte del facilitador quizás condicionado por la edad. Es válido señalar que una vez que lograron mantenerse concentradas, se notaron cambios graduales en su respiración.

Como cierre de esta sesión se realizaron tres preguntas, dentro de lo positivo destacaron: “lo que aprendimos nuevo”, “conocer cómo reacciona nuestro cuerpo ante el estrés”, lo negativo: “más tiempo para aprender más” e interesante: “la técnica de respiración”, “sé que puedo hacer algo por mejorar”.

Se orientó la tarea para la casa que consistía en la entrega del tríptico 3: El estrés no es negativo: activa tus recursos para una vida saludable.

Sesión #3

La sesión comenzó nuevamente con la aplicación del termómetro emocional observándose una disminución de los niveles de distrés, aunque todavía un número de casos se mantienen sin cambio en comparación con la sesión anterior. De igual manera

se discutió el tríptico entregado en la sesión anterior, a partir del cual se pudo constatar que las pacientes logran nuevos conocimientos, así como el aprendizaje de pautas de comportamiento que fueron puestas en práctica de manera inmediata.

A partir de la técnica “El capricho de Pepito”, se logró identificar las estrategias de afrontamiento más empleadas a partir de la situación que debió afrontar este personaje y los numerosos obstáculos que debió superar, dentro de las alternativas más comunes estaban “*me hubiese rendido desde la mitad*”, “yo no sé qué hubiera hecho”, “hubiese insistido hasta el final así estuviera muerta de agotamiento”. Estas reflexiones fueron aprovechadas por el facilitador para estimular la reflexión sobre la necesidad de adecuar sus respuestas según las potencialidades, recursos y limitaciones, pues las pacientes reconocieron que esto no ocurre generalmente y que muchas veces sus acciones están en función de las necesidades de los demás y no en las propias, y de las circunstancias.

Cambiando la perspectiva del análisis, se fue resumiendo en un papelógrafo cada una de las posibles soluciones si realizaran una autoevaluación más adecuada. Esto facilitó una mejor visualización y organización, reflejando sus distintos juicios y valoraciones y se les demostró que si era posible cambiar la manera de enfrentar las situaciones estresantes.

En los subgrupo 1 y 3, tomó más tiempo llegar a estas elaboraciones, aunque no fue preciso extender la sesión fuera del tiempo establecido. Mientras que en el subgrupo 2, fue muy interesante, el caso de una paciente que retomó aprendizajes logrados en sesiones anteriores poniendo el ejemplo de la autogeneración de las tensiones. Esta reflexión fue muy oportuna y contribuyó a dinamizar el análisis. Se logró además que aprendieran un nuevo recurso para el control emocional, lo cual se alcanzó con la técnica de Autoinstrucciones valorada de muy positiva. Durante la puesta en práctica se observó una gran motivación por aprender el recurso y ponerlo en práctica. Nuevamente fue preciso una explicación más detallada.

Para concluir las pacientes evaluaron la sesión a través de la frase inductora “El día de hoy fue...”, cerraron con frases como: “*productivo*”, “*novedoso*”, “*diferente*”, “*interesante*” lo que denota los logros alcanzados. Se orientó como tarea para la casa la práctica individual de la técnica de Autoinstrucciones.

Sesión #4

Se inició con el termómetro emocional, y se pudo constatar una disminución de las puntuaciones a niveles medios, quedando todavía cuatro personas que no bajan pertenecientes a los subgrupos 1 y 3, lo cual va denotando los progresos alcanzados por el resto. Se discutió la tarea para la casa y fue aplicada durante el periodo inter-sesiones con una media de dos veces. En ese sentido, las del subgrupo 2 mostraron resultados más estables.

Los objetivos fueron logrados en tanto facilitó que las pacientes aprendieran nuevas maneras de encontrar soluciones para los problemas que enfrentan. En ese sentido, se tomó una situación personal, la cual se fue desglosando de acuerdo a los pasos establecidos. Se observó inicialmente una tendencia a mostrar rigidez en la solución de problemas, enfocados en la solución más difícil, sin contemplar alternativas, lo cual fue reconocido por las pacientes. La diversidad de criterios sobre las posibles soluciones, permitió identificar las múltiples aristas y soluciones para resolver un problema efectivamente.

Nuevamente emergieron logros precedentes, relacionados con la autoevaluación de sus limitaciones, potencialidades y recursos, lo cual fue extrapolado a la nueva situación de aprendizaje. Se enfatizó en la necesidad de asumir estrategias de afrontamiento flexibles orientadas a transformar su realidad y menos evitativas, en tanto su implicación individual resulta esencial para el logro de sus objetivos.

Como complemento de la técnica anterior se ofrecieron pautas para la relajación a través de una técnica de visualización, lográndose la desactivación fisiológica. De gran valor resultó lo aprendido en relación a la respiración diafragmática que fue utilizada como punto de partida en este momento. Durante la realización de la técnica se observó cómo fueron logrando un estado de relajación óptimo, pues el mismo hecho de hablar sobre sus problemas se denotaba signos de tensión. En relación a este en particular no fue preciso realizar aclaraciones, lo cual denota el desarrollo de sus aprendizajes.

Durante la dramatización de la sesión de cierre se observaron que llegaron a la sesión *“inquieta”, “con desánimo”, “tensa”* y lograron salir *“alegres”, “confiadas”, “optimistas”*.

Sesión #5

Para el inicio se aplicó el termómetro emocional, se constatan progresos significativos, pues de una sesión a otra disminuye la totalidad de las pacientes a niveles medios de la escala. Se le dio continuidad al trabajo con las estrategias de afrontamiento, en ese sentido la sesión se centró en el tema de la comunicación asertiva.

A través del juego de roles, las pacientes expresaron de manera espontánea cómo se comunican ante situaciones conflictivas. Resultó muy interesante, pues el propio grupo funcionó como instrumento para el cambio, logrando corregir aquellas expresiones que no se correspondían con la comunicación asertiva, pues ya en la discusión dirigida se había abordado este tema. Las pacientes fueron reconociendo que muchas veces no se comunican adecuadamente.

Las reflexiones emitidas por las mujeres así lo denotan: *“...mejorar la comunicación con la familia es lo más importante”, “antes no sabía exigir mis derechos, me quedaba callada y me guardaba lo que siento, hoy he aprendido que puedo cambiar eso”*. Los principios para la comunicación asertiva resultaron como uno de los aspectos más interesantes, lo cual fue declarado por la totalidad de los subgrupos de acuerdo a la técnica de cierre PNI. Posteriormente se orientó la tarea para la casa que consistía en una reflexión individual sobre sus cualidades positivas y limitaciones, como un ejercicio de introspección y autoconocimiento.

Sesión #6

La aplicación del termómetro emocional, permitió identificar nuevos progresos, pues las puntuaciones continúan bajando considerablemente, coincidiendo con los subgrupos 1 y 3. La sesión inició con la discusión de la tarea para la casa la cual fue muy interesante en todos los subgrupos, pues en la reflexión individual las pacientes reconocieron que les había resultado muy difícil completar sus cualidades positivas, siendo más fácil identificar lo negativo. Estas reflexiones fueron retomadas por el facilitador para dar inicio al tema de las emociones agradables y su vínculo con la salud, partiendo también del supuesto que nos enfocamos más en lo negativo que en lo positivo.

La técnica “Discusión dirigida” facilitó nuevos aprendizajes sobre el beneficio de las emociones para la salud, para la discusión se apoyó en dos videos muy ilustrativos que al igual que los empleados en las sesiones iniciales, muestran cómo funcionan dichos

mecanismos. A partir de aquí, las pacientes reflexionan sobre sus emociones placenteras, las situaciones que más le provocan y su vínculo con el bienestar psicológico y la calidad de vida. En ese sentido, la familia emerge como centro de sus proyectos personales expresado en sus reflexiones, “...el disfrute de los nietos”, “ver a la familia crecer”, “tener vacaciones con mis hijos”, son algunos de los proyectos a los que las pacientes hicieron alusión.

La lluvia de ideas sobre las principales motivaciones permitió no solo identificar los proyectos sino compartir vías para lograrlos y hacerlos realidad. En ese sentido, las pacientes hicieron compromisos como “sacar a pasear a sus nietos”, “distraerse”, “visitar a las amigas”.

También se evidenció como parte de las valoraciones el consenso de las mujeres sobre la necesidad de que sus proyectos estuvieran ajustados a su situación de vida para evitar estresarse, aprendizaje este que se había logrado en sesiones anteriores. Con la técnica “La mochila”, se evaluó la sesión por las participantes, en ese sentido expresaron llevarse “esperanza”, “todo lo bueno”, “ánimo”.

Sesión #7

Para esta sesión los resultados del termómetro emocional se encontraban en niveles bajos, en la totalidad de los subgrupos. Esta sesión tomó como punto de partida a la anterior, en tanto se proponía lograr articular a través de las memorias autobiográficas pasado, presente y futuro, con el objetivo de fomentar la esperanza, la gratitud y la confianza en el futuro.

La técnica de las memorias autobiográficas resultó ideal para reflexionar sobre los nuevos aprendizajes y las pérdidas después de la experiencia de la enfermedad, pues es un elemento que facilita la reevaluación positiva. Las mujeres reconocieron que lo más difícil de la enfermedad ha sido vivir con la incertidumbre y amenaza que representa y el miedo a la recurrencia aun cuando han transcurrido tantos años. En ese sentido se denota un antes y un después de la experiencia de la enfermedad: “*mientras no tuve nada fui feliz, me ilusionaba el futuro, luego cuando enfermé nunca más pensé en el futuro, vivo el día a esperar lo que pasa*”, esta misma reflexión fue retomada por el facilitador quien hizo énfasis en lo que tienen en el presente, lo anterior dio un vuelco a las reflexiones que hasta ese momento estaban centradas en la pérdida.

Comenzaron a reflexionar en lo positivo varias frases así lo denotan: *“...tengo a mi hijo que es una maravilla, me sobreprotege demasiado, me consiente, no me puedo quejar de él durante todo este tiempo, “...tengo a mi nieto, tiene la misma edad que yo de sobrevida, y si no hubiese sido por él creo que no hubiese resistido”, “antes de la enfermedad yo trabajaba, me exigía mucho y también exigía a los demás, ahora las cosas son diferentes, he aprendido que no vale la pena, solo hay una vida para vivir”.*

Todo esto se complementó con la técnica reflexivo-vivencial “La estrategia del humor”, que contribuyó a la resignificación de las situaciones y encontrarle un sentido positivo. Los aprendizajes adquiridos permiten afirmar que se lograron los objetivos de la sesión. Posterior a la sesión se orientó la escritura de una carta de agradecimiento a una persona importante y compartirla con él o ella. En el cierre de la sesión las frases de las pacientes denotan lo logrado: *“esperanza, fe y caridad”, “futuro”, “mejoría”.*

Sesión #8

En el inicio de la sesión se hizo un recuento de los avances alcanzados y se comentó sobre la carta de agradecimiento y el efecto que tuvo tanto en la mujer que la escribió como en quien la recibió. Las experiencias fueron muy diversas, algunas escribieron a hijos, esposos, otros a un amigo cercano y otra le escribió a una prima que recién le habían diagnosticado cáncer de mama.

Los objetivos de la sesión se lograron a través de la técnica pasado, presente y futuro. Dentro de los objetos seleccionados en relación al pasado estuvo algunos escogieron hojas, flores, como significado de debilidad, en el presente escogieron piedras, metal con significado de fortaleza y en relación al futuro, fue muy interesante que un grupo de personas, seleccionaron una caja de colores, como significado de futuro.

De igual manera las valoraciones de las pacientes con la experiencia interventiva son muy positivas. En ese sentido, varias frases así lo denotan: *“...desde el principio ha sido una experiencia enriquecedora, me voy con nuevos aprendizajes para la vida”, otra paciente refirió “...alas para vivir”, “...un futuro diferente”,* lo cual denota el significado positivo de la experiencia. Se cerró la experiencia con el Regalo de la alegría dentro de los principales obsequios estaban: *“alegría”, “Fe”, “esperanza”, “todo lo positivo”, “una pócima de alegría”.* Para concluir el análisis del progreso, se muestra un resumen de las

fichas evolutivas de los sujetos durante la aplicación del programa en el gráfico siguiente:

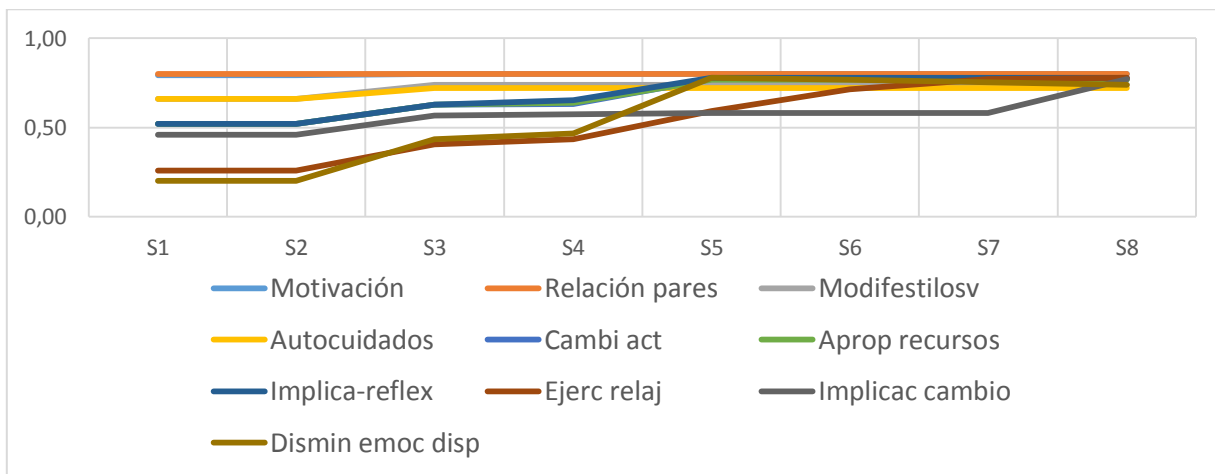


Gráfico 5. Resumen de los progresos alcanzados integrando los 3 subgrupos de estudio
Fuente: Ficha evolutiva del paciente

3.3.3. Análisis de las regularidades e incidencias por grupos

Si bien dentro de los cuasi-experimentos se considera como una condición esencial la homogeneidad de los grupos, el trabajo grupal implica necesariamente la consideración de elementos distintos en los grupos de estudios. En ese sentido, los subgrupos 1 y 3, se distinguieron por una disminución más lenta en el distrés, aunque al finalizar lograron niveles similares al otro grupo. Es importante descartar en estas dificultades la influencia del facilitador, pues estos grupos fueron conducidos por especialistas diferentes, lo que habla a favor del control de esta variable.

Como generalidad se constató que:

- Todos los subgrupos se mostraron motivados por la experiencia interventiva.
- Se implicaron en la apropiación de los nuevos recursos.
- Todos los subgrupos requirieron mayor precisión por parte del facilitador para la comprensión de las orientaciones sobre las técnicas de desactivación fisiológica. Esto puede comprenderse a partir de la edad de estas mujeres y el nivel educacional predominantemente medio.

Las regularidades identificadas favorecieron el logro progresivo de los resultados a partir de la aplicación del programa, lo que se constató al finalizar la experiencia

interventiva. Se denotaron beneficios favorables como resultado de la influencia del programa psicoeducativo.

3.4. Evaluación de los resultados del programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad para mujeres con cáncer de mama

Sin duda alguna, uno de los momentos más importantes dentro de la evaluación de un programa lo constituye la evaluación de sus resultados, orientado a determinar su efectividad. El primer paso fue la aplicación del Test U de Mann Withney, con la finalidad de detectar diferencias entre los sub-grupos de estudio y testigo, antes de comenzar la aplicación del programa. Dicho análisis arrojó que no existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables médicas, demográficas y psicológicas (anexo 29, anexo 30 y anexo 31).

Asimismo, se realizaron comparaciones de los subgrupos de estudio a su interior y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables médicas, demográficas y psicológicas. De igual manera se procedió con los subgrupos testigo y los resultados fueron similares. Esto permitió, que el análisis de los resultados del programa psicoeducativo que se presenta a continuación se realice desde la perspectiva de dos grupos, integrados en Grupo de Estudio (GE) y Grupo Testigo (GT).

Al evaluarse el autocuidado en ambos grupos antes de comenzar la aplicación del programa, se constató que era parcialmente adecuado (53,3 %), mientras que el 46,7 % era inadecuado. Los ítems más afectados en el instrumento fueron: *“conocimiento sobre los cuidados de la enfermedad durante la fase de intervalo libre”*; *“conozco sobre la actividad física que puedo realizar durante esta etapa”*; *“sabe cómo relajarse y dormir adecuadamente”*.

Asimismo, en las prácticas de autocuidado la *“asistencia a las consultas del hospital”*; *“realización de actividades recreativas”*; *“expresión de sentimientos y preocupaciones cuando lo necesita”*; *“hago ejercicios físicos o camino frecuentemente”*, *“he recibido información sobre los cuidados por parte de un profesional de la medicina o la psicología”*, reportaron las menores puntuaciones.

Durante la entrevista inicial (véase anexo 32 sobre matriz de registros) igualmente se constató que las pacientes expresan bajos niveles de conocimiento sobre los cuidados durante esta etapa, mientras que otras los conocen, pero no los ponen en práctica.

Dentro de las principales causas expresan que no son tan necesarios durante esta etapa, así como que no cuentan con el tiempo suficiente para ello. Un número considerable de pacientes, no asisten sistemáticamente a las consultas de seguimiento, denotando baja percepción de riesgo y adherencia terapéutica. De igual manera, refieren que las vías para obtener información sobre los cuidados por parte del personal médico son muy reducidas, debido al poco contacto que tienen con estos profesionales. La presencia de inadecuadas prácticas de autocuidado, están condicionadas por el bajo nivel de conocimientos así como carencias en los servicios asistenciales que puedan proveer de información. Todo ello impacta en la aparición de comportamientos que afectan el cuidado de la salud de todas las pacientes, coincidiendo con otros estudios (Mariscal, 2007; Merino, 2012).

Las trasformaciones obtenidas en el grupo de estudio una vez realizada la evaluación post-experimental permiten afirmar que se favoreció el autocuidado de las mujeres. En tanto reconocen la necesidad de los cuidados durante esta etapa y el papel del estrés y las emociones sobre la salud, expresan intencionalidad por cambiar dichos comportamientos y comienzan a incorporar las prácticas de autocuidado a su estilo de vida (véase anexo 32). Ello se expresa, que al autocuidado se elevó a niveles adecuados en el 81 % de las mujeres, mientras que el restante 19 % pasó a parcialmente adecuado no quedando ninguna en inadecuado.

En el grupo testigo, a pesar de que habían obtenido en la evaluación inicial resultados similares al de estudio, una vez concluida la experiencia interventiva no se identificaron cambios que denotaran ser significativos estadísticamente en esta variable, lo que se muestra a continuación.

Tabla 10. Comportamiento de los indicadores del autocuidado antes y después de la aplicación del programa

Indicadores de Autocuidado	Grupo de estudio		Grupo Testigo	
	Media (SD)		Media (SD)	
	Antes	Después	Antes	Después
Conocimiento	0,42 (0,04)	0,80 (0,08)	0,42 (0,031)	0,42 (0,03)
Prácticas de autocuidado	0,38 (0,06)	0,72 (0,04)	0,38(0,006)	0,40 (0,05)
Autocuidados general	0,40 (0,003)	0,82 (0,05)	0,40 (0,003)	0,42 (0,04)

Fuente: Prueba T de 2 muestras. Leyenda: SD (desviación estándar) Nivel de sig. p = 0,000

Esto permite concluir que las dificultades detectadas en el autocuidado al inicio de la intervención fueron mejoradas por la influencia del programa psicoeducativo, no

ocurriendo de la misma manera en el grupo testigo, quedando evidenciadas las diferencias en la comparación post-test. Estos logros están en consonancia con un papel más activo de las pacientes, tomando como punto de partida sus capacidades para manejar la enfermedad y la movilización de sus recursos psicológicos para un afrontamiento activo (ver anexo 32). Lo anterior denota el valor preventivo de la experiencia, aspecto que se considera esencial en los programas que promueven el autocuidado en este tipo de pacientes, coincidiendo con estudios similares (Cimprich et al., 2005; Meneses et al., 2009; Sherman et al., 2010).

Al abordar el control percibido, en la evaluación inicial se identificaron limitaciones en ambos grupos con una tendencia a parcialmente adecuado (66 %) e inadecuado (34 %). Ello se expresa en la creencia de seguridad de que sus acciones le permitirán responder favorablemente a las demandas psicológicas asociadas a su enfermedad y el dominio del proceso para hacerlo. En la evaluación inicial se constataron dificultades, en tanto la posibilidad del control está en función de la baja complejidad de las circunstancias, denotando rigidez para encontrar soluciones ante las diversas situaciones a afrontar. En este sentido la frase de IS lo ilustra: *“a veces creo que no puedo hacer mucho por cambiar mis circunstancias, a veces no sé cómo lidiar con tantas limitaciones”*.

Como parte de la estimulación del control percibido, la identificación de las situaciones generadoras de estrés, de las vivencias emocionales y las causas asociadas constituyeron punto de partida para los nuevos aprendizajes. Las situaciones identificadas se relacionan con las limitaciones derivadas de la enfermedad, las situaciones cotidianas y el temor a la recurrencia, así lo denotan varias frases: : *“...los efectos secundarios aún se sienten, el dolor en los huesos, el dolor en la mano”*; *“...a veces me cuesta mucho trabajo hacer algunas cosas en la casa, como exprimir o tender la ropa y esas limitaciones me hacen sentir mal”*; *“...mi situación es muy complicada, tengo a mi papá encamado, ya no queda tiempo para nada ni para pensar en mí”*.

El desarrollo de nuevos recursos, las reflexiones individuales y grupales contribuyeron a que las pacientes logaran autoevaluarse con mayor objetividad de acuerdo a sus potencialidades, recursos y limitaciones para afrontar la enfermedad, ZR planteaba: *“he puesto la vara más bajita, ya no me exijo tanto, pongo metas para el día, siento que hago más y me siento mucho mejor”*. Además, se produjeron nuevos aprendizajes para

solucionar sus problemas, controlar sus emociones y pensamientos, y su aplicación incluso para su autocuidado, todo ello fue reconocido por las pacientes. AD reconocía: *“...lograr el control de mis emociones con los ejercicios de relajación ha sido muy bueno, ahora los hago cada vez que puedo”* mientras que FC refiere: *“...hace quince días atrás supe que mi hijo tuvo un accidente grave, y lo peor no vive en el país, han sido días muy difíciles sin noticias, pero gracias a lo que aprendí aquí, he podido lidiar mejor con tanta tristeza”*.

Al comparar ambos grupos, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en relación a esta variable, lo que permite afirmar que se logró estimular el control percibido en el grupo de estudio a diferencia del grupo testigo, donde los cambios no fueron significativos. En la tabla siguiente se muestran los resultados.

Tabla 11. Comportamiento del control percibido antes y después de la aplicación del programa

Grupo de Estudio				Grupo Testigo			
Antes		Después		Antes		Después	
Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD
0,38	0,04	0,78	0,05	0,38	0,04	0,38	0,04

Fuente: entrevista semiestructurada y Escala de Modos de Afrontamiento. Leyenda: SD, desviación estándar $p = 0.001$

Lo anterior permite precisar que los nuevos aprendizajes logrados han permitido a las pacientes adecuar sus acciones a las necesidades presentes, regular sus emociones y adecuar su comportamiento a las situaciones, todo ello desde la movilización de sus recursos psicológicos, tal y como lo han expresado (véase anexo 32).

Se constató que, al finalizar la experiencia, el 90 % había logrado ubicarse en niveles adecuados, mientras que el restante 10 % se encontraba en niveles parcialmente adecuados. Dada la importancia del control percibido para la determinación de las vivencias emocionales y el afrontamiento ulterior tal y como han reportado otros estudios (Báñez, 2002; Báñez et al., 2003), resultaron de gran valor los avances obtenidos en este indicador, lo que permitió darle continuidad al programa y transitar a objetivos más complejos.

Las estrategias de afrontamiento, fue otro de los indicadores que presentaron dificultades en la evaluación inicial. Se constató que predomina el afrontamiento centrado en la emoción en ambos grupos, con predominio del empleo de estrategias parcialmente funcionales (83 %), expresado en la combinación de estrategias dirigidas

a transformar la realidad, cambiar el modo de sentir y pensar con formas evitativas, en este caso fueron el autocontrol (47 %) y el distanciamiento (36 %), mientras que dentro de las centradas en el problema (27 %), la planificación (27 %) y la búsqueda de apoyo social (27 %) son las más frecuentes.

En la entrevista inicial se constató que el empleo de las estrategias está determinado por las demandas de la situación más que en los recursos personales para afrontar la enfermedad, lo que indica limitada mediatización reflexiva en sus acciones. Varias frases así lo denotan: *“la enfermedad implicó un gran cambio en mi vida, evito pensar en lo que sufrí”; “vivir con cáncer ha sido muy difícil durante estos años, la casa, la familia, uno quiere apoyar a todos y ya la salud no acompaña y lo peor es que los demás piensan que todo está bien y exigen”*.

Por la importancia que le atribuimos a la flexibilidad de las estrategias de afrontamiento en tanto favorece organizar alternativas diversas de comportamiento ante situaciones nuevas o ambiguas y los aprendizajes que se habían alcanzado en relación al control percibido, las estrategias se trabajan a lo largo de todo el programa. Se consideró como punto de partida la identificación de las estrategias más empleadas, enfatizándose en la importancia de adecuarlas a sus recursos personales y potencialidades.

En ese sentido, se generaron nuevos aprendizajes para la solución de problemas, la regulación de emociones displacenteras, habilidades para la comunicación asertiva y se evidenció además su puesta en práctica en la vida cotidiana. Para el logro de estos aprendizajes el grupo favoreció el cambio a partir de las reflexiones individuales y el intercambio de experiencias que se construyeron grupalmente, pues a través de la confrontación con sus experiencias personales y vivencias, se logró la movilización de recursos individuales así como la potenciación de zonas salutogénicas con sentido educativo.

En coherencia con lo anterior varias frases de las participantes así lo expresan: *“...compartir experiencias sobre lo que nos sucede, me ha permitido ver que yo no soy la única que está pasando por esto, he aprendido nuevas herramientas para manejar los problemas que me afectan a diario”; “...antes me quedaba callada, evitaba exponer mis ideas y hacía lo que todo el mundo quería, ahora cuando alguien me pide algo que no puedo hacer lo hablo e intento buscar soluciones”; “tiempo atrás me enfocaba mucho en no pensar ni hablar sobre lo que sentía, vivía enclaustrada en la casa, ahora trato de*

salir, distraerme, visitar amistades que hice en el grupo, tengo mejor ánimo para esas cosas”.

En cuanto a la extrapolación de lo aprendido a la vida cotidiana la frase de MM lo ilustra: “...ayer se me presentó un problema y me puse a pensar en la fábula que leímos y lo que se dijo en el grupo aquel día y por primera vez comprendí que era uno la que determinaba cómo se sentía, hablé sobre mi problema, expresé mis preocupaciones y el resultado fue diferente”.

En la evaluación post-test al aplicar la Escala de Modos de Afrontamiento se constató que existieron diferencias significativas en el grupo de estudio en cuanto al empleo de las estrategias de afrontamiento funcionales, antes y después de la intervención.

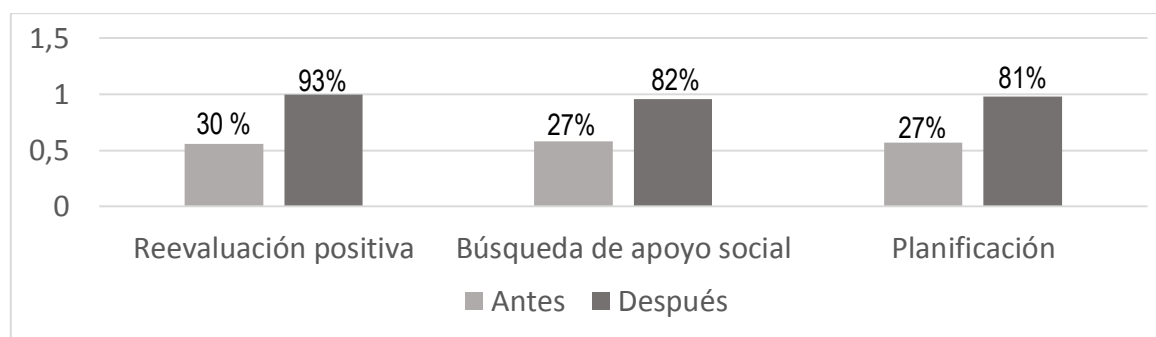


Gráfico 6. Comportamiento de las estrategias de afrontamiento antes y después del programa en el grupo de estudio

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento, $p = 0,000$

Al comparar el grupo de estudio y el testigo después post-intervención se constataron diferencias estadísticamente significativas. En el grupo testigo, los cambios apenas fueron imperceptibles. Lo anterior permite afirmar que a partir de la influencia del programa psicoeducativo se logró diversificar el empleo de estrategias funcionales de afrontamiento, como expresión de una actitud activa de la mujer para transformar su forma de pensar, sentir y actuar. A continuación, se muestran los resultados.

Tabla 12. Empleo de las estrategias de afrontamiento antes y después del programa

	Grupo de Estudio Media (SD)		Grupo Testigo Media (SD)	
	Antes	Después	Antes	Después
Distanciamiento	0,59 (0,06)	0, 40 (0,06)	0,59 (0,06)	0,59 (0,06)
Autocontrol	0,73 (0,07)	0, 46 (0,07)	0,73 (0,07)	0,73 (0,08)
Huida-evitación	0,56 (0,08)	0,53 (0,08)	0,56 (0,09)	0,56 (0,09)
Reevaluación positiva	0,56 (0,10)	1	0,59(0,13)	0,56 (0,13)
Confrontación	0,43 (0,09)	0, 46 (0,09)	0,46 (0,09)	0,43 (0,09)
Búsqueda de apoyo social	0,58 (0,08)	0, 96 (0,04)	0,65 (0,18)	0,66 (0,17)

Aceptación de la responsabilidad	0,28 (0,24)	0,31 (0,24)	0,31 (0,24)	0,31 (0,24)
Planificación	0,56 (0,11)	0,98 (0,03)	0,56 (0,09)	0,55 (0,09)
Centrado en el problema	0,48 (0,08)	0,75 (0,05)	0,51 (0,09)	0,51 (0,09)
Centrado en la emoción	0,61 (0,05)	0,70 (0,04)	0,62 (0,06)	0,62 (0,06)

Fuente: Cuestionario de modos de afrontamiento, prueba t para muestras independientes

Es importante señalar que el autocontrol disminuyó en el grupo de estudio (30 %) y las pacientes comienzan a emplear estrategias de afrontamiento que antes de la intervención apenas eran empleadas, dentro de ellas la reevaluación positiva, la planificación y la búsqueda de apoyo social, lo que habla a favor de una compensación de las funciones en el afrontamiento que sin duda alguna potencia la funcionalidad de las estrategias. En estos logros han tenido un papel importante las modificaciones alcanzadas en el control percibido, las influencias grupales y los aprendizajes contruidos como resultado del programa.

Sin duda alguna, el beneficio de la experiencia interventiva para las pacientes es significativo, en tanto se ha demostrado que la reevaluación positiva se relaciona con mayores experiencias positivas, con un mayor crecimiento postraumático y bienestar emocional (Casellas-Grau et al., 2014; Ochoa et al., 2010; Schueller et al., 2014), asimismo la búsqueda de apoyo social, se convierte en una importante fuente de resiliencia, que genera experiencias agradables que impactan en la salud mental, contribuyen a disminuir el riesgo de depresión y a amortiguar las consecuencias negativas del estrés (Campos-Ríos, 2013; Marrero & Carballeira, 2010; Roca & Pérez, 1999).

En ese sentido, el hecho de que las mujeres desarrollen afrontamientos activos ante la enfermedad, contribuye sobremanera al mantenimiento de un estilo de vida saludable, lo que guarda un estrecho vínculo con el autocuidado y la calidad de vida, lo cual también se logra a partir de la experiencia interventiva con gran potencial salutogénico, tal y como ha sido constatado también en otros estudios (Duijts et al., 2011; Koch, Jansen, Herrmann, et al., 2013; Park et al., 2011).

Precisamente, los logros alcanzados constituyen un indicador de que se estimulan también cambios favorables en el bienestar emocional de estas pacientes. Este indicador se expresa en vivencias emocionales placenteras que facilitan la realización

de las principales necesidades y metas, relacionadas con las áreas de mayor significación para el sujeto.

En la evaluación pre-test no se constataron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, el bienestar emocional se comportó en niveles medios (67 %) y bajos (33 %), siendo el indicador más afectado. En el análisis de los ítems se pudo constatar que dentro de la afectividad negativa las vivencias emocionales que más puntuaron fueron: “triste” (73 %), “insegura” (63 %) y “nerviosa” (53 %); mientras que en relación a la afectividad positiva “motivada” (43 %) y “fuerte” (36 %) fueron también las que más puntuaron.

En la entrevista inicial (véase anexo 32) se indagaron sobre las causas de estas vivencias, en relación a las emociones desagradables se identificó la enfermedad (63 %) y las situaciones cotidianas como las más frecuentes (60 %), mientras que en relación a las placenteras estuvieron asociadas a la familia fundamentalmente. Tomando en consideración el enfoque salutogénico que promueve el programa y el beneficio que se le atribuya a estas para la salud se trabajó desde las emociones placenteras. En las sesiones anteriores se venía trabajando con las emociones displacenteras por lo que en estas últimas sesiones del programa se trabaja desde la motivación y los proyectos personales de estas mujeres.

Como resultado las pacientes lograron aprendizajes sobre el vínculo entre emociones placenteras y salud, se enfatizó en la necesidad de contar con un proyecto personal como fuente de satisfacción, todo ello desde la autobiografía del sujeto. El trabajo con las memorias autobiográficas estimuló la esperanza y gratitud. Las pacientes lograron establecer con mayor claridad sus metas, encontrar las vías para lograrlo. En ese sentido varias frases de las pacientes así lo denotan: “...he aprendido que hay que ser optimista en la vida porque ayuda a estar bien”; “mantener el buen humor”; “...antes solo pensaba en lo mal que me sentía, ahora tengo nuevos proyectos entre ellos distraerme con las nuevas amigas que he hecho aquí en el grupo”; “...de aquí salimos tan bien que queremos irnos todas para la playa de excursión, organizaremos ese viaje próximamente”.

En la evaluación post-test en el grupo de estudio se pudo constatar que existieron diferencias estadísticamente significativas entre la afectividad positiva y negativa antes y después de la aplicación del programa ($p = 0,001$), con una tendencia a aumentar la

afectividad positiva y a disminuir la afectividad negativa. En el gráfico siguiente se muestran las vivencias que mayores cambios experimentaron.

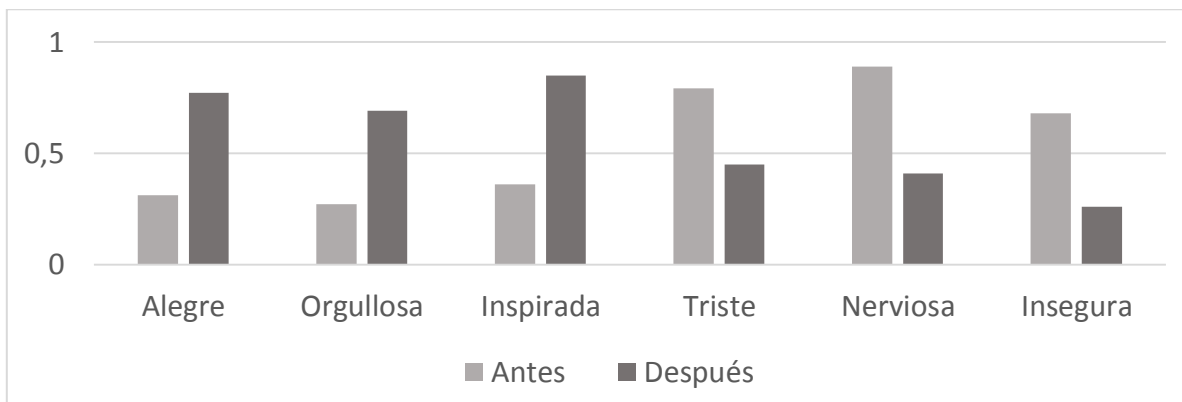


Gráfico 7. Comportamiento de las vivencias emocionales antes y después del programa en el grupo de estudio.

Fuente: Escala PANAS

En el grupo testigo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que denotaran un cambio en el bienestar emocional de estas mujeres. A diferencia de la comparación entre grupo de estudio y grupo testigo después de la experiencia interventiva donde sí se notaron diferencias altamente significativas ($p = 0,001$). En la tabla siguiente se muestran estos resultados.

Tabla 13. Comportamiento de la afectividad positiva y negativa antes y después del programa en el grupo de estudio y grupo testigo

Variables	Grupo de Estudio Media (SD)		Grupo Testigo Media (SD)	
	Antes	Después	Antes	Después
Afectividad positiva estado	0,42 (0,06)	0,69 (0,08)	0,38 (0,04)	0,32 (0,16)
Afectividad negativa estado	0,66 (0,08)	0,38 (0,03)	0,63 (0,06)	0,63 (0,06)

Fuente: Escala PANAS

Lo anterior permite confirmar que mediante el programa se logró estimular el bienestar emocional de las participantes del grupo de estudio, en tanto el 60 % alcanza niveles altos, el 27 % medios y el 13 % bajo. Lo anterior coincide con investigaciones similares, que han demostrado la implicación de las vivencias emocionales placenteras para el afrontamiento activo a la enfermedad, el crecimiento después de la experiencia y el fortalecimiento de la perspectiva futura (Antoni, 2013; Bostanci & Sevim, 2012; Fischer et al., 2013; Janz et al., 2014; Meneses et al., 2009; Quoidbach, Mikolajczak, & Gross, 2015; Stanton et al., 2005; Stanton et al., 2002).

En coherencia con los resultados obtenidos de la aplicación del programa, es posible rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa y afirmar que el programa psicoeducativo es efectivo para promover el afrontamiento activo a la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, en tanto se logró favorecer el autocuidado, estimular el control percibido, diversificar las estrategias de afrontamiento funcionales y estimular el bienestar emocional. El gráfico siguiente resume las diferencias entre el grupo testigo y el grupo de estudio, al concluir el programa.

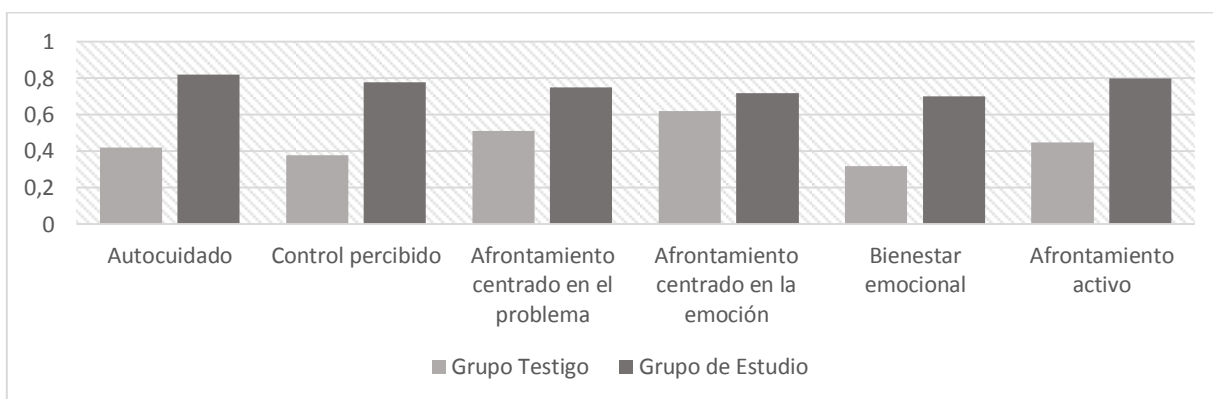


Gráfico 8. Comportamiento de los indicadores del afrontamiento activo a la enfermedad en el grupo de estudio y grupo testigo después de participar en el programa

Fuente: pruebas psicológicas

Con la finalidad de evaluar la satisfacción de las pacientes con el programa se utiliza el cuestionario a usuarios del “Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama”. En relación al desarrollo del programa el nivel de satisfacción alcanzó el 96 %, dentro de estos se destaca el logro de sus expectativas, la satisfacción con el trabajo en grupo, la calidad de los materiales y recursos empleados, la satisfacción con el facilitador, así como la adecuación de las sesiones.

Asimismo, en relación al impacto de las acciones de intervención desarrolladas se destacan altos niveles de satisfacción con el aprendizaje de las técnicas y recursos para afrontar la enfermedad (83 %), el aporte de técnicas de relajación (87 %), de solución de problemas (90 %), el aporte de las reflexiones vivenciales y discusiones grupales (100 %), los videos-educativos y materiales educativos (100 %) y la incorporación de lo aprendido a su vida cotidiana (93 %).

En ese sentido varias pacientes lo expresan: *“...aprendí a cuidarme mucho”; “tener optimismo en la vida y ser positiva”; “mejorar la comunicación con las personas de la familia y otros, esto es muy importante”; “cambiar pensamientos negativos por positivos”; “esta terapia de grupo sirvió para levantar el ánimo, pues en determinados momentos nos sentimos deprimidas, compartir experiencias y adaptarnos a convivir con la enfermedad lo mejor posible”*

De igual manera señalan la satisfacción con el facilitador y la puesta en práctica de lo aprendido en el programa fueron evaluados de muy satisfactorios: *“...recibir la ayuda de nuestra psicóloga ha sido muy positiva”, “...he aprendido nuevas formas de hacer, cosas diferentes a las que hacía antes, esto ha sido un aprendizaje para toda la vida”*. Dentro de las sesiones que más le aportaron el 93 % refiere que las 6 y 7 que estuvieron orientadas a trabajar con las emociones placenteras. Dentro de las técnicas que más le aportaron el 75 % señala los ejercicios de relajación y el 83 % las Autoinstrucciones y las fábulas compartidas.

Las valoraciones del programa fueron muy positivas, dentro de ellas destacan la importancia de las experiencias compartidas, las relaciones establecidas y como sugerencia proponen que mayor número de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, se beneficien de experiencias similares. Lo anteriormente expuesto permite afirmar que en la totalidad de las participantes se muestran altos niveles de satisfacción con el programa, lo cual sin duda contribuirá a la estabilidad de los logros de las pacientes.

Por la importancia que se le atribuye hoy en día en el ámbito de la intervención psicológica a la estabilidad de los resultados, se realizó una entrevista de seguimiento a las pacientes, transcurridos tres meses de terminar la experiencia interventiva. Participaron en esta el mismo número de pacientes que asistieron al programa. Se pudo constatar que las pacientes no han afrontado eventos vitales de connotación negativa, una paciente refirió el nacimiento de su tercer nieto, como un evento significativo, por la alegría que representó la llegada de un nuevo miembro a la familia. El 96 % expresa sentirse bien tanto en relación a la enfermedad como moral, mientras que una paciente refirió menor bienestar. Al indagarse en las causas, se identificó que en ese momento estaba pasando por una crisis hipertensiva.

En cuanto a las prácticas de autocuidado se constató que el 87 % se ha incorporado a los círculos de abuelo en sus comunidades, el 90 % mantiene un horario de sueño de acuerdo a sus necesidades, mientras que 67 % ha incorporado como parte de su autocuidado la participación en actividades recreativas. En ese sentido, se identificó un impacto no previsto en el programa y es que varios participantes de uno los subgrupos han seguido reuniéndose espontáneamente para realizar actividades recreativas. Refiriéndose a esto, una paciente expresó que se han convertido en una familia, lo cual denota la pertinencia de los grupos de apoyo como fuente de soporte social en estas mujeres.

En cuanto a la generalización de los aprendizajes a la vida cotidiana la mayor parte de las mujeres coincidieron en que su aplicación a diversas situaciones como problemas familiares, situaciones cotidianas. Expresan sentir más confianza en sí mismas y en las acciones que desarrollan para afrontar la enfermedad, como el hecho de que valoran primero sus potencialidades y limitaciones para después responder a las diversas situaciones que le afectan. En cuanto al mantenimiento de los aprendizajes refieren que son capaces de continuar aplicándolos. Por tanto, es posible afirmar que el Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad tiene un impacto positivo para la calidad de vida y el bienestar de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad que participaron en la experiencia interventiva.

3.5. Análisis integral de resultados

Se logró diseñar un programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, que partió de las necesidades de estas pacientes, los juicios profesionales de directivos y profesionales encargados de su atención en la APS, lo que permitió garantizar su pertinencia. Asimismo, resultaron suficientes para el logro de los objetivos del programa, la combinación de técnicas reflexivo-vivenciales, cognitivo-conductuales, de desactivación fisiológica y de psicología positiva que concebidas desde el trabajo en grupo y plasmadas en el diseño lógico-metodológico, permitieron optimizar el proceso de afrontamiento activo a la enfermedad y favorecieron el desarrollo de recursos psicológicos y la estimulación de zonas salutogénicas.

El incremento de los conocimientos en relación a la sobrevida, los cuidados necesarios durante esta etapa contribuyó a favorecer el autocuidado como una nueva estrategia para afrontar su enfermedad y se estimuló la responsabilidad del paciente con su salud. Concientizaron su rol activo en el proceso, lo que permitió que fueron ganando en seguridad y confianza para orientar su comportamiento hacia el afrontamiento activo de la enfermedad y a su vez se motivaron por la experiencia interventiva.

La estimulación del control percibido, permitió que identificaran las situaciones estresantes que les afectan, facilitó que aprendieran a modular los significados asociados a dicha experiencia y adecuaran sus acciones a las características de las demandas psicológicas de acuerdo a sus potencialidades recursos y limitaciones. A su vez esto impactó favorablemente, en su capacidad para organizar alternativas diversas de comportamientos ante situaciones nuevas o ambiguas, a través del empleo de estrategias de afrontamiento funcionales centradas en transformar la situación, su modo de pensar, sentir y/o actuar, apoyándose en un proceso selección reflexiva. La reevaluación de su situación de enfermedad y los aprendizajes logrados, permitió que las mujeres encontraran una explicación a sus vivencias emocionales, asumieran sus necesidades y fueran consecuentes con ellas. En ese sentido, aprendieron a centrarse en sus metas personales, proyectarse al futuro, lo que favoreció el bienestar emocional.

La generalización de los aprendizajes y recursos psicológicos a su vida cotidiana como parte de la potenciación de sus zonas salutogénicas, las prepararon para afrontar activamente las demandas psicológicas derivadas de su enfermedad. Los logros alcanzados en cada una de las sesiones, contribuyó a reforzar y favorecer los cambios progresivos que se iban dando como parte de la influencia del programa. Se concluye que el programa es eficaz, eficiente y efectivo para promover el afrontamiento activo a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

La aprobación de las pacientes y los resultados aquí encontrados denotan la utilidad clínica de la intervención, así como las posibilidades de su aplicabilidad en el contexto de la atención primaria de salud. La autora reconoce como limitación en este estudio, que al no contarse con un registro actualizado de la población de mujeres con cáncer de mama intervalo libre de enfermedad impidió que se trabajara con una muestra representativa, aspecto este que debe considerarse para investigaciones futuras.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- En el diagnóstico psicológico de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad predominó el afrontamiento parcialmente activo, caracterizado por dificultades en el conocimiento sobre los cuidados durante la sobrevida y la enfermedad que inciden en el desarrollo de estilos de vida saludables y de conductas activas orientadas al cuidado de su salud.
- La percepción de daño y/o amenaza asociada a la enfermedad, el miedo a la recurrencia y las situaciones cotidianas, inciden en la aparición de emociones displacenteras (ansiedad y depresión), con ausencia de ira y en la configuración de las creencias de control que no le permiten ganar en seguridad y confianza para afrontar activamente la enfermedad y el dominio del proceso para hacerlo.
- El empleo de estrategias de afrontamiento evitativas (autocontrol y distanciamiento), no contribuyen a regular el malestar emocional incidiendo en la realización de sus principales metas y necesidades. Mostraron mayor tendencia a la funcionalidad: reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación.
- Las limitaciones identificadas devienen en líneas interventivas que se concretaron en el diseño del “Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad”, el cual fue evaluado favorablemente por el juicio de especialistas.
- La potenciación de las zonas salutogénicas de las pacientes a través del Programa psicoeducativo para el afrontamiento activó la movilización consciente de los recursos psicológicos para afrontar activamente las demandas psicológicas derivadas de su enfermedad. Los logros alcanzados en cada una de las sesiones, contribuyó a reforzar y favorecer los cambios progresivos que se iban dando como parte de la influencia del programa.
- El programa psicoeducativo diseñado demostró ser efectivo para promover el afrontamiento activo a la enfermedad, en tanto se logró favorecer el autocuidado, estimular el control percibido, amplió el repertorio de estrategias funcionales de afrontamiento a la enfermedad y fomentó el bienestar emocional.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Continuar con la aplicación del Programa psicoeducativo diseñado, aumentando el número de participantes en la provincia de Villa Clara y otras regiones del país.
- Presentar al Programa Nacional del Control del Cáncer, los resultados obtenidos en la investigación, con la finalidad de coordinar acciones para promover los cuidados integrales de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Proponer al Sistema Nacional de Salud, la utilización del Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad en la Atención Primaria de Salud, garantizando la capacitación de los profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud insertados en ese nivel y acordes con los requerimientos establecidos para su implementación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, G., Romero, T., Monzón, A. N., & Bermejo, W. (2010). La APS en el control del cáncer: papel del policlínico. En T. Romero, G. Abreu, A. Monzón, & W. Bermejo (Eds.), *Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud. Experiencias Cubanas*. La Habana: Grupo Editorial Científico del Programa Integral para Control del Cáncer. Retrieved from www.paho.org/.../index.php?...control-cancer...experiencias-cubanas.
- Absolom, K., Eiser, C., Michel, G., Walters, S., Hancock, B., Coleman, R., . . . Greenfield, D. (2009). Follow-up care for cancer survivors: Views of the younger adult. *British Journal of Cancer*, 18(101), 561-567. doi:10.1038/sj.bjc.6605213
- Adler, N. E., & Page, A. E. (2008). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Aguiar, A., Montiel, V., & Guerra, V. (2015). *Exploración de las propiedades psicométricas del (MAC) en una muestra de mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad*. Facultad de Psicología. Trabajo de Diploma Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Ahn, S. H., Park, B. W., Noh, D. Y., Nam, S. J., Lee, E. S., Park, S. M., & Yun, Y. H. (2007). Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Annals of Oncology* 18(1), 173-182. doi:10.1093/annoc/mdl333
- Allemani, C., Weir, H. K., Carrerira, H., Harewood, R., Spika, D., Wang, X., . . . Group, C. W. (2014). Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 678 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *The Lancet*, 385(9972), 977-1010. Retrieved from doi:http://dx.doi.org/10.106/S0140-6736(14)62038-9
- Alonso, A. (2003). *Psicodiagnóstico*. La Habana: Félix Varela.
- Álvarez, O. L., Montiel, V., & Guerra, V. (2015). *Particularidades del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad*. Facultad de Psicología. Tesis e de Maestría Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral* (Vol. 2). La Habana: Ciencias Médicas.
- Álvarez, R. I. (2011). *Evaluación de factores pronósticos y predictivos en cáncer de mama en Cuba. Su papel en la terapia personalizada*. Tesis de Doctorado. Universidad de La Habana, La Habana.
- American Institute for Cancer Research (AICR). (2014). *What breast cancer survivors can do*. Washington, DC. Retrieved from www.aicr.org/learn-more-about-cancer/infographics/what-breast-cancer-survivors-can-do.html
- Amin, M., & Hassan, M. (2013). Psychoeducational program for breast cancer survivors, effect on cancer-related fatigue and quality of life. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 34, 25-33. doi:10.7123/01.EJP.0000415299.41177.69
- Anarte, M. T., López, A. E., Ramírez, C., & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos *Anales de Psicología*, 16(2), 133-141
- Andersen, B., DeRubeis, R., Berman, B., Gruman, J., Champion, V., Massie, M., . . . Rowland, J. H. (2014). Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical

- Oncology Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15). doi:10.1200/JCO.2013.52.4611
- Anderson, C., Douglas, R., & Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. (2005). Patient empowerment reflections on the challenges of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57, 153-157.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282.
- Angulo, L. (2012). *Elaboración de una Guía Psicoeducativa para pacientes oncohematológicos*. Trabajo de Diploma. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effect on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain Behav Immun*, 30(Suppl), 88-98. doi:10.1016/j.bbi.2012.05.009
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S., Sifre, T., Urcuyo, K., . . . Glük, S. (2006). How Stress Management Improves Quality of Life After Treatment for Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1143-1152 doi:10.1037/0022-006X.74.6.1152
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arenas, N., & Calvente, M. T. (2011). El cuidado de la salud en el ámbito familiar. *Revista Española de Salud Pública*, 10(2), 62-91.
- Arrighi, E., Jovell, A., Navarro, M. D., & Font, A. (2014). Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología*, 11(1), 117-128. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.4492
- Ashing-Giwa, K., Rosales, M., Lai, L., & Weitzel, J. (2013). Depressive symptomatology among Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 845-853. doi:10.1002/pon.3084
- APA (2015). Psychology has important role in changing cancer landscape. Retrieved from www.sciencedaily.com/releases/2015/03/150302104550.htm
- APA (2014). Guidelines for Prevention in Psychology. *American Psychologist*, 69(3), 285-296. doi:10.1037/a0034569.
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2006). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*. doi:10.1016/j.pec.2006.09.008
- Averill, J. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.
- Azzollini, S., & Bail, V. (2010). La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de Investigaciones*, XVII, 287-297.
- Baert, H., Gulen, P., & Smet, M. A. (1992). A health diary for the chronically ill. In A. Kaplun (Ed.), *A health promotion and chronic illness: discovering a new quality of health* Copenhagen: World Health Organization.

- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Bárez, M., Blasco, T., & Fernández- Castro, J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235- 246.
- Bartuste, C., Montiel, V., & Guerra, V. (2014). *Bases para el diseño de un programa psicoeducativo dirigido al afrontamiento en mujeres con cáncer de mama*. Trabajo de Diploma.. Universidad Central " Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1-9. doi:10.1093/schbul/sbl017
- Bayés, R. (1999). La psicooncología en España. *Medicina Clínica*(113), 273-277.
- Beers, M. H., & Berkow, R. (1999). *El Manual MERCK de diagnóstico y tratamiento* (10a. ed.). Madrid: Harcourt, S. A.
- Beers, M. H., Porter, R. S., Jones, T. V., Kaplan, J. L., & Berkow, M. (2007). *El Manual MERCK de diagnóstico y tratamiento* (11a.ed.). España: Elsevier.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., & Iwuagwu, S. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446 -460. doi:http://dx.doi.org/10.1080/07347332.2012.684856
- Bell, K., & Ristovski-Slijepcevic, S. (2013). Cancer Survivorship: Why Labels Matter. *Journal of Clinical Oncology*, 31(4), 409-411. doi:10.1200/JCO.2012.43.5891
- Bellizzi, K., & Blank, T. (2006). Predicting Post-traumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Journal of Health Psychology*, 25(1), 47-56.
- Bellizzi, K. M., Rowland, J. H., & Jeffery, D. D. (2005). Health behaviors of cancer survivors: examining opportunities for cancer control intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 8884–8893.
- Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Nuñarriz, B., Pérez-Fidalgo, J. A., & Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y Valoración de un Programa de Intervención Psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Bergsma, L. J. (2004). Empowerment education: the link between media literacy and health promotion. *Annals of Behavioral Science*, 48, 152-164.
- Bishop, M. M., Lee, S. J., Beaumont, J. L., Andrykowski, M. A., Rizzo, D., Sobocinski, K. A., & Wingard, J. R. (2010). The Preventive Health Behaviors of Long-Term Survivors Cancer and Hematopoietic Stem Cell Transplantation Compared to Matched Controls. *Biological Blood Marrow Transplantation*, 16(207-223). doi:10.1016/j.bbmt.2009.09.015
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., & LaCaille, L. J. (2005). Lifestyle approaches to the treatment of hypertension. In W. T. Cummings, O. Donohue, & E. V. Naylor (Eds.), *Psychological Approaches to Chronic Disease Management* (pp. 87-116). Reno, Nevada: Context Press.
- Bober, S. L., & Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 3712- 3719.

- Bodai, B. I., & Tusso, P. (2015). Breast Cancer Survivorship: A Comprehensive Review of Long-Term Medical Issues and Lifestyle Recommendations. *The Permanente Journal*, 19(2), 48-79. doi:10.7812/TPP/14-241
- Boesen, E. H., Sidsel, H., Boesen, K. F., Ross, L., Dahlstrøm, G. S., Næsted, J., . . . Johansen, C. (2007). Survival After a Psychoeducational Intervention for Patients With Cutaneous Malignant Melanoma: A Replication Study *Journal of Clinical Oncology*, 25(36). doi:10.1200/JCO.2007.10.8894
- Bonal, R. (2012). La complejidad de la educación al paciente crónico en la Atención Primaria. *Revista Finlay* 2(3), 146-155. Retrieved from www.revfinlay.sld.cu
- Bostanci, N., & Sevim, B. (2012). Psychoeducation Intervention to Improve Adjustment to Cancer among Turkish Stage I-II Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 5313-5318 doi:10.7314/APJCP.2012.13.10.5313
- Bower, J., Ganz, P., Irwin, M., Kwan, L., Breen, E., & Cole, S. (2011). Inflammation and behavioral symptoms after breast cancer treatment: do fatigue, depression, and sleep disturbance share a common underlying mechanism? *Journal of Clinical Oncology*, 29(26), 3517-3522. doi:http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.36.1154
- Braniecka, A., Trzebin´ska, E., Dowgiert, A., & Wytykowska, A. (2014). Mixed Emotions and Coping: The Benefits of Secondary Emotions. *PLoS ONE*, 9(8),. doi:10.1371/journal.pone.0103940
- Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y., & Moskowitz, J. T. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients-a randomized study. *Annuary of Behavioral Medicine*, 39(151-161).
- Brennon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and Practice of Brief Therapy*. New York: Guilford.
- Buela-Casal, G. (2011). La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades? *INFOCOP online*. Retrieved from www.infocop.es/view_article.asp?id=3710
- Bueno, C. M., & Novaes, M. E. (2010). Estresse Psicológico e Enfrentamento em Mulheres Com e Sem Câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 475-483.
- Builes, M. V., & Bedoya, M. H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 463- 475.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., & Mongiello, E. (2008). El uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica. Retrieved from www.fundacioniccap.org.ar/investigacion.php
- Burke, S. M., & Sabiston, C. M. (2012). Fostering Growth in the Survivorship Experience: Investigating Breast Cancer Survivors Lived Experiences Scaling Mt. Kilimanjaro from a Posttraumatic Growth Perspective. *The Qualitative Report*, 17(32), 1-19
- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as dimension of personality. In B. Maher (Ed.), *Progress in experimental research*. Nueva York: Academic Press.
- Calderón, N. (2015). *Programa Psicoeducativo dirigido al afrontamiento efectivo en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad*. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.

- Calviño, M. A. (2006). *Trabajar en y con grupos*. La Habana: Félix Varela.
- Campos-Ríos, M. M. (2013). Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático *Escritos de Psicología*, 6(1), 6-13. doi:10.5231/psy.writ.2012.210
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Cano-Vindel, A. (1997). La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, XLIV, 103-111.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. In E. G. Fernández-Abascal & M. P. J. Sánchez (Eds.), *Control del Estrés* (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.
- Cano-Vindel, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en la atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 157-184.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 129-143.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M. B., & Pérez-Manga, G. (1997). Ansiedad, racionalidad, armonía, optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Psicología.com*, 11(1). Retrieved from Psiquiatría.com website: www.psiquiatría.com/psicologia/vol11num1/art5.html
- Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J. J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Cantero, A., Mederos, O., & Romero, C. (2012). Valor educativo y generalización del grupo "Alas por la vida". *Revista Cubana de Cirugía*, 51(1), 110-117.
- Carbelo, B., & Jáuregui, E. (2006). Emociones Positivas: Humor Positivo. *Monografías Papeles del Psicólogo*, 27(1), 18-30. Retrieved from <http://www.cop.es/papeles>
- Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., & Drysdale, E. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer (MINDSET). *Journal of Clinical Oncology*, 31, 3119-3126. doi:10.1200
- Carver, C. S., & Scheider, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: a control- theory approach to human behavior*. New York: Springer-Varlang.
- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23, 9-19.
- Cassinda, D. (2013). *Evaluación de la efectividad de las guías psicoeducativas para la preparación del cuidador principal de niños (as) y adultos con enfermedades oncológicas*. Tesis de Maestría, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Castillo, Z. E. (2012). *Intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico* Tesis de Doctorado, eUniversidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara
- Castillo, Z. E., Guerra, V., Gómez, I., & Navarro, M. (2011). Rehabilitación psicológica de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Retrieved from <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/terapia-cancer-de-mama.html>

- Castro, M. (2013). *Quality of Life in Female Breast Cancer Survivor in Panama*. Tesis de Maestría, University of South Florida Florida.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Berglund, M. L., Pollard, J. A., & Arthur, M. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescent Health*, 31, 230-239. doi:10.1016/S1054-139X(02)00496-2
- Center, M. A. C. (2015). Retrieved from <https://www.mdanderson.org/>
- Cerezo, M. V. (2011). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información Psicológica*, 106, 17-27.
- Chan, S., & Chan, C. (2011). Attitude, social influence, and self-efficacy among chinese participants of chronic disease self-management program: A latent growth curve modeling study. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 191-199. doi:10.1037/a0024584
- Chasen, M., & Kennedy, A. (2013). The growing pains of cancer survivors: a call for a paradigm of interdisciplinary care *Current Oncology*, 20, 57-58. doi:10.3747/co.20.1211
- Cimprich, B., Janz, N. K., Northouse, L., Wren, P. A., Given, B., & Given, C. W. (2005). Taking CHARGE: A self-manageinent program for women following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 14, 704-717.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomy implications. *Jorunal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clayton, M. F., Mishel, M. H., & Belyea, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Res Nurs Health*, 29, 18-39.
- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatric*, 198, 338-340.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147-165.
- Colom, F., & Vieta, E. (2005). Uso de la psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal en los pacientes bipolares. *Bipolar Disorders (Ed Esp)*, 3, 146-152.
- Cooper, C., & Faragher, E. (1991). Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychosomatics Medicine*, 32(2), 124-132.
- Corey, L., Keyes, M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi:10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., & Roeder, S. L. (2011). Common-Sense Beliefs about Cancer and Health Practices Among Women Completing Treatment for Breast Cancer. *Psychooncology*, 20(1), 53-61. doi:10.1002/pon.1707
- Council, N. R. (2011). National Prevention, Health Promotion, and Public Health Council *Draft framework for the National Prevention Strategy*. Washington.
- Craft, L. L., Vanlterson, E. H., Helenowski, I. B., Rademaker, A. W., & Courneya, K. S. (2012). Exercise Effects on Depressive Symptoms in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 21(1), 3-19. doi:10.1158/1055-9965.EPI-11-0634

- Crespo, T. (2009). *Métodos de la Prospectiva en la Investigación pedagógica*. La Habana: Educación Cubana.
- Cruzado, J. A. (2000). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Cubadebate. (2014). Combate contra el cáncer en Cuba. Recuperado de: www.cubadebate.cu/especiales/2014/06/19/combate-contra-el-cancer-en-cuba/#.VRWng9VO615
- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2008). Psychoeducation in Conjunction with Psychotherapy Practice. In W. O'Donohue & N. Cummings (Eds.), *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. Estados Unidos: Elsevier.
- De la Garza, J., & Márquez, G. (2007). Neoplasmas de la mama. Cáncer de mama. Retrieved from <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfam7-4/mama74.html>
- de La Torre-Luque, A., Gambará, H., López, E., & Cruzado, J. (2015). Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A metanalysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- de Moor, J. S., Mariotto, A. B., Parry, C., Alfano, C. M., Padgett, L., Kent, E. E., & Rowland, J. H. (2013). Cancer survivors in the United States: Prevalence across the survivorship trajectory and implications for care. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 22, 561-570. doi:<http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-1356>
- De Vries, J., Van der Steeg, A. F., & Roukema, J. A. (2009). Trait anxiety determines depressive symptoms and fatigue in women with an abnormality in the breast. *Br J HealthPsychol*, 14(1), 143-157. doi:<http://dx.doi.org/10.1348/135910708X310200>
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective Science and Health: The Importance of Emotion and Emotion Regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474-486. doi:10.1037/a0030259
- Diener, E., & Emmons, R. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105- 1117.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Napa, C. S. (2006). Beyond the Hedonic Treadmill. Revising the Adaptation Theory of Well-Being. *American Psychologist*, 61(4), 305-314. doi:10.1037/0003-066X.61.4.305
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychologist*, 54, 403-425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Doll, R., Kazanjian, A., Smillie, K., Ward, A., & Chasen, M. (2012). A call for action in survivorship research and care. *Current Oncology*, 19(1), 16-20. doi:10.3747/co.19.850
- Duckworth, A., & Gross, J. J. (2014). Self-Control and Grit: Related but Separable Determinants of Success. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 319-325. doi:10.1177/0963721414541462
- Duijts, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, S. A., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20, 115-126. doi:10.1002/pon.1728

- Durá, E., & Ibañez, E. (1991). The psychosocial effects of an information program involving. Spanish breast cancer women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 45-65.
- Durá, E., & Ibañez, E. (2000). Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Saúde & Doenças*, 1 (1), 27-43.
- Edwards, B. K., Noone, A.-M., Mariotto, A. B., Simard, E. P., Boscoe, F. P., Henley, S. J., & Ward, E. M. (2014). Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. *Cancer*, 120, 1290-1314. doi:http://dx.doi.org/10.1002/cncr.28509
- Egan, M. Y., McEwen, S., Sikora, L., Chasen, M., Fitch, M., & Eldred, S. (2013). Rehabilitation following cancer treatment. *Disability and Rehabilitation. An international, multidisciplinary journal, Early Online*. doi:10.3109/09638288.2013.774441
- Espín, A. M. (2010). *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de La Habana. 2003-2009*. Tesis de Doctorado, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana.
- Fabelo, J. R. (2010). *Psicología y epileptología* (Vol. 1ra ed). La Habana: Ciencias Médicas.
- Favrod, J., Crespi, S., Faust, J. M., Polari, A., Bonsack, C., & Conus, P. (2011). A psychoeducation tool for patients with first-episode psychosis. *Acta Neuropsychological*, 23, 75-77.
- Fawzy, F. I. (2005). Psychosocial Interventions in Cancer Cure. In I.. Blanco (Ed.), *La Mujer ante el cancer de mama*. Valencia UIMP.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., & Fawzy, N. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(7), 720-725.
- Fawzy, F. I., & Fawzy, N. (2011). A Short Term, Structured, Psychoeducational Intervention for Newly Diagnosed Cancer Patients. In M. Watson & D. W. Kissane (Eds.), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* (pp.119-133). New York: John Wiley & Sons.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis: Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Fernández - Abascal, E. G., & Palmero, F. (1999). Emociones y Salud. In E. G. Fernández - Abascal (Ed.), *Emociones y Salud* (pp. 5-17). Barcelona: Ariel.
- Fernández, J., & Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? . *Anales de Psicología*, 10(2), 127- 133.
- Fernández, L. (2002). *Pensando en la personalidad*. La Habana Facultad de Psicología: Universidad de La Habana.
- Ferrero, J., Rodríguez-Marín, J., Toledo, M., & Barreto, M. P. (1996). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer: un estudio de la aceptabilidad relativa de hipótesis causales opuestas. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(2), 3-26.

- Ferrero, J., Toledo, M., & Barreto, M. P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(001), 87-102.
- Feuerstein, M. (2007a). Cancer Survivorship. Research, Practice and Police. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (1 ed., pp. 483-493). United State.
- Feuerstein, M. (2007b). Defining cancer survivorship. *Journal Cancer of Survivorship*, 1, 5-7. doi:10.1007/s11764-006-0002-x
- Feuerstein, M. (2011). The Journal of Cancer Survivorship: retrospective and future directions. *Journal Cancer of Survivorship*, 5, 315-319. doi:10.1007/s11764-011-0202-x
- Feuerstein, M., Bruns, G. L., Pollman, C., & Todd, B. L. (2010). Management of Unexplained Symptoms in Survivors of Cancer. *Journal of oncology practice*, 6(6), 308-311. doi:10.1200/JOP.2010.000088
- Fiorentino, L., McQuaid, J. R., Liu, L., Natarajan, L., He, F., & Cornejo, M. (2009). Individual cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: A randomized controlled crossover pilot study. *Journal of Nature and Science of Sleep*, 2, 1-8. doi:10.2147
- Fischer, M. J., Wiesenhaan, M. E., Does-den Heijer, A., Kleijn, W. C., Nortier, J. W., & Kaptei, A. A. (2013). From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 18, 526-545. doi:10.1111/j.2044-8287.2012.02100.x
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychosocial well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19. doi:http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200001/02)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z
- Folkman, S., & Moskowitz, T. (2003). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychologist*, 55, 745-774.
- Font, A. (2009). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. In M. Pérez, J. Fernández, & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 57-92). Madrid: Pirámide.
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 1(6), 27-42.
- 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.
- Foster, C., Breckons, M., Cotterell, P., Barbosa, D., Calman, L., Corner, J., . . . Smith, P. W. (2015). Cancer survivors' self-efficacy to self-manage in the year following primary treatment. *Journal of Survivorship* 9(1), 250-261.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of Geneneral Psychology, Special Issue: New Directions in Research on Emotion*(2), 300-319.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open Hearts Build Lives: Positive Emotions, Induced Through Loving-Kindness Meditation, Build Consequential Personal Resources. *Journal of Persanality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. doi:10.1037/a0013262.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. doi:10.1037/0003-066X.60.7.678

- Frijda, N. H. (2009). Emotions, individual differences and time course: Reflections. *Cognition & Emotion*, 23, 1444-1461.
- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, J. L., & Alvarado, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long term, disease-free survivors of breast cancer: a follow up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 93, 39-49.
- Ganz, S. (1990). Self-care: perspective from six discipline. *Journal of Holistic Nursing*, 4, 1-12.
- Garcés, Y., & Montiel, V. (2015). *Estrategia de comunicación para la educación de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad*. Trabajo de Diploma Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- García-Torres, F. (2014). *Los síntomas somáticos-motivacionales de la depresión, el psicoticismo y la ansiedad en situaciones cotidianas: nuevas vías para entender problemas clásicos en las supervivientes al cáncer de mama*. Tesis Doctoral, Universidad de Córdoba, Córdoba.
- García-Torres, F., & Alós, F. J. (2013). Identification of different depressive symptoms after mastectomy *Psycho-Oncology*, 22(12), 2857-2859. doi:http://dx.doi.org/10.1002/pon.3349
- García-Torres, F., & Alós, F. J. (2014). Anxiety in common situations of everyday life in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*,. doi:10.1002/pon.3548
- Garcia, D., Nima, A. A., & Kjell, O. N. (2014). The affective profiles, psychological well-being, and harmony: environmental mastery and self-acceptance predict the sense of a harmonious life. *Peer Journal*, 2(259), 1-21. doi:10.7717/peerj.259
- García, R. (1998). Programa de educación de diabetes en Cuba: Filosofía, métodos y líneas de trabajo. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 55(6), 125-132.
- Geller, J., & Butler, K. (1981). Study of educational deficits as the cause of hospital admissions for diabetes mellitus in a community hospital. *Diabetes Care*, 4, 487-489.
- Gibson, L. M., Thomas, S., Parker, V., Mayo, R., & Wetsel, M. A. (2014). Breast Cancer Fear in African American Breast Cancer Survivors. *Journal of Cultural Diversity*, 21(4), 135-144.
- Gill, K., Mishel, M., & Belyea, M. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 31, 633-639.
- Giraldo-Mora, C. V., & Arango, M. E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación Educativa en Enfermería*, 27(2), 191-200.
- Gómez, I. (2008). *Propuesta de una estrategia para la rehabilitación integral de las pacientes longevas con cáncer de mama*. Tesis de Maestría, Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz, Santa Clara
- González, F. (1994). Personalidad y salud: la dimensión subjetiva de la salud humana. *Revista Cubana de Psicología*, 12(2-3), 135-143.
- González, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 4(2), 225-243.

- González, F. (2009). La significación de Vygostki para la consideración de lo afectivo en la educación. *Actualidades investigativas en Educación*, 9, 1-24.
- González, F. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 9(1), 241-253.
- González, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural- histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Ciencias Sociales*, 11(enero-junio), 19-42.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., . . . Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726.
- Gordon, W. A., Freidenbergs, I., & Diller, L. (1980). Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 743-759.
- Grant, F., Guille, C., & Sen, S. (2013). Well-Being and the Risk of Depression under Stress. *PLoS ONE*, 8(7), e67395. doi:10.1371/journal.pone.0067395
- Grau, J. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad: repercusiones para la psicología de la salud contemporánea. In E. Hernández & J. Grau (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Grau, J., & Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Revista Psicología y Salud*, enero-junio, 137-149.
- Grau, J., Martín, M., & Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque persona. *Revista Interamericana de Psicología*, 27(1), 37-58.
- Grau, J. A., Infante, O. E., & Díaz, J. A. (2012). Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 83-101.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4(1). doi:10.1037/1522-3736.4.1.41a
- Greer, S. (2002). Psychological Intervention. The Gap between Research and Practice. *Acta Oncológica*, 41(3), 238-243.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *The Lancet*, 785-789.
- Greer, S., & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer. Psychological consideration. *Social Sciences Medicine*, 20, 773-777.
- Griñán, M. C. (2012). *Autocuidado de la salud* (1ra ed.). Murcia: Morphos Ediciones SL.
- Gross, J. J., & Feldman, L. A. (2013). The Emerging Field of Affective Science. *Emotion Review*, 13(6), 997-998. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0034512
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (Vol. 3, pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Grossart-Matticek, R., & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Report*, 66, 353-373.
- Guerra, V., Angulo, L., Castillo, Z., Treto, A., Cassinda, M., González, M., . . . Gil, P. (2015). Psychoeducation: An Alternative for Preparing the Cancer Patient's Primary Caregiver. In H. S. Watanabe (Ed.), *Horizons in Cancer Research* (Vol. 5, pp. 135-149). New York: Nova Biomedical.

- Hagger, M. S. (2015). Conservation of Resources Theory and the Strength Model of Self-Control: Conceptual overlap and commonalities. *Stress and Health*, 31, 89-94. doi:10.1002/smi.2639
- Hall, M., & Felton, A. M. (2009). 20 años de la Declaración de San Vicente: vencer la diabetes en el siglo XXI. *Diabetes Voice*, 54(2), 42-44.
- Halpern, M., Viswanathan, M., Evans, T., Birken, S., Basch, E., & Mayer, D. (2015). Models of Cancer Survivorship Care: Overview and Summary of Current Evidence. *Journal of Clinical Practice*, 11(1), 19-27.
- Haro, J. A. (1998). *Participación comunitaria en salud. Evaluación de experiencias y retos para el futuro*. Hermosillo: Organización Panamericana de la Salud.
- Harrington, C., Hansen, J., Moskowitz, M., Todd, B., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long term symptoms in cancer survivors - a systematic review. *Int J Psychiatry Med*, 40(2), 163-181.
- Hegel, M. T., Lyons, K. D., Hull, J. G., Kaufman, P., Urquhart, L., & Li, Z. (2011). Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone delivered problem-solving- occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. *Psychooncology*, 20, 1092-1101. doi: 10.1002.
- Hegelson, V., Shulz, R., & Yasklo, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health Psychology*, 19, 107-114.
- Helgeson, V. (2011). Survivor Centrality Among Breast Cancer Survivors: Implications for Well-Being. *Psychooncology*, 20(5), 517-524. doi:10.1002/pon.1750.
- Hernández, A. (2011). *Programa psicoeducativo para personas con diagnóstico clínico de Herpes Simple Genital* Tesis Doctoral, Universidad de Las Ciencias Médicas, La Habana.
- Hernández, E., & Grau, J. (2005). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Hernández, J., & Montiel, V. (2014). *"Siga Adelante": Software para la educación de mujeres con cáncer de mama en etapa de larga supervivencia*. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* México: Mc Graw Hill Educación
- Heron, D., Komarnicky, L., & Hyslop, T. (2000). Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. *Journal of Breast Cancer*, 88 (12), 2739-2750.
- Hewitt, M., & Rowland, J. H. (2002). Mental health service use among adult cancer survivors: Analyses of the National Health Interview Survey. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4581-4590. doi:10.1200/JCO.2002.03.077
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G., Pendlebury, S., Hobbs, K., & Wain, G. (2007). Breast cancer survivors' supportive care needs 2 - 10 years after diagnosis. *Support Care Cancer*, 15(5), 515-523.
- Hoffman, C. J., Ersner, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1335-1342. doi: 10.1200

- Hoffman, M. A., Lent, R. W., & Raque-Bogda, T. L. (2013). A Social Cognitive Perspective on Coping With Cancer: Theory, Research, and Intervention. *The Counseling Psychologist*, 41(2), 240-267. doi:10.1177/0011000012461378
- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Hosaka, T., Sugiyama, Y., Hirai, K., & Sugawara, Y. (2001). Factors Associated with the Effects of a Structured Psychiatric Intervention on Breast Cancer Patients *Tokai J Exp Clin Med*, 26,(2), 33-38.
- Hou, W. K., Law, C. C., & Fu, Y. T. (2010). Does change in positive affect mediate and/or moderate the impact of symptom distress on psychological adjustment after cancer diagnosis? A prospective analysis. *Psychology and Health*, 25(4), 417-431.
- Howell, D., Hack, T. F., Oliver, T. K., Chulak, T., Mayo, S., Aubin, M., . . . Sinclair, S. (2011). Survivorship services for adult cancer populations: a pan-Canadian guideline *Current Oncology*, 18(6), 265-281.
- Hsu, T., Ennis, M., Hood, N., Graham, M., & Goodwin, P. J. (2013). Quality of Life in Long-Term Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 31(28), 3540-3548. doi:10.1200/JCO.2012.48.1903.
- Institute of Medicine (IOM). (2006). From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition. In M. Hewitt, S. Greenfield, & E. Stovall (Eds.), *Committee on Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine (2013). Delivering high quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis. In L. L. A, E. P. Balogh, S. J. Nass. , & P. A. Ganz (Eds.), *Committee on Improving the Quality of Cancer Care: Addressing the Challenges of an Aging*. Washington, DC: Academies Press.
- Izquierdo, M., Torres, B., González, M., & Jáuregui, U. (2007). Sexualidad en un grupo de mujeres cubanas con cáncer. *Rev Sexología Soc*, 13(33), 33-45.
- Janz, N. K., Friese, C. R., Li, Y., Graff, J. J., Hamilton, A. S., & Hawley, S. T. (2014). Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *Journal Cancer of Survivorship*, 8(1), 131-142. doi:10.1007/s11764-013-0309-3
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M. J. (2009). Cancer statistics, 2009. *Journal Clinical of Cancer*, 59, 225-249.
- Jensen, A., Madsen, B., Andersen, P., Rose, C. (1993). Information for cancer patient entering a clinical trial. An evaluation of an information strategy. *European Journal of Cancer*, 29(16), 2235-2238.
- Jones, J. R., Berwey, I. R., Doyal, G., Feder, G., Hellier, S., Rowland, G., & Curstis, S. (2004). Is the patient involvement possible when decision involved scarce resources. A qualitative study of decision-making in primary care. *Social Science & Medicine*, 59, 574-581.
- Juárez, G., Hurria, A., Uman, G., & Ferrel, B. (2013). Nueva Luz: Impact of a bilingual education intervention on the Quality of Life of Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), E50-E60. doi:10.1188/13.ONF.E50-E60
- Jun, E. Y., Kim, S., Chang, S. B., Oh, K., Kang, H. S., & Kang, S. S. (2011). The Effect of a Sexual Life Reframing Program on Marital Intimacy, Body Image, and Sexual Function among Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursering*, 34, 142-149.

- Kenyon, M., Mayer, D., & Owens, A. (2014). Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *Journal of Obstetric and Gynecology Neonatal Nurse*, 43(3), 382-398. doi:http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12300
- Kern de Castro, E., & Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicoonología*, 9(2-3), 453-465. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916
- Kim, J., Han, J., Shaw, B., McTavish, F., & Gustafson, D. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 543-552. doi:10.1177/1359105309355338
- Klein, D., Mercier, M., Abeilard, E., Puyraveau, M., Danzon, A., Dalstein, V., & al, e. (2011). Long-Term quality of life after breast cancer: a French registry-based controlled study. *Breast Cancer Res Treat*, 129(1), 125-134.
- Knapp, E. (2005). *Psicología de la Salud*. La Habana: Félix Varela.
- Knobf, M. T., Ferrucci, L. M., Cartmel, B., Jones, B. A., Stevens, D., & Smith, M. (2012). Needs assessment of cancer survivors in Connecticut. *Journal Cancer of Survivorship*, 6, 1-10. doi:10.1007/s11764-011-0198-2
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (5 years) cancer survivors-A systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, 22, 1-11. doi:http://dx.doi.org/10.1002/pon.3022
- Koch, L., Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Holleczeck, B., Singer, S., . . . Arndt, V. (2013). Quality of life in long-term breast cancer survivors-a 10-year longitudinal population-based study. *Acta Oncológica*, 52(6), 1119-1128. doi:10.3109/0284186X2013.774461
- Kohlmann, C. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to discrepancy between subjective and physiological stress reactions. In G. Hentschel (Ed.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* Nueva York: Springer Verlag.
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). Coping with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(11), e112733. doi:10.1371/journal.pone.0112733
- Labrador, F., & Crespo, M. (1993). *Estrés. Trastornos Psicofisiológicos*. Barcelona: Eudema
- Labrador, F. J. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Lam, W. W., Au, A. H., Wong, J. H., Lehmann, C., Koch, U., & Fielding, R. (2011). Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130, 531-541.
- Larsen, R. (2009). The Contributions of Positive and Negative Affect to Emotional Well-Being *Psychological Topics*, 18(2), 247-266
- Laux, L., & Weber, H. (1991). Presentation of self in coping with anger and anxiety: An international approach. *Anxiety Research*, 3, 233-255.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lazarus, R. S. (1993a). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychologist*, 44, 1-22.
- Lazarus, R. S. (2000a). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Lazarus, R. S. (2000b). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 55(6), 665-673. doi:10.1037//0003-066X.55.6.665
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, 3, 117-127.
- Lechner, S. C., Ennis-Whitehead, N., Robertson, B., Annane, D., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2015). Adaptation of a Psycho-Oncology Intervention for Black Breast Cancer Survivors: Project CARE. *Counseling Psychologi*, 41(2), 286–312. doi:10.1177/0011000012459971
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post- White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., & Klein, T. W. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*, 18, 1261-1272. doi:10.1002
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, À., Martín, A., & Seguí, M. Á. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicoonología*, 10(2-3), 263-274. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43448
- Levenson, J., & Bemis, C. (1995). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Health Psychology*, 14(2), 101-108.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). Londres: Routledge.
- Lipowski, Z. J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1(3), 91-102.
- LLantá, M., Grau, J., & Massip, C. (2005). La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. In E. Hernández & J. Grau (Eds.), *Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 467-507). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Loh, S. Y., Chew, S. L., Lee, S. Y., & Quek, K. F. (2011). Quality of life in breast cancer survivors: 2 years post self-management intervention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1497-1501.
- López-Lara, F., González, C., Santos, J. A., & Sanz, A. (1999). *Manual de Oncología Médica*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico. Universidad de Valladolid.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., & Stewart, A. L. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self- management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Journal of Medical Care*, 37(1), 5-14.
- Lovelock, H., Mathews, R., & Murphy, K. (2010). *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: A Literature Review* 3rd. ed.). Australia: Australian Psychological Society.
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. R. (2012). The recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family*, 38, 101-121.

- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta- Analysis on Differences Between Cognitive and Affective Well- Being. *J Pers Soc Psychol*, 102(3), 592-615. doi:10.1037/a0025948
- Luis, O., & Montiel, V. (2013). *Estrategia de Comunicación para la educación de la paciente con cáncer de mama* Trabajo de Diploma. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Lukens, E., & McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225. doi:10.1093/brief-treatment/mhh019
- Lyubomirsky, S. (2011). Hedonic Adaptation to Positive and Negative Experience. In P. E. Narhan (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 200-224). Oxford: Oxford Library of Psychology.
- Maly, R. C., Liu, Y., Liang, L. J., & Ganz, P. A. (2015). Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: effects of race/ethnicity and patient-physician communication *Cancer*, 121(6), 916-926. doi:10.1002/cncr.29150
- Mamedova, K. (2014). *Psychoeducational Program for Breast Cancer Patients: a pilot study*. (Master of Arts), York University, Canadá.
- Mariscal, M. (2007). *Autocuidados y salud en mujeres con cáncer de mama*. Ontario: Proquest.
- Marrero, R. J., & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33(1), 39-46.
- Martín, M., & Grau, J. (2007). Instrumentos para el estudio del estrés y el afrontamiento. In F. M. González (Ed.), *Instrumentos de evaluación psicológica* (pp. 219- 261). Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Vindel, A., & García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219.
- Martínez-Sánchez, F., Páez, D., Pennebaker, J. W., & Rimé, B. (2001). Revelar, compartir y expresar las emociones: efectos sobre la salud y el bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 7(2 - 3), 1 - 24.
- Martínez-Taboada , C., & Palacín, L. (1997). Grupo, bienestar psicosocial y calidad de vida. In G. P (Ed.), *Psicología de los grupos*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, O., Camarero, O., López, I., & Moré, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista Ciencias Médicas La Habana*, 20(3), 390-400.
- McCabe, M. S., Bhatia, S., Oeffinger, K. C., Reaman , G. H., Tyne, C., Wollins, D. S., & Hudson, M. M. (2013). American Society of Clinical Oncology Statement: Achieving High- Quality Cancer Survivorship Care. *Journal of Clinical Oncology*, 31, 631-640. doi:10.1200/JCO.2012.46.6854
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23, 114-120. doi:10.1002/pon.3380
- McDowell, M., Occhipinti, S., Ferguson, M., & Chambers, S. (2010). Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psychooncology*, 19, 508-516. doi:10.1002/pon.1774

- McEwen, S., Egan, M. Y., Chasen, M., & Fitch, M. (2013). Consensus recommendations for cancer rehabilitation: research and education priorities. *Current Oncology*, 20(1). doi:10.3747/co.20.1277
- McGillion, M., Arthur, H., Victor, J. C., Watt-Watson, J., & Cosman, T. (2008). Effectiveness of Psychoeducational Interventions for Improving Symptoms, Health-Related Quality of Life, and Psychological well Being in Patients with Stable Angina. *Current Cardiology Reviews*, 4, 1-11.
- McGinty, H., Goldenberg, J. L., & Jacobsen, P. B. (2012). Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 21, 203-210 doi:10.1002/pon.1883
- McNulty, J. K., & Fincham, F. D. (2012). Beyond Positive Psychology?: Toward a Contextual View of Psychological Processes and Well-Being. *Am Psychol*, 67(2), 101-110. doi:10.1037/a0024572
- SEOM (2013). Largos supervivientes de cáncer. Retrieved from <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/info-publico/publicaciones/MONOGRAFICO>
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G., & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivor. *Psycho-Oncology*, 18, 1273-1280. doi:10.1002/pon.1481
- Mehnert, A., & Koch, U. (2012). Rehabilitation. In L. Grassi & M. Riba (Eds.), *Clinical Psycho-oncology: An International Perspective* (First Edition ed.). Londres: John Wiley & Sons.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 39-63.
- Meneses, K., Mc Nees, P., Azciero, A., Wochna, V., Su, X., & Hassey, L. (2009). Preliminary evaluation of Psychoeducational Support interventions on Quality of Life in Rural Breast Cancer Survivors Post-Primary Treatment. *Cancer Nursing*, 32(5), 385-397.
- Merchán, M. N. (2014). *Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2*. Tesis doctoral, Universidad de Alicante, España.
- Merino, D. (2012). *Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama*. Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante, España.
- Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: Prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19, 141-149. doi:10.1002/pon.1568
- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial intervention with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14(2), 101-108.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. In F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez, & M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.
- Miller, S. (1979). Coping with Impending Stress: Psychophysiological and Cognitive Correlates of Choice. *Psychophysiology*, 16(6), 572-581.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.

- MINSAP. (2011). *Registro Nacional de Cáncer (RNC)*. La Habana. Retrieved from <http://www.uncc.sld.cu/>
- MINSAP. (2014). *Anuario Estadístico de Salud 2013*. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas Retrieved from <http://www.scielo.sld.cu>.
- MINSAP. (2015). *Registro Provincial del Cáncer* Retrieved from Villa Clara:
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Gil, K. M., Belyea, M., Laney, I. C., & Stewart, J. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14, 962-978.
- Mitchell, A., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Retrieved from www.thelancet.com/oncology doi:10.1016/S1470-2045(13)70244-4
- Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial*. Tesis de Doctorado, Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Molerio, O., Nieves, Z., Otero, I., & Casas, G. (2004). *Manual del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA-B)*. Adaptación Cubana. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara
- Montiel, V. (2009). *Particularidades de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora*. (Tesis de Maestría, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Montiel, V., Alvarez, O. L., & Guerra, V. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Medicentro Electrónica*, 20(2).
- Montiel, V., Alvarez, O. L., Guerra, V., Herrera, L. F., & Fernández, E. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *MEDISAN*, 20(2), 179-186.
- Montiel, V., & Guerra, V. (2016a). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 36(19).324-335.
- Montiel, V., & Guerra, V. (2016b). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 332-336.
- Montiel, V., & Guerra, V. (2016c). Particularidades de la ansiedad ante situaciones cotidianas en sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2). Disponible en: www.revvmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/55/67 [8/10/2016]).
- Montiel, V., Vizcaíno, A., Guerra, V., & Fernández, E. (en prensa). Análisis psicométrico de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 3(3).
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
- Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R., & Frijda, N. H. (2013). Appraisal Theories of Emotion: State of the Art and Future Development. *Emotion Review*, 5(2), 119 - 124 doi:10.1177/1754073912468165
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with Physical Illness*. New York: Perspectives.

- Mora, Y., & Sánchez, E. (2004). Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 30(1), 12-15.
- Morales, F. (2011). La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estudios de Psicología*, 16(1), 23-30.
- Morales, R., & Pollán, A. (1999). Morbilidad del cáncer de mama en la mujer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(3), 247-252.
- Morejón, L., & Montiel, V. (2012). *Estrategia de comunicación para la educación de mujeres con cáncer de mama en el municipio de Camajuaní*. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Int J Psych Psychol Therapy*, 3(1), 91-109.
- Moscoso, M. (2010). Impacto del estrés crónico en la salud: avances en Psicooncología. *Revista Peruana de Psicología*, 9(1), 87-99.
- Muela, J., & Godoy, J. (1997). El estrés crónico en la esquizofrenia: La emoción expresada. . *Revista electrónica de Motivación y Emoción* 1(0). Retrieved from www.reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html
- Munet-Vilaroi, F., Gregorich, S. E., & Folkman, S. (2002). Factor Structure of the Spanish Version of the Ways of Coping Questionnaire. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(9), 1938-1931 1954.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi:10.7334/psicothema2013.24
- Nápoles, A. M., Ortiz, C., O'Brien, H., Sereno, A., & Kaplan, C. P. (2011). Coping Resources and Self-Rated Health Among Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(5).
- Navarro, E., Limonero, J. T., Maté, J., & Gómez-Romero, M. J. (2010). Necesidades de información y comunicación del paciente oncológico superviviente *Psicooncología*, 7(1), 127-141.
- Neipp, M.-C., López-Roig, S., & Pastor, M. Á. (2007). Control beliefs in cancer: A literature review. *Anuario de Psicología*, 38(3), 333-355.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal National of Cancer Institute*, 94, 558-584.
- Nichols, W., Al-Amoudi, S. M., Banjar, H., & Yousuf, S. A. (2013). A proposed Health Needs Assessment approach to breast cancer service development in Saudi Arabia: Preparation of a patient-centred tool. *Life Science Journal*, 10(1). Retrieved from <http://www.lifesciencesite.com>
- Nitzen, J. L., & Smith, S. A. (2004). *Clinical Preventive Services in Substance Abuse and Mental Health Update: From Science to Services*. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Núñez, M. (2012). Hablando desde la Experiencia: Las Mujeres Cubanas de Hoy y el Cáncer de Mama. *MEDICC Review*, 14(2), 1-4.
- Nuño-Solinis, R., Rodríguez-Pereira, C., Piñera-Elorriaga, K., & Zaballa-González, I. (2013). Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 332-333. doi:dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.008

- Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., & Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Ofman, S. D., Pereyra, C. I., & Stefani, D. (2013). Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género. *Boletín de Psicología*, Julio(108), 91-106.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (2011). *Concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- OMS. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Retrieved from Washington, DC
- OMS. (2013). *Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020* Ginebra. Suiza.
- OMS. (2012). Breast cancer, prevention and control. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>, 2012
- OMS (2011). *Declaration*. Paper presented at the First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control, Moscow. http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/en/
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 36, 13-34. doi:10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FK0L
- Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S., & Zubieta, E. (2004). *Psicología social, cultura y educación*. Madrid: Pearson Educación.
- Palmero, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de Psicología*, 12(1), 61-86
- Park, B. W., & Hwang, S. Y. (2012). Unmet needs of breast cancer patients relative to survival duration. *Yonsei Medical Journal*, 53, 118-125.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Park, J.-H., Sun, B., Yong, J., & Ku, K. (2011). *Quality of Life and Symptom Experience in Breast Cancer Survivors After Participating in a Psychoeducational Support Program*
- Parkin, D., Boyd, L., & Walker, L. (2011). The cancer of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105(2), s77-s81.
- Paterson, B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 574-581.
- Pauwels, E. J., Charlier, C., De Bourdeaudhuij, I., Lechner, L., & Van Hoo, E. (2013). Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors associated sociodemographic and medical characteristics. *Psycho-Oncology*, 22, 125-132. doi:10.1002/pon.2069
- Pelenchano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 3-14.
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-30. doi:10.3389/fpsyg.2015.00160

- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Appleton: Century-Crofts.
- Pérez-Juste, R. (1993). *El modelo evaluativo en la reforma*. Madrid.
- Pérez, S., & Pérez, A. (2009). *Validación de una Guía Psicoeducativa para cuidadores principales de pacientes oncológicos en estadios III y IV, con tratamiento quimioterapéutico*. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
- Pérez, Y., & Guerra, V. (2014). *Particularidades de la regulación de emociones displacenteras en adolescentes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial*. Tesis de Doctorado, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health*. Seattle: Hogrefe.
- Peterson, C. (2000). Optimistic explanatory style and health. In J. E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor* (pp. 145-161). West Conshohocken: Templeton Foundation Press.
- Pino, M., Montiel, V., & Guerra, V. (2014). *Caracterización de la dinámica de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad*. Trabajo de Diploma. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. A. (2010). Emociones negativas y salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 18(1), 33-57.
- Popoola, A. O., & Adewuya, A. O. (2012). Prevalence and correlates of depressive disorders in outpatients with breast cancer in Lagos, Nigeria. *Psychooncology*, 21, 675-679.
- Porro, M. L., Andrés, M. L., & Rodríguez-Espinola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925
- Pruitt, B. T., Waligora-Serafin, B., & McMahon, T. (1993). An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psychooncology*, 2, 55-62.
- Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Positive Interventions: An Emotion Regulation Perspective *Psychological Bulletin*,. doi:10.1037/a0038648
- Raingruber, B. (2011). The Effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer Patients: An Integrative Review of the Literature (2006–2011). *International Scholarly Research Network*. doi:10.5402/2011/638218
- Ram, S., Narayanasamyl, R., & Barua, A. (2013). Effectiveness of Group Psycho-education on Well-being and Depression Among Breast Cancer Survivors of Melaka, Malaysia. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1). doi:10.4103/0973-1075.110234
- Ray, C., Lindop, J., & Gibson, S. (2000). The concept of coping. *Psychooncology*, 9(1), 11-19.
- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50, 179-186.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110, 9-17.

- Reyes-Gibby, C. C., Anderson, K. O., Morrow, P. K., Shete, S., & Hassan, S. (2012). Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Women's Health*, 21(3). doi:10.1089/jwh.2011.2852
- Richards, M., Corner, J., & Maher, J. (2011). The National Cancer Survivorship Initiative: new and emerging evidence on the ongoing needs of cancer survivors. *British Journal of Cancer*, 105(SI-S4). doi:10.1038/bjc.2011.416
- Richardson, A., Addington-Hall, J., Amir, Z., Foster, C., Stark, D., Armes, J., . . . Sharpe, M. (2011). Knowledge, ignorance and priorities for research in key areas of cancer survivorship: findings from a scoping review. *British Journal of Cancer*, 105, S82-S94.
- Rigol, O. (2010). *Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
- Robert, V., Alvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista de Medicina Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Robertson, P. J. (2013). The well-being outcomes of career guidance. *British Journal of Guidance & Counselling*, 41(3), 254-266.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L., & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Roca, M. A. (2013). *Psicología Clínica una mirada desde la salud humana*. La Habana: Félix Varela.
- Roca, M. A., & Pérez, M. (1999). *Apoyo Social: su significación para la salud humana*. La Habana: Félix Varela.
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., & Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 7-20. doi:10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1
- Rodríguez, E., & Font, A. (2013a). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. 10(2-3), 275-287. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
- Rodríguez, E., & Font, A. (2013b). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10(2-3), 275-287 doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, J., Pastor, M. Á., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Sup), 349-372.
- Rodríguez, M. I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida. Un estudio empírico y clínico*. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Rojas, G. A. (2012). *Estrategia psicoeducativa para la prevención y control de riesgos emocionales en personas con epilepsia*. Tesis de Doctorado, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana
- Romero, R. (2010). *Cuestionario de creencias, atribuciones y afrontamiento al cáncer*. Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia, España.

- Romero, T. (2009). Changing the paradigm of cancer control in Cuba. *MEDICC Review*, 11(3), 5-7.
- Roseman, I. J. (2013). Appraisal in the Emotion System: Coherence in Strategies for Coping. *Emotion Review*, 5(2 April 2013), 141 -149. doi:10.1177/1754073912469591
- Rosenstock, I. M. (1990). Health behavior and health education: theory, research and practice. In K. Glanz, F. M. Lewis, & R. B. K (Eds.), *The health belief model: Explaining health behavior through expectancies* (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rubinstein, J. L. (1967). *Principios de Psicología General*. La Habana: Ediciones Revolucionarias.
- Ruíz, L., & Ruíz, A. S. (2005). Factores de riesgo del cáncer de mama en un grupo de mujeres operadas. *Medicentro*, 9(2).
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice. *Psychother Psychosom*, 83(1), 10-28. doi:10.1159/00035326
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Cardoso, A., Carta, M. G., . . . Machado, S. (2013). The Role of Positive Emotion and Contributions of Positive Psychology in Depression Treatment: Systematic Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 221-237.
- Sautier, L., Mehnert, A., Höcker, A., & Schilling, G. (2013). Participation in patient support groups among cancer survivors: do psychosocial and medical factors have an impact? *European Journal of Cancer Care*. doi:10.1111/ecc.12122
- Scheier, M. F., & Helgeson, V. S. (2006). Really, disease doesn't matter? A commentary on correlates of depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2407-2408.
- Scheier, M. R., Helgeson, V., Schulz, R., Golvin, S., Berga, S., & Bridges, M. W. (2005). Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending non-hormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 4298-4311.
- Scherer, K. R. (2004). Feelings integrate the central representation of appraisal-driven response organization in emotion. In A. S. Manstead, N. H. Frijda, & A. H. Fischer (Eds.), *Feelings and emotions: The Amsterdam Symposium* (pp. 136-157). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Schneider, J., Bones, K., Calderón, M., & Pizzinato, A. (2016). El autocuidado y apoyo social de mujeres de un proyecto de seguimiento mamográfico en Porto Alegre/ Brasil. *Psicooncología*, 13(1), 39-58 doi:10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52486
- Schueller, S. M., Kashdan, T. B., & Parks, A. C. (2014). Synthesizing positive psychological interventions: Suggestions for conducting and interpreting meta-analyses. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 91-98. doi:10.5502/ijw.v4i1.5
- SEOM. (2013). Acerca de la supervivencia. Retrieved from <http://www.cancer.net/cancernet-en-español/acerda-de-la.supervivencia.html/>
- Servaes, P., Gielissen, M. F., & Verhagen, S. (2007). The course of severe fatigue in disease-free breast cancer patients: A longitudinal study. *Psychooncology*, 16, 787-795.

- Shahmansouri, N., Janghorbani, M., Omran, A. S., Karimi, A. A., Noorbala, A., Arjmandi, A., & Nikfam, S. (2013). Effects of a psychoeducation intervention on fear and anxiety about surgery: Randomized trial in patients undergoing coronary artery bypass grafting *Psychology, Health & Medicine*. doi:10.1080/13548506.2013.841966
- Shanker, R., Narayanasamy, R., & Barcia, A. (2013). Effectiveness of Group Psychoeducation on Well-being and Depression among Breast Cancer Survivors of Melaka, Malaysia. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1).
- Shapiro, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.
- Sherman, K., Heard, G., & Cavanagh, K. (2010). Psychological effects and mediators of a group multi-component program for breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 378–391. doi:10.1007/s10865-010-9265-9
- Shim, M., Mercer, L. M., Roberts, L., & Gustafson, D. (2015). Communication Competence, Psychological Well-being, and the Mediating Role of Coping Efforts among Women with Breast Cancer: Cross-sectional and Longitudinal Evidence. *Women Health*, 55(4), 400-418. doi:10.1080/03630242.2015.1022689
- Silva, I. J. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enf USP*, 43, 697-703.
- Silva, J., & Pontífice, P. (2015). Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia. *Revista electrónica trimestal de enfermería*, (37), 372-383.
- Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal Cancer Survivorship*, 4, 361-371.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M., Cano-Vindel, A., & Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216
- Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1990). Emotion and Adaptation. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 609-637). New York: Guilford.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75(Julio), 73-85
- Speigel, D., Bloom, J. R., & Kraemer, H. C. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 2, 888-891.
- Stan, D., Loprinzi, C. L., & Ruddy, K. (2013). Breast Cancer Survivorship Issues. *Hematol Oncol Clin North Am*, 27(4), 805–ix. doi:10.1016/j.hoc.2013.05.005
- Stanton, A., Ganz, P., Rowland, J., Meyerowitz, B., Krupnick, J., & Sears, S. (2005). Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer*, 104, 2608-2613
- Stanton, A., Ganz, P. A., Kwan, L., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E., Krupnick, J. L., . . . Belin, T. R. (2005). Outcomes from the Moving Beyond Cancer

- psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6009-6018. doi:10.1200/JCO.2005.09.101
- Stanton, A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2015). Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood. *Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood American Psychologist*, 70(2), 159–174. doi:10.1037/a0037875
- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5132-5137. doi:10.1200/JCO.2006.06.8775
- Stanton, A. L. (2012). What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1215-1220. doi:10.1200/JCO.2011.39.7406
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic Growth After Cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 138-175). Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., . . . Twillman, R. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882. doi:10.1037//0022-006X.68.5.875
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., . . . Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit-finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4160-4168.
- Stewart, B. W., & Wild, C. P. (2014). *World cancer report 2014*. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.
- Tan, X., & Xia, F. (2014). Long-term fatigue state in postoperative patients with breast cancer. *Chinese Journal of Cancer Research*, 26(1), 12-16. doi:http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1000.2014.01.12
- Tejada, D. (2003). Alma Ata 25 años después. *Revista Perspectivas en Salud*, 8(1), 1-17.
- Temoshok, L. (1993). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Psychological Medicine*, 23(3), 653-662.
- Tessier, P., Leloirain, S., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long-term breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 21, 692-700. doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01344.x
- Thompson, J., Coleman, R., Colwell, B., Freeman, J., Greenfield, D., Holmes, K., & al, e. (2013). Levels of distress in breast cancer survivors approaching discharge from routine hospital follow-up. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1866-1871. doi:http://dx.doi.org/10.1002/pon.3329
- Thompson, S. (1981). A complex answer to a simple question: Will it hurt less if I can control it? *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Todd, B. L., Moskowitz, M. C., Ottati, A., & Feuerstein, M. (2013). Stressors, Stress Response, and Cancer Recurrence A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 00(0), 1-12.
- Tomich, P. L., & Hegelson, V. S. (2002). Five years later a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*, 11, 154-169.
- Tong, G., Geng, Q., Cheng, J., Chai, J., Xia, Y., & Feng, R. (2014). Effects of psycho-behavioral interventions on immune functioning in cancer patients: A systematic

- review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 140, 15-33. doi:10.1007/s00432-013-1516-z
- Treto, A. M., & Castillo, Z. E. (2009). *Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico*. Tesis de Maestría e Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana
- Underwood, M., Lakhani, N., Finifrock, D., Pinkerton, B., Johnson, K., Mallory, S., . . . Stewart, S. (2015). Evidence-Based Cancer Survivorship Activities for Comprehensive Cancer Control. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(S65). doi:10.1016/j.amepre.2015.08.011
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 355-361. doi:10.1007/s00127-009-0068
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, M. Y. (2006). Intervenciones Clínicas basadas en Psicología Positiva: Fundamentos y Aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vespa, A., Jacobsen, P., Spazzafumo, L., & Balducci, L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, 20, 5-11.
- Victoria, C., & González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 72-80.
- Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C., & González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, 12(2-3), 207-236. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51005
- Vilstrup, L., Hansen, D. G., Johansen, C., Vedsted, P., Larsen, P. V., Kragstrup, J., & Søndergaard, J. (2012). Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer*, 20, 2913-2924.
- Vivar, C. G. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*, 44(5), 288-292. doi:10.1016/j.aprim.2011.07.011
- Vygotsky, L. (1986). *Historia y Desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana Científico-Técnica.
- Waters, E. A., Liu, Y., Schootman, M., & Jeffe, D. B. (2013). Worry About Cancer Progression and Low Perceived Social Support: Implications for Quality of Life Among Early-Stage Breast Cancer Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 45, 57-68.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, M., & Greer, S. (1998). Personality and Coping. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 91-98). Nueva York: Oxford University Press.

- Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1976-1977). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 7(1), 1- 15.
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 1, 1143-1147. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
- Wonghongkul, T., Sawasdisingha, P., Aree, P., Thummatai, K., Tungpunkom, P., & Muttarak, M. (2008). Effect of Educative-Supportive Program on Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Thailand Journal of Nurse Research*, 12(3), 179 - 194.
- Woo, B., & Yeon, S. (2012). Unmet Needs of Breast Cancer Patients Relative to Survival Duration. *Yonsei Medical Journal*, 53(1), 118-125. doi:10.3349/ymj.2012.53.1.118
- Wronski, S. L. (2015). Defining cancer survivor and cancer survivorship: the who, what, and when. *Psicooncología*, 12(1), 7-18 doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48900
- Yadav, S., & Kumar, S. (2014). Models of Psychoeducation: an Indian Perspective. *Indian Journal of Applied Research*, 4(7).
- Yeung, N., & Lu, Q. (2013). Affect mediates the association between mental adjustment styles and quality of life among Chinese cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 0(0), 1-10. doi:10.1177/135910531349364
- Yoo, G. J., Levine, E. G., & Pasick, R. (2014). Breast Cancer and Coping among Women of Color: A Systematic Review of the Literature. *Support Care Cancer*, 22(3), 811–824. doi:10.1007/s00520-013-2057-3
- Zabalegui, A., Sánchez, S., Sánchez, P. D., & Juando, C. (2005). Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática *Enfermería Clínica*, 15(1), 17-24.
- Zaldivar, D. (2002). *El Estrés En Directivos. Técnicas Para Su Afrontamiento y Reducción (Selección De Lecturas)* La Habana: Universidad de La Habana
- Zaldívar, D. (1988). Incidencia de los factores psicosociales en el proceso salud - enfermedad. *Revista Cubana de Psicología*, 5(3), 17-23.
- Zaldívar, D. (1996). *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Científico- Técnica.
- Zaldívar, D. (2007). *La Intervención Psicológica*. La Habana: Félix Varela.
- Zucca, A. C., A, B., Lecathelinais, C., & Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: coping strategies of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 1268–1276 doi:10.1002/pon.1686
- Zuraida, N., Ruzzyanei, N., Baharudin, A., Ahmad, Z., & Guan, C. (2013). Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors: a Systematic Review of Observational Studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14, 3397-3404. doi:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.4.3397

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista semi-estructurada a decisores sobre los cuidados sanitarios a las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad

Indicadores:

- Presentación de los objetivos generales de la investigación para la autorización de acceso al campo.
- Particularidades del funcionamiento del Programa Integral para el control del cáncer en el área de salud y municipio.
- Características del seguimiento psicosocial que ofrecen la APS a las pacientes con cáncer de mama en las áreas de salud.
- Desarrollo de investigaciones que incluyan el seguimiento psicosocial y las intervenciones en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Sugerencias operativas para el desarrollo de una futura experiencia interventiva.

Anexo 2. Encuesta sobre Juicio de profesionales a psicólogos vinculados a la labor asistencial en un área de salud

Nombre: _____ Años de experiencia: _____

Estimado colega: le solicitamos su cooperación para responder la siguiente encuesta dirigida a conocer las particularidades de la labor asistencial con mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Por su experiencia profesional en los servicios de psicología en la atención primaria de salud sus criterios tienen un alto valor para la investigación que estamos desarrollando. A continuación deberá evaluar en una escala del 1 (inadecuado) al 5 (adecuado), cada uno de los ítems propuestos.

1. ¿Conoce Ud. si en su Unidad asistencial se están llevando a cabo acciones para la atención psicológica de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad?

Sí _____ No _____

En caso de que sea positiva su respuesta mencione estas acciones:

2. ¿Cómo evalúa desde el punto de vista psicológico el trabajo que se está realizando actualmente con las pacientes supervivientes con cáncer de mama?

1____ 2____ 3____ 4____ 5____

Inadecuado

Adecuado

3. ¿En su opinión qué factores influyen en la calidad de la atención psicológica a estas pacientes?

4. Atendiendo a su experiencia profesional ¿Considera que existe alguna relación entre el afrontamiento y la calidad de vida de estos pacientes?

a. ____ No guardan relación.

b. ____ Influyen pero no son determinantes.

c. ____ Tienen una gran influencia en su aparición.

d. ____ Influyen en su aparición y en su evolución.

5. ¿Consideraría útil la propuesta de un programa psicoeducativo para fomentar el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama?

1____ 2____ 3____ 4____ 5____

Inútil

Muy útil

6. ¿Qué características debería tener esta estrategia o programa para que pueda ser implementada en su Unidad de Salud?

Anexo 3. Consentimiento informado de las participantes

Estimada señora:

Un grupo de profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas en conjunto con el Programa Integral para el Control del Cáncer en su municipio, están desarrollando una investigación para conocer cómo afrontan la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama que llevan entre cinco y nueve años conviviendo con la enfermedad.

Tomando en consideración los datos ofrecidos por su médico de familia, usted ha sido seleccionada para participar en este estudio. Es por ello que le solicitamos su cooperación voluntaria para participar. Asumimos el compromiso de tratar la información que nos proporcione con la máxima confidencialidad y solo será utilizada con fines científicos, permitiendo incrementar el conocimiento sobre la temática estudiada y de este modo contribuir a la atención de sus necesidades y las de otras mujeres afectadas. Es completamente libre para decidir si participa o no en el estudio. Si en algún momento desea dejar de colaborar, podrá hacerlo sin dar ninguna explicación al respecto y sin que ello le genere algún daño.

Declaratoria de voluntariedad: He entendido el propósito del estudio y la información que me brindaron, teniendo la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente participar en la investigación. Si ha comprendido, y acepta, haga su declaración a continuación.

Yo _____ acepto cooperar, brindando con sinceridad y responsabilidad la información que se me solicite.

_____	_____	_____
Nombre y apellidos del participante	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Nombre y apellidos del investigador	Firma	Fecha

Anexo 4. Entrevista psicológica semi-estructurada a mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad

Indicadores

- Conocimiento de la enfermedad y sus particularidades durante la sobrevida.
- Repercusiones físicas de la enfermedad, su expresión y afectaciones
- Principales temores y preocupaciones sobre la enfermedad.
- Presencia de situaciones estresantes asociadas a la enfermedad.
- Emociones de la mujer con cáncer de mama ante la enfermedad.
- Tiempo de aparición de las emociones.
- Frecuencia e intensidad con que experimentan las emociones.
- Creencias de control.
- Estrategias que emplea la mujer con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad para afrontar la enfermedad.
- Realización de prácticas de autocuidado y utilización del tiempo libre.
- Incorporación de estilos de vida saludables.
- Necesidades y motivos.
- Áreas de vida de la mujer con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad para afrontar la enfermedad.
- Representación del futuro, proyectos personales.
- Valoraciones de la vida, principales logros.
- Apoyo social

Anexo 5. Cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Estado civil:** _____

Instrucciones: A continuación se muestran frases que describen algunas reacciones, pensamientos y comportamientos que experimentan las personas ante situaciones problemáticas o conflictivas. En relación a su situación de enfermedad, exprese en qué medida se aplican a su caso.

0- En absoluto. 1- En alguna medida. 2- Bastante. 3- En gran medida.

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso) ()
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor. ()
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás. ()
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación. ()
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada. ()
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión. ()
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo. ()
10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta. ()
11. Confié en que ocurría un milagro. ()
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte) ()
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada. ()
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos. ()
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno. ()
16. Dormí más de lo habitual. ()
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema. ()
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. ()
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor. ()

20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo. ()
21. Intenté olvidarme de todo. ()
22. Busqué la ayuda de un profesional. ()
23. Cambié, maduré como persona. ()
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada. ()
25. Me disculpé o hice algo para compensar. ()
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí. ()
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería. ()
28. De algún modo expresé mis sentimientos. ()
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema. ()
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré. ()
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones. ()
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc. ()
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado. ()
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso. ()
36. Tuve fe en algo nuevo. ()
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara. ()
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida. ()
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien. ()
40. Evité estar con la gente. ()
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo. ()
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo. ()
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas. ()
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio. ()

45. Le conté a alguien cómo me sentía. ()
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería. ()
47. Me desquité con los demás. ()
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar. ()
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien. ()
50. Me negué a creer lo que había ocurrido. ()
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez. ()
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema. ()
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto. ()
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas. ()
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía. ()
56. Cambié algo en mí. ()
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente. ()
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo. ()
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas. ()
60. Recé. ()
61. Me preparé mentalmente para lo peor. ()
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría. ()
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo. ()
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. ()
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas. ()
66. Corrí o hice ejercicio. ()
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo)
-

Anexo 6. Inventario de Ansiedad rasgo y estado (IDARE)

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que corresponda.

Indique cómo se siente ahora mismo. O sea, en este momento. No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1-No, en lo absoluto 2-Un poco 3-Bastante 4-Mucho

1-Me siento calmado.

2-Me siento seguro.

3- Estoy tenso.

4-Estoy contrariado.

5-Estoy a gusto.

6-Me siento alterado.

7- Estoy preocupado actualmente por un posible contratiempo.

8-Me siento descansado.

9-Me siento ansioso.

10- Me siento cómodo.

11-Me siento con confianza en mí mismo.

12- Me siento nervioso.

13-Me siento agitado.

14-Me siento a punto de explotar.

15-Me siento reposado.

16-Estoy preocupado.

17-Me siento satisfecho.

18-Me siento muy preocupado y aturdido.

19-Me siento alegre.

20-Me siento bien.

Anexo 7

Calificación e interpretación del IDARE

Su calificación cuantitativa se realiza de acuerdo a los siguientes indicadores: Ansiedad - estado: $\sum RP - \sum RN + 50 = AE$ (RP- Reactivos positivos. RN-Reactivos negativos) y la interpretación se realiza de acuerdo a los percentiles: Baja: - de 30 puntos, Media-30-44 puntos, Alta: más de 44 puntos.

Anexo 8. Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA – B (Adaptación cubana del ISRA-B).

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará descritos algunos pensamientos y diversas formas de reaccionar. Lea cada frase y valore la frecuencia con que Ud. tiene esas reacciones o pensamientos, **en general**, en diferentes momentos de su vida. escala:

0: CASI NUNCA	1: POCAS VECES	2: UNAS VECES SI, OTRAS VECES NO	3: MUCHAS VECES	4: CASI SIEMPRE
---------------	----------------	-------------------------------------	-----------------	-----------------

Lea cada cuestión y responda como piensa o reacciona Ud., **en general**. Por favor responda TODAS las preguntas

C:						
1	Me preocupo fácilmente.	0	1	2	3	4
2	Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe" etc.	0	1	2	3	4
3	Me siento inseguro	0	1	2	3	4
4	Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	0	1	2	3	4
5	Siento miedo	0	1	2	3	4
6	Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
7	Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.	0	1	2	3	4
F:						
8	Siento molestias en el estómago.	0	1	2	3	4
9	Me sudan las manos u otras partes del cuerpo hasta en días fríos.	0	1	2	3	4
10	Me tiemblan las manos o las piernas	0	1	2	3	4
11	Me duele la cabeza.	0	1	2	3	4
12	Mi cuerpo está en tensión.	0	1	2	3	4
13	Tengo palpitaciones, el corazón me late muy aprisa.	0	1	2	3	4
14	Me falta el aire y mi respiración es muy agitada.	0	1	2	3	4
15	Siento náuseas o mareo.	0	1	2	3	4
16	Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
17	Tengo escalofríos y comienzo a titiritar aunque no haga mucho frío	0	1	2	3	4
M:						
18	Lloro con facilidad	0	1	2	3	4
19	Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies y manos)	0	1	2	3	4
20	Fumo, como o bebo demasiado.	0	1	2	3	4
21	Trato de evitar o rehuir las situaciones que pueden producir tensión.	0	1	2	3	4
22	Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	0	1	2	3	4
23	Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	0	1	2	3	4
24	Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.	0	1	2	3	4

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrara descritas diferentes situaciones que pueden producir inquietud, preocupación, nerviosismo, o tensión. Lea cada una de ellas y valore el grado en que cada situación le produce esa sensación de nerviosismo o tensión. Para ello rodee en un círculo uno de los cinco números (0, 1, 2, 3, 4) que aparecen a la derecha de cada situación. Cada número indica una intensidad o grado según la siguiente escala:

0: NADA	1: UN POCO	2: BASTANTE	3: MUCHO	4: MUCHISIMO
---------	------------	-------------	----------	--------------

Lea cada situación y valore el grado de tensión o nerviosismo que le produce. Por favor responda TODAS las preguntas

ANS. SIT.

1	Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante	0	1	2	3	4
2	Cuando voy a llegar a una cita	0	1	2	3	4
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	0	1	2	3	4
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	0	1	2	3	4
5	En mi trabajo o cuando estudio	0	1	2	3	4
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido	0	1	2	3	4
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí , rozándome, o si estoy en una situación sexual Intima	0	1	2	3	4
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto	0	1	2	3	4
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	0	1	2	3	4
10	Si tengo que hablar en publico	0	1	2	3	4
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado solo o rechazado	0	1	2	3	4
12	Cuando pienso que tenga que viajar en avión en barco	0	1	2	3	4
13	Después de haber cometido algún error	0	1	2	3	4
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre	0	1	2	3	4
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo	0	1	2	3	4
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros	0	1	2	3	4
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados	0	1	2	3	4
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva	0	1	2	3	4
19	En lugares altos o ante aguas profundas	0	1	2	3	4
20	Al observar escenas violentas	0	1	2	3	4
21	Por nada en concreto	0	1	2	3	4
22	A la hora de dormir	0	1	2	3	4
23	Otras situaciones ¿Cuáles?					

ISRA (original). Puntuaciones directas

C:	F:	M:	T:	F1:	F2:	F3:	F4:
----	----	----	----	-----	-----	-----	-----

Anexo 9. Pauta de calificación e interpretación del ISRA-B

Escala de Respuestas.

$$C = \sum (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)$$

$$F = \sum (8 + 9 + 10 + 11 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 + 17)$$

$$M = \sum (18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23 + 24)$$

Escala de Situaciones.

$$F - I = \sum (S1 + S3 + S4 + S8 + S10 + S11 + S13)$$

$$F - II = \sum (S6 + S7 + S15 + S18)$$

$$F - III = \sum (S12 + S14 + S17 + S19)$$

$$F - IV = \sum (S2 + S5 + S9 + S21 + S22)$$

La puntuación total (rasgo) se obtiene sumando las puntuaciones de las sub-escalas cognitiva, fisiológica y motora.

$$P.T. = C + F/2 + M$$

Anexo 10. Test de Zung y Conde

Nombre: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique cómo se siente en estos momentos. Trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Preguntas	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Me siento triste y deprimido.				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4	Me cuesta trabajo dormir o duermo mal por las noches.				
5	Ahora tengo apetito como antes.				
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7	Creo que estoy adelgazando.				
8	Estoy estreñado.				
9	Tengo palpitaciones.				
10	Me canso por cualquier cosa.				
11	Mi cabeza está tan despejada como siempre.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento agitado e intranquilo.				
14	Tengo confianza, esperanza en el futuro.				
15	Me siento más agitable que habitualmente.				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17	Me creo útil y necesario para la gente.				
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
19	Sería mejor para los demás que yo muriera.				
20	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

Anexo 11. Pauta de calificación e interpretación del Test de Zung y Conde

La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a los ítems positivos y negativos según la pauta de calificación de la prueba y los resultados se llevan a la siguiente escala: - De 20-30 puntos: Síntomas situacionales depresivos. - De 34-56 puntos: Distimia depresiva (moderada). - De 57-80 puntos: Severa distimia depresiva.

Anexo 12. Inventario de expresión de la ira estado-rasgo STAXI-2

Nombre: _____ Edad: _____

PARTE – 1 INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO					
1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy alterado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir "malas palabras"	A	B	C	D
7	Estoy molesto	A	B	C	D
8	Me gustaría dar puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien	A	B	C	D

A: NO EN ABSOLUTO B: ALGO C: MODERADAMENTE D: MUCHO

PARTE - 2 INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: CASI NUNCA B: ALGUNAS VECES C: A MENUDO D: SIEMPRE

COMO ME SIENTO NORMALMENTE					
16	Me encolerizo rápidamente	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago algún buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23	Me molesto con facilidad	A	B	C	D
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25	Me enfado cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

PARTE - 3 INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

A: **CASI NUNCA** B: **ALGUNAS VECES** C: **A MENUDO** D: **CASI SIEMPRE**

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO					
26	Controlo mi temperamento	A	B	C	D
27	Expreso mi ira	A	B	C	D
28	Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29	Hago comentarios irónicos a los demás	A	B	C	D
30	Mantengo la calma	A	B	C	D
31	Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33	Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34	Discuto con los demás	A	B	C	D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38	Digo barbaridades	A	B	C	D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40	Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41	Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42	Rehúyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44	Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45	Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46	Trato de relajarme	A	B	C	D
47	Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48	Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

Anexo 13. Pauta de calificación e interpretación del STAXI-2

Ira Estado

$$E = \sum (\text{Sent.} + \text{Exp. V} + \text{Exp. F})$$

$$\text{Sent.} = \sum (1 + 2 + 3 + 5 + 7)$$

$$\text{Exp. F} = \sum (4 + 8 + 11 + 13 + 14)$$

$$\text{Exp. V} = \sum (6 + 9 + 11 + 10 + 12 + 15)$$

Ira Rasgo

$$R = \sum (\text{Temp.} + \text{Reacc.})$$

$$\text{Temp.} = \sum (16 + 17 + 18 + 20 + 23)$$

$$\text{Reacc} = \sum (19 + 21 + 22 + 24 + 25)$$

Expresión y Control de Ira.

$$E. \text{ Ext.} = \sum (27 + 29 + 31 + 34 + 38 + 40)$$

$$E. \text{ Int.} = \sum (28 + 32 + 35 + 37 + 39 + 42)$$

$$C. \text{ Ext.} = \sum (26 + 30 + 33 + 36 + 41 + 43)$$

$$C. \text{ Int.} = \sum (44 + 45 + 46 + 47 + 48 + 49)$$

Índice de Expresión de Ira.

$$IEI = \sum (E. \text{ Ext} + E. \text{ Int.}) - (C. \text{ Ext.} + C. \text{ Int.}) + 36$$

Anexo 14. Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Diga con qué intensidad se ha sentido así en las últimas semanas. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1 2 3 4 5
Muy poco o nada Algo Moderadamente Bastante Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en LA ULTIMA SEMANA usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivada ____	irritable ____
disgustada ____	alerta ____
alegre ____	triste ____
frustrada ____	inspirada ____
fuerte ____	nerviosa ____
culpable ____	decidida ____
temeroso ____	amable ____
agresiva ____	inquieta ____
entusiasmada ____	activo ____
orgullosa ____	insegura ____

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Diga la frecuencia con que usted se siente así habitualmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1 2 3 4 5
Nunca Algunas veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en GENERAL O REGULARMENTE usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivada ____	irritable ____
disgustada ____	alerta ____
alegre ____	triste ____
frustrada ____	inspirada ____
fuerte ____	nerviosa ____
culpable ____	decidida ____
temeroso ____	amable ____
agresiva ____	inquieta ____
entusiasmada ____	activo ____
orgullosa ____	insegura ____

Anexo 15. Pauta de calificación e interpretación de la Escala PANAS

Para su calificación se procede a través de la fórmula siguiente tanto para la escala generalmente como últimas semanas:

$$A_{\text{negativo}} = (1+3+5+9+10+12+14+16+17+19) / 50$$

$$A_{\text{positivo}} = (2+4+6+7+8+11+13+15+18+20) / 50$$

El resultado obtenido ofrece el nivel de la afectividad positiva y negativa que experimenta la persona, que se analiza de acuerdo a los siguientes percentiles:

- Alto = 0,25 - 0,50
- Medio = 0,50 - 0,75
- Bajo = 0,75 - 1

Anexo 16. Grupo Focal de Sesión Única

Guión

1. ¿Qué me impide afrontar mejor mi enfermedad?
2. ¿Qué es lo que más me ayuda?
3. ¿Cómo pueden ayudarme otras personas?

Procedimientos

Luego de haber dado la bienvenida al grupo y presentado los objetivos de la sesión, se formularon las preguntas a las participantes atendiendo a las experiencias personales de cada cual en relación a la enfermedad, procurando en todo momento que las participantes se sintieran cómodas e identificadas con la temática. Para organizar el trabajo se divide al grupo en tres pequeños subgrupos quienes tienen la responsabilidad de responder una pregunta cada uno, a través de la designación de una persona que represente el criterio colectivo. Cada pregunta suscitó el análisis del resto de las participantes lográndose una visión integradora de cada una de las temáticas que se abordaron.

Anexo 17. Resumen del análisis bibliográfico

Autor	Año/País	Objetivo	N _x	Intervención	Resultados y Conclusiones
(Cimprich et al., 2005)	2005/EUA	Automanejo. Conductas de autorregulación. Promover autoeficacia. Ofrece información sobre afectaciones físicas, psicológicas y sociales que debe afrontar la mujer al terminar los tratamientos. Estimula a trabajar a la mujer en lo que más le afecta.	GE: 25 GC: 24	Incorpora los seis pasos para el proceso de autorregulación (selecciona la afectación, ten información, evalúa la situación, graba el plan, gana en confianza, evalúa tu proceso). Se basa en los principios de la Teoría Social cognitiva, incorpora el automanejo. 2 sesiones grupales. 2 sesiones telefónicas. Se complementa con la entrega de un cuaderno con cada una de las orientaciones para cada sesión y los pasos para el proceso de autorregulación y las afectaciones por cada una de las áreas.	100 % de las pacientes trabajan en problemas que les afectaban: física (50 %), estrés (27 %), fatiga (18 %). Todas las pacientes recurrieron a las actividades de automanejo y establecieron metas de tres a cuatro veces por semana. 4.1 (máximo 5) fue la media de utilidad del programa. Cuando se indagó en qué información adicional no estaba en el programa y resultaba interesante señalaron nutrición, riesgo de otros cáncer, cambios en la imagen corporal, terapias complementarias y deseaban tener otra sesión preferiblemente de grupo. Evaluaron como positivo tanto las llamadas como los materiales educativos entregados. Dentro de las principales sugerencias, la realización de sesiones grupales.
(Stanton et al., 2005)	2005/EUA	No se declara	558	Se ofrecieron materiales estándares diseñados por el Instituto Nacional del Cáncer. Se hizo la modelación por pares de grabaciones. Se realizaron dos sesiones con el entrenador de educación en cáncer y se entregó un cuaderno de información.	Se produjeron beneficios significativos en energía y fatiga. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos a los 12 meses ni en la segunda evaluación de seguimiento.
(Scheier et al., 2005)	2005/EUA	Mejora de síntomas depresivos	60	Consejería vs. Grupo de lista de espera. Tres sesiones de trabajo Técnicas cognitivo conductuales.	Mejor conocimiento de problemas reproductivos. Menor malestar emocional y síntomas de menopausia. Los mayores tamaños de efecto se encontraron en: insomnio, fatiga, estrés, bienestar emocional, funcionamiento físico y afrontamiento.

(Mishel et al., 2005)	2005/EUA	Evaluar la eficacia de una intervención para el manejo de la incertidumbre.	509	Las enfermeras guiaban a las sobrevivientes en el uso de estrategias cognitivo-conductuales grabadas para el manejo de la incertidumbre acerca de la recurrencia. Se entrega un manual de autoayuda diseñado para ayudar a las mujeres a manejar los efectos secundarios a largo plazo y los síntomas.	Mejóro la función cognitiva, conocimiento del cáncer. Mejoró la comunicación con el médico y amplió las habilidades de afrontamiento.
(Meneses et al., 2007)	2007/EUA	Efectividad de intervención psicoeducativa en calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de mama en post-tratamiento	256	Diseño experimental	El grupo experimental elevó su calidad de vida y lo mantuvo estable a los 6 meses. Fue efectiva durante el primer año de sobrevivida. Los efectos del tratamiento son duraderos en el tiempo.
(Wonghongkul et al., 2008),	2008/Tailandia	Efectividad de un programa educativo y de apoyo en calidad de vida. Provee información, habilidades para el manejo y ofrece apoyo para un reajuste positivo y promueve la calidad de vida.	GE: 30 GC: 31	4hrs. de sesión. Cada sesión consiste en 3 actividades (lectura, video y discusión práctica). -Viviendo con cáncer después del tratamiento, Manteniendo el bienestar de la mente y el cuerpo, Manteniendo relaciones saludables, Manejo efectivo de la vida diaria y familiar. Se basa en la teoría de autocuidado de Orem, el supuesto es que reciben información para desarrollar el autocuidado, incrementar habilidades de afrontamiento y ganar actitudes positivas.	Diferencias significativas en calidad de vida. Se incrementa la calidad de vida. Incremento de actividades de autocuidado (restablecer actividades de ama de casa y empleo), comprensión en los cambios de la vida diaria después del diagnóstico, ejecución de la relajación. No mejora la calidad de vida general, pero si el autocuidado.
(Fillion et al., 2008)	2008/EUA	Disminuir el estrés y el cansancio	GE: 44 GC: 43	Intervención educativa breve grupal (manejo del estrés y cansancio). Intervención en actividad física	Disminuyó el cansancio, aumentó el nivel de energía, estrés emocional y funcionamiento físico.

				(estrategias cognitivo-conductuales) Intervención durante cuatro semanas y 15 llamadas telefónicas.	
(Meneses et al., 2009)	2009/EUA	Establecer la confiabilidad de la participación de mujeres rurales con cáncer de mama y el establecer la efectividad del programa en calidad de vida.	53	Se centra en el modelo de calidad de vida para sobrevivientes de cáncer de mama. Tres sesiones de apoyo educativo cara a cara (llevadas a cabo por una enfermera). Cinco sesiones de seguimiento de educación y apoyo (2 telefónica y 3 cara a cara). Se refuerza con grabaciones y folletos. Las tres sesiones cara a cara de educación y apoyo se centran en aspectos que afectan a los sobrevivientes, en calidad de vida. Está orientada a que los sobrevivientes comprendan los síntomas comunes y cómo afectan su calidad de vida.	Se atribuye un efecto significativo de la intervención en la calidad de vida en general.
(Lengacher et al., 2009)	2009/EUA	Reducción del estrés	83	Mindfulness para reducción del estrés vs Psicoterapia. Seis sesiones de trabajo.	Menor depresión, ansiedad, miedo a la recurrencia, mayor energía y mejor rol físico en MBSR. ($p<0,005$).
(Fiorentino et al., 2009)	2010/EUA	Reducción del estrés	44	Terapia Cognitivo-conductual vs. Grupo control 12 Sesiones	Menor insomnio. Mejor calidad del sueño y medidas objetivas de sueño.
(Sherman et al., 2010)	2010/Australia	Promover prácticas seguras de ejercicios que puedan generar beneficios físicos y psicológicos a largo plazo en las sobrevivientes de cáncer de mama. Evaluar los efectos potenciales mediadores de la	GE:116 GC: 46	Incorpora ejercicios de resistencia, hidroterapia. Se realizan grupos de discusión sobre determinados tópicos, se ofrece información. Se favorece la interacción entre las mujeres y el intercambio con iguales en similares	Mejoró la calidad de vida de las pacientes, especialmente en bienestar. Los cambios en la familiaridad y la autoeficacia fueron favorables. No fue efecto para disminuir el estrés. Se incrementó la satisfacción con el apoyo social.

		autoeficacia y la familiaridad con los ejercicios en el impacto de un programa de apoyo de información y ejercicios para sobrevivientes de cáncer de mama en la calidad de vida. Facilitar la recuperación y la reincorporación a las actividades normales a través de la estimulación del funcionamiento físico, el bienestar psicológico.		condiciones. Se realizan durante 8 semanas, sesiones de dos horas.	
(Ochoa et al., 2010)	2010/ España	Adaptación psicosocial Reducción de emociones negativas y trabajo con emociones positivas. Facilitación del crecimiento postraumático.	GE: 25 GC: 23	Psicoterapia positiva	Disminuye la sintomatología postraumática. Mantenimiento en seguimiento.
(Hegel et al., 2011)	2011/ EUA	Mejorar los estados emocionales y efectos físicos y psicológicos a largo plazo	46	Terapia de solución de problemas y terapia ocupacional vía telefónica y Psicoterapia usual	A 6 meses mejor funcionamiento, calidad de vida y estado emocional en terapia ocupacional.
(Park et al., 2011)	2011/ China	Evaluar calidad de vida y estados emocionales	GE: 25 GC: 23	Educación cara a cara individual, llamadas telefónicas cada dos semanas, entrega de un manual de participante, Cada dos semanas se realizan sesiones de coaching de salud y tres encuentros grupales.	Demostró ser efectivo para promover la calidad de vida y mejorar la experiencia de síntomas en la transición a la sobrevivencia.
(Bostanci & Sevim, 2012)	2012/Turquía	Efectividad del programa psicoeducativo para los niveles de ajuste en el cáncer.	GE: 38 GC: 38	Se realiza a través de diapositivas presentadas en Power Point. Se entregan brochure en cada sesión. Se entrega un Cd para la relajación y su práctica en la casa.	Se incrementa el espíritu de lucha. Disminución en preocupación ansiosa y fatalismo. Se incrementan los niveles de ajuste al cáncer en las pacientes. Se considera que los cambios experimentados por las pacientes se deben a cambios en el ajuste a la enfermedad y de la aplicación del programa.

					Menos niveles de aislamiento y culpa. Afrontan sus problemas de mejor manera.
(Jun et al., 2011)	2011/EUA	Evaluar el efecto de un programa en la vida sexual, en intimidad, imagen corporal y función sexual.	-	Se centra en aspectos físicos, psicológicos y relacionales de la salud sexual. El programa está conformado por seis sesiones de una vez por semana, durante 2 hrs.	El programa fue efectivo para mejorar la satisfacción sexual de las sobrevivientes de cáncer de mama.
(Hoffman et al., 2012)	2012/Inglaterra	Reducción de estados emocionales. Mejora de la calidad de vida	229	Mindfulness y Psicoterapia usual.	A 8 y 12 semanas menor ansiedad, depresión, fatiga y confusión. Mayor bienestar funcional, social y físico. Mindfulness disminuye efectos físicos y psicológicos a largo plazo.
(Merino, 2012)	2012/España	Evaluar el impacto de un programa educativo basado en el Modelo Integrado de Autocuidado Específico, para mejorar las competencias de autocuidado en sobrevivientes de cáncer de mama	GE: 25 GC: 25	Definición de déficit de autocuidado. Materiales de apoyo, folletos y Cd. Blog de consulta. Llamadas telefónicas.	Mejora en el autocuidado, conocimientos y prácticas, siendo la actitud la faceta con menos diferencias. Alto grado de satisfacción de los pacientes.
(Carlson et al., 2013)	2013/Canadá	Disminuir el estrés, mejorar la calidad de vida.	271	Manejo del estrés, terapia grupal, de apoyo, expresiva y 1 sesión de control del estrés. 18 horas de sesiones	Terapia grupal de apoyo expresiva y Mindfulness dio lugar a pérdidas diurnas de cortisol.
(Amin & Hassan, 2013)	2013/Egipto	Aliviar la fatiga relacionada con el cáncer, estados emocionales y promover la calidad de vida	GE: 40 GC: 40	Actividad física e intervención psicosocial Combina información de estrategias activas de afrontamiento (Terapia cognitivo-conductual) y actividad físicas.	Mejoraron los síntomas de fatiga. Disminuyó síntomas de depresión y ansiedad. Mejora la calidad de vida. Alivió pensamientos negativos. Desarrolló habilidades para el manejo del estrés. Tuvo un efecto preventivo.
(Juárez, Mayorga, Hurria, & Ferrell, 2013)	2013/EUA	Promover la calidad de vida.	GE: 32 GC: 18	Parte del modelo de calidad de vida para sobrevivientes de cáncer. El grupo de estudio recibió la intervención en el idioma deseado. En adición a la	Se incrementa todos los dominios de calidad de vida. Bienestar psicológico y social fueron los que encontraron niveles más bajos. También reportaron menores efectos secundarios de los tratamientos. Se encontraron efectos

				intervención recibieron un cuaderno. El programa consistía en información estructurada acerca de las afectaciones de la calidad de vida y de las estrategias para apoyar a las mujeres en etapa de transición a la sobrevivencia. Se estructuró en tres sesiones de trabajo: bienestar físico, bienestar psicológico y bienestar social, bienestar espiritual. El grupo control recibió llamadas telefónicas con vistas a su retención, se les proporcionó acceso a información sobre el cáncer y materiales escritos.	beneficiosos en distrés e incertidumbre.
(Ram et al., 2013)	2013/ Malasia	Evaluar la efectividad de la psicoeducación en el bienestar y la depresión en mujeres con cáncer de mama. Se centró en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, bienestar y empoderamiento. Se orienta a la reducción de la depresión.	38	Se dirigió a proveer información médica, discutir las causas del cáncer, pronóstico y estrategias de tratamiento. El contexto grupal ofrece posibilidades para fomentar la comunicación y las habilidades de solución de problemas.	Se redujo la proporción de pacientes deprimidas. Se elevaron los niveles de bienestar.
(Mamedova, 2014)	2014/ Canadá	Confiabilidad y efectividad de un programa para sobrevivientes de cáncer de mama que sufren problemas cognitivos post-tratamiento.	3	Se ofrecen estrategias para memoria y reducción del estrés. El programa está compuesto por cinco sesiones semanales de grupo. 1 sesión de seguimiento.	Se mejoró la calidad de vida. Se mejoraron las habilidades de memoria. Se incrementan las estrategias para reducción del estrés.
(Lechner et al., 2015)	2015/EUA	Obtención de información relacionada con la salud en función de recibir cuidados. Potenciar el afrontamiento a	GE: 33 GC: 22	Se fundamenta en la construcción de habilidades para facilitar la adaptación personal e interpersonal a lo largo del ciclo vital. Se caracteriza por	Las mujeres expresaron una alta satisfacción con el programa.

		la enfermedad.		una fuerte presencia y enfoque comunitario. Combina psicoeducación con técnicas de counseling centrado en el cliente.	
--	--	----------------	--	---	--

Leyenda: GE, grupo de estudio; GC, grupo control.

Anexo 18. Cuestionario a especialistas sobre el programa psicoeducativo propuesto

Usted ha sido seleccionado para formar parte de un grupo de especialistas que evaluará un Programa Psicoeducativo dirigido al afrontamiento activo de la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. A partir de los criterios emitidos por Ud. se realizarán las modificaciones pertinentes para su posterior implementación en las unidades de Atención Primaria de Salud, de los municipios Cifuentes y Santa Clara.

A continuación se le presentan una serie de interrogantes las cuales solicitamos sean analizadas y respondidas por usted.

Datos generales:

Profesión: _____ Años de experiencia: ____ Ocupación: _____

Grado Científico: ____ Título académico: ____ Categoría docente: _____

1. ¿Considera Ud. necesario la implementación de un Programa Psicoeducativo dirigido al afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad?

Muy necesario _____ Relativamente necesario _____ Poco necesario _____

2. Seguidamente se le presenta una escala del 1 al 10 para que evalúe marcando con una X el grado de conocimiento que posee usted sobre estrés, afrontamiento emociones y salud.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. A continuación se le presenta una escala del 1 al 10 para que evalúe el grado de conocimiento que usted posee sobre intervención psicológica en pacientes con enfermedades crónicas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Señale en una escala del 1 al 5 la calificación que le otorga al número de sesiones que propone el programa. Ofreciendo siempre que sea posible, las sugerencias correspondientes.

1 Malo	2 Regular	3 Bueno	4 Muy bueno	5 Excelente

5. En cuanto a los temas seleccionados para cada una de las sesiones, señale su correspondencia con los objetivos planteados. Indique en una escala del 1 al 5 la calificación que le otorga, ofreciendo siempre que sea posible su valoración.

1 Malo	2 Regular.	3 Bueno	4 Muy bueno	5 Excelente

6. Indique en una escala del 1 al 5 la calificación que le otorga al objetivo general del programa y su correspondencia con el plan de acciones planteado.

1 Malo	2 Regular	3 Bueno	4 Muy bueno	5 Excelente

7. Señale en una escala del 1 al 5 la calificación que le otorga a la correspondencia entre los objetivos propuestos en cada una de las sesiones y las técnicas presentadas para cumplimentarlos. Ofreciendo, siempre que sea posible, las sugerencias correspondientes.

1 Malo	2 Regular.	3 Bueno	4 Muy bueno	5 Excelente

8. ¿Considera Ud. necesario modificar algunos elementos relacionados con los objetivos del programa y su diseño lógico-metodológico en función de su mayor eficiencia y eficacia?

No__ Sí__

En caso afirmativo señale por favor estos elementos y su sugerencia para ser modificado.

9. ¿Considera Ud. necesario incorporar o eliminar alguna acción, indicadores de evaluación u otros contenidos considerados por usted?

No__ Sí__

Justifique sus propuestas

Propuesta a eliminar: _____

Propuesta a eliminar: _____

Propuesta a eliminar: _____

Propuesta a eliminar: _____

Propuesta a eliminar: _____

Propuesta a eliminar: _____

Propuesta incorporar: _____

Propuesta incorporar: _____

Propuesta incorporar: _____

Propuesta incorporar: _____

Propuesta incorporar: _____

Propuesta incorporar: _____

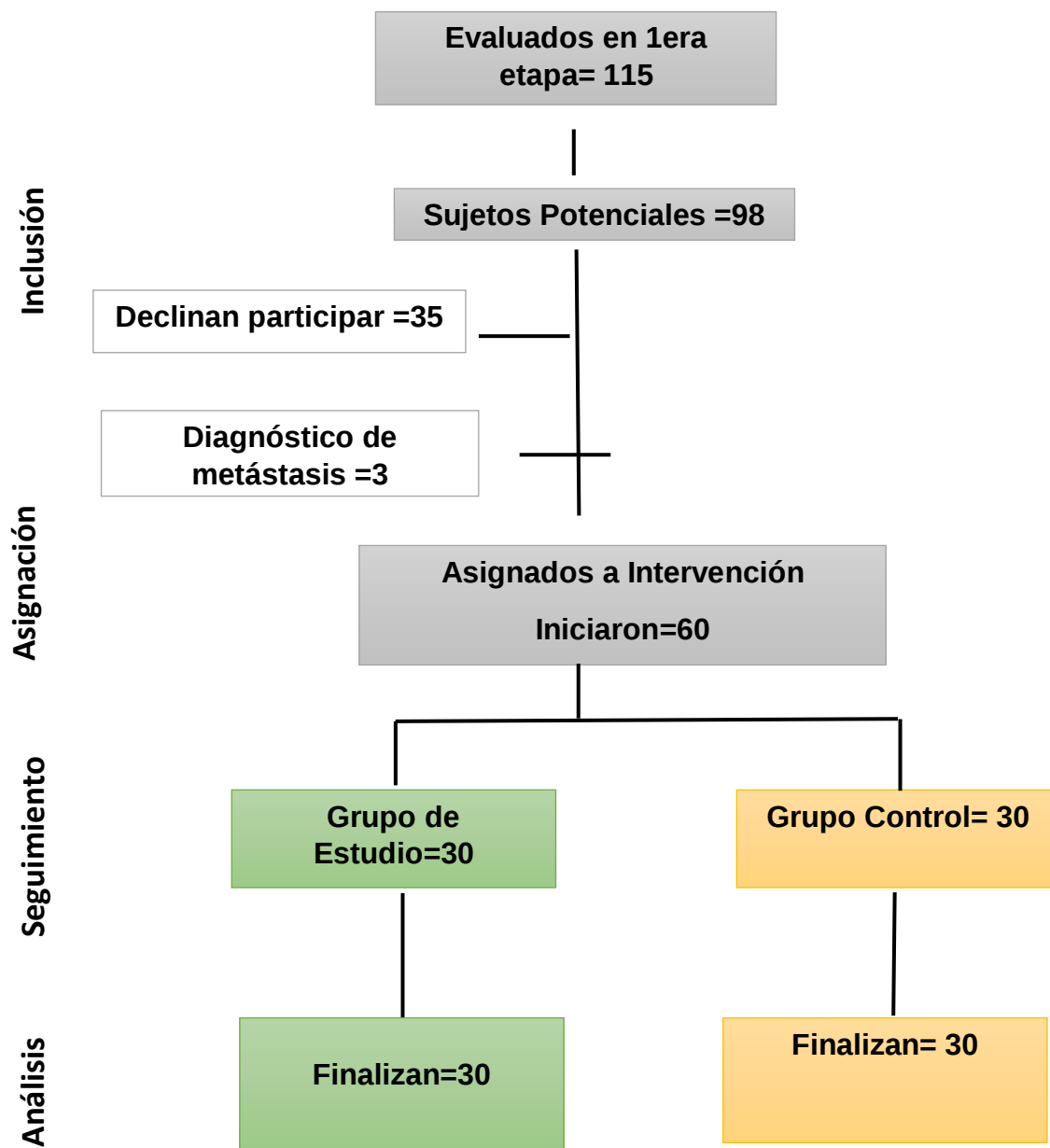
10. ¿Considera usted necesario realizar algún(os) señalamiento(os) o recomendación(es)? Por favor enúncielo a continuación:

No _____ Sí _____

Anexo 19. Indicadores de evaluación de criterio de especialistas

Criterios	Indicadores	Estándares
Calidad del diseño del programa	Adecuada Inadecuada	85 % o más de los expertos califican de muy buenos o excelentes los criterios evaluados. Menos del 80 % de los expertos califican de muy buenos o excelentes los criterios evaluados.
Numero de sesiones	Adecuado Inadecuado	80 % o más de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador. Menos del 80 % de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador.
Temas seleccionados	Adecuado Inadecuado	85 % o más de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador. Menos del 80 % de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador.
Pertinencia de las estrategias de intervención propuestas de acuerdo a los objetivos planteados.	Adecuada Inadecuada	80 % o más de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador. Menos del 80 % de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador
Adecuación de las estrategias de intervención propuestas a las particularidades de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.	Adecuada Inadecuada	80 % o más de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador. Menos del 80 % de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador.
Coherencia del diseño lógico-metodológico	Adecuada Inadecuada	80 % o más de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador. Menos del 80 % de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador.
Pertinencia de las técnicas de evaluación psicológicas propuestas para la evaluación de los objetivos del programa.	Adecuada Inadecuada	80 % o más de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador. Menos del 80 % de los expertos califican de excelente o muy bueno este indicador.

Anexo 20. Figura 2. Diagrama de flujo



Anexo 21. Consentimiento Informado

Yo _____ he participado en la primera etapa de un estudio sobre afrontamiento a la enfermedad. Al finalizar el mismo, he sido invitada por el investigador _____, para participar en el programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad y se me ha informado de que deberé contestar entrevistas y cuestionarios, con la garantía de la confidencialidad de mis respuestas.

También he sido notificada que el programa se realizará durante dos meses, de trabajo grupal, así como que al mes y a los tres meses respectivamente, los investigadores retomarán el contacto para una nueva evaluación.

De igual manera, se me ha explicado que tengo el derecho de no continuar en la investigación si así fuese mi voluntad, sin perjuicio de seguir recibiendo la atención asistencial correspondiente. Tomando en consideración estos elementos, acepto participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Anexo 22. Matriz de análisis de los grupos de discusión

Núcleos centrales	Codificación	Dato Bruto	Análisis
Limitaciones para afrontar activamente la enfermedad.	Frecuentes	“los efectos secundarios aún se sienten, el dolor en los huesos, el dolor en los dientes cuando tomas agua fría, el ardor en la piel”. “a veces me cuesta mucho trabajo hacer algunas cosas en la casa, como exprimir o tender la ropa”. “paso trabajo para abrocharme el ajustador porque el brazo no me llega y me duele”. “yo tengo mucho miedo, cuando me da cualquier dolor ya pienso que es una metástasis o que me volvió a salir de nuevo” “yo me siento cualquier cosita y corro para el médico para descartar que sea por el cáncer”. “me da mucho miedo que el cáncer me salga por otra parte”.	Limitaciones físicas (linfedema) Miedo a la recurrencia Impacto en la vida cotidiana
	Medianamente frecuentes	“aunque solo tengo hecho un cuadrante me preocupan las cicatrices, se ven feas, además el seno no luce igual y no me puedo poner blusas ajustadas porque se nota y la gente mira” “a veces no pienso en eso pero cuando me miro en el espejo y veo esa parte vacía con esa cicatriz tan grande, me veo horrorosa”, “lo más impactante es cuando a uno se le cae el pelo” “estuve muy acomplejada al principio”, otra paciente”.	Daño a la imagen corporal
	Poco frecuentes	“al mes lo hacía todo en mi casa y me siento perfectamente bien, pienso seguir haciéndolo por mucho tiempo más”	Sin limitaciones
Recursos para afrontar activamente la enfermedad	Presentes	“tengo hijos, espero pronto tener nietos y ver a mis bisnietos”. “si eso me va a salvar la vida, que me quiten el seno”. “cuando uno se siente algo, viene el gorrión pero no es cosa que impida seguir viviendo y luchando porque en realidad hay miles de enfermedades más malas que esta”. “tengo evidencias de muchas personas con largo tiempo de evolución que hoy se encuentran bien y eso es una buena influencia, algo que meda esperanzas” “no importa que me hayan quitado un seno, está bien, aquí lo que importa es vivir y ayudar a los hijos” “el motor que hace a uno luchar es sobre todo la familia porque en lo primero que uno piensa cuando le dan el diagnóstico es en los hijos, en la familia, no en uno mismo”	Familia Optimismo Esperanza
	Medianamente presentes	“pregunto a los oncólogos, comparto con otras pacientes, busco toda la información que puedo” “los oncólogos nos dicen que por los avances en el tratamiento del cáncer, esto pasa como un catarro común”. “siempre he sido una persona muy alegre y activa, y no he dejado que la enfermedad cambie esa parte de mí, me río y me siento bien como cualquier otra	Búsqueda de información acerca de la enfermedad Búsqueda de beneficios

		persona y no pienso en lo que ya pasó”.	
	Poco presentes	“uno debe ayudarse a sí mismo y tener una actitud positiva porque cada uno tiene sus responsabilidades, tanto con uno mismo, como con los demás que nos rodean y se preocupan”, “uno tiene que ser persistente para luchar y seguir adelante con la enfermedad, la casa, los hijos, soy como una guía para ellos y eso me hace fuerte”	Activación de recursos psicológicos
Fuentes de Apoyo social	Presentes	“la ayuda más grande es el apoyo de los hijos y de la familia.” “que mi familia siempre esté conmigo y me apoye”	Familia
	Poco presentes	“compartir experiencias con otras personas que hayan transitado por la enfermedad.”	Iguales

Anexo 23. Resumen de los consensos. IDARE

	Indicadores	No	Un poco	Bastante	Mucho
A	idare3			X	
	idare4		X		
	idare6			X	
	idare7		X		
	idare9				X
	idare12		X		
	idare13			X	
	idare14			X	
	idare17			X	
	idare18			X	
B	idare1				X
	idare2				X
	idare5			X	
	idare8				X
	idare10			X	
	idare11				X
	idare15				X
	idare16			X	
	idare19			X	
	idare20				X

Anexo 24. Resumen de los consensos. STAXI-2

I r a E s t a d o			No en lo absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
	Sentimiento de Ira	STAXI-1	X			
		STAXI-2	X			
		STAXI-3	X			
		STAXI-5	X			
		STAXI-7	X			
	Expresión Física de Ira	STAXI-4	X			
		STAXI-8	X			
		STAXI-11	X			
		STAXI-13	X			
		STAXI-14	X			
	Expresión Verbal de Ira	STAXI-6		X		
		STAXI-9		X		
		STAXI-10		X		
		STAXI-12		X		
		STAXI-15		X		

		Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
Expresión Externa de Ira	STAXI-27		X		
	STAXI-29		X		
	STAXI-31		X		
	STAXI-34		X		
	STAXI-38		X		
	STAXI-40		X		
Expresión Interna de Ira	STAXI-28		X		
	STAXI-32		X		
	STAXI-35		X		
	STAXI-37		X		
	STAXI-39		X		
	STAXI-42		X		
Control Externa de Ira	STAXI-26		X		
	STAXI-30		X		
	STAXI-33		X		
	STAXI-36		X		
	STAXI-41		X		
	STAXI-43		X		
Control Interna de Ira	STAXI-44		X		
	STAXI-45		X		
	STAXI-46		X		
	STAXI-47		X		
	STAXI-48		X		
	STAXI-49		X		

I r a R a s g o			Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
	Temperamento de Ira	STAXI-16	x			
		STAXI-17	x			
		STAXI-18	x			
		STAXI-20	x			
		STAXI-23	x			
	Reaccion de Ira	STAXI-19	x			
		STAXI-21	x			
		STAXI-22	x			
		STAXI-24	x			
		STAXI-25	x			

Anexo 25. Resumen de los consensos ISRA-B

R e s p u e s t a s d e A n s i e d a d	No	Cognitiva	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces si, otras no	Muchas veces	Casi siempre
	1	Ira-Resp-As-1				X	
	2	Ira-Resp-As-2	X				
	3	Ira-Resp-As-3		X			
	4	Ira-Resp-As-4		X			
	5	Ira-Resp-As-5				X	
	6	Ira-Resp-As-6	X				
	7	Ira-Resp-As-7			X		
	No	Fisiológica	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces si, otras no	Muchas veces	Casi siempre
	1	Ira-Resp-As-8		X			
	2	Ira-Resp-As-9			X		
	3	Ira-Resp-As-10	X				
	4	Ira-Resp-As-11		X			
	5	Ira-Resp-As-12		X			
	6	Ira-Resp-As-13	X				
	7	Ira-Resp-As-14	X				
	8	Ira-Resp-As-15			X		
	9	Ira-Resp-As-16		X			
	10	Ira-Resp-As-17				X	
	No	Motora	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces si, otras no	Muchas veces	Casi siempre
	1	Ira-Resp-As-18			X		
	2	Ira-Resp-As-19				X	
	3	Ira-Resp-As-20		X			
	4	Ira-Resp-As-21			X		
	5	Ira-Resp-As-22		X			
	6	Ira-Resp-As-23		X			
	7	Ira-Resp-As-24	X				
S i t u a c i o n e s d e A n s i e d a d	No	Evaluación	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchisimo
	1	Ira-Situ-As-1	X				
	2	Ira-Situ-As-3	X				
	3	Ira-Situ-As-4	X				
	4	Ira-Situ-As-8			X		
	5	Ira-Situ-As-10		X			
	6	Ira-Situ-As-11		X			
	7	Ira-Situ-As-13			X		
	No	Interpersonales	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchisimo
	1	Ira-Situ-As-6			x		
	2	Ira-Situ-As-7			x		
	3	Ira-Situ-As-15		X			
	4	Ira-Situ-As-18				X	
	No	Fóbicas	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchisimo
	1	Ira-Situ-As-12		X			
	2	Ira-Situ-As-14			X		
	3	Ira-Situ-As-17		X			
	4	Ira-Situ-As-19		X			
	No	Cotidianas	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchisimo
	1	Ira-Situ-As-2		X			
	2	Ira-Situ-As-5	X				
	3	Ira-Situ-As-9			x		
	4	Ira-Situ-As-21			X		
	5	Ira-Situ-As-22			X		

Anexo 26. Resumen de los consensos. Afrontamiento centrado en la emoción

C e n t r a d o e n l a E m o c i ó n	No.	Distanciamiento	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc12			X	
	2	woc13		X		
	3	woc15			X	
	4	woc19		X		
	5	woc21		X		
	6	woc32			X	
	7	woc41			X	
	8	woc44			X	
	No.	Auto-control	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc10			X	
	2	woc14			X	
	3	woc35			X	
	4	woc37			X	
	5	woc43			X	
	6	woc53				X
	7	woc54			X	
	8	woc57			X	
	9	woc62			X	
	10	woc63			X	
	No.	Huida-evitación	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc11		X		
	2	woc16		X		
	3	woc24		X		
	4	woc33		X		
	5	woc40	X			
	6	woc47	X			
	7	woc55		X		
	8	woc58				X
	9	woc59			X	
	No.	Reevaluación positiva	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc20		X		
	2	woc23		X		
	3	woc30	X			
	4	woc36		X		
	5	woc38			X	
	6	woc56	X			
	7	woc60		X		

Anexo 27. Resumen de los consensos. Afrontamiento centrado en el problema

C e n t r a d o e n e l P r o b l e m a	No.	Confrontación	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc6			X	
	2	woc7		X		
	3	wo17			X	
	4	woc28			X	
	5	woc34			X	
	6	woc46			X	
	No.	Búsqueda de apoyo social	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc8			X	
	2	woc18			X	
	3	wo31			X	
	4	woc42			X	
	5	woc45			X	
	No.	Aceptación de la responsabilidad	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc9		X		
	2	woc25		X		
	3	wo29	X			
	4	woc51	X			
	No.	Planificación	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
	1	woc1		X		
	2	woc2		X		
	3	woc6			X	
	4	woc27			X	
	5	woc39			X	
	6	woc48			X	
	7	woc49			X	
	8	woc52	X			

Anexo 28. Matriz DAFO

Debilidades Deberá considerarse el número de tareas para la casa y la incorporación del diario emocional teniendo en cuenta las posibles limitaciones físicas y edad de estas pacientes.	Fortalezas Los soportes comunicativos son fáciles, manejables y accesibles. El programa cuenta con un manual de implementación. Las acciones son viables y no requieren grandes recursos. Se promueve la responsabilidad y el afrontamiento activo del paciente a su enfermedad.
Amenazas Algunos profesionales de la APS no reconocen la importancia de la atención psicológica a las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Se requiere que las pacientes dispongan de tiempo para participar en la experiencia grupal. Requiere preparación profesional para la intervención en Psicooncología.	Oportunidades El programa contiene un valor preventivo. Favorece los cuidados durante la sobrevida. No hay precedentes de este tipo de intervención en VC. El programa puede servir de complemento para el trabajo sistema de APS.

Anexo 29. Resultados comparativos de las variables psicológicas. Grupo de estudio y Grupo Testigo. Antes

Variables	Estudio vs. Testigo
Autocuidado	0,232
Conocimiento	0,532
Prácticas de Autocuidado	0,324
Control percibido	0,596
Distanciamiento	0,271
Autocontrol	0,158
Huida-evitación	0,172
Reevaluación positiva	0,654
Confrontación	0,006
Búsqueda de apoyo social	0,116
Aceptación de la responsabilidad	0,251
Planificación	0,231
Afrontamiento centrado en el problema	0,146
Afrontamiento centrado en la emoción	0,554
Bienestar emocional	0,132
Motivada	0,432
Disgustada	0,124
Alegre	0,654
Frustrada	0,213
Fuerte	0,543
Culpable	0,244
Temeroso	0,831
Agresiva	0,143
Entusiasmada	0,145
Orgullosa	0,432
Irritable	0,154
Alerta	0,276
Triste	0,432
Inspirada	0,241
Nerviosa	0,531
Decidida	0,281
Amable	0,532
Inquieta	0,341
Activo	0,134
Insegura	0,467

Anexo 30. Resultados de la comparación de variables médicas

Variables	Estudio vs. Testigo
Estadio	0,244
Tipo de Cirugía	0,354
Tratamiento recibido	0,197

Anexo 31. Resultados de la comparación de variables sociodemográficas

Variables		Estudio vs. Testigo
Estado civil	Casadas	0,664
	Divorciadas	0,167
Nivel escolar	Primaria	0,187
	Secundaria	0,235
	Preuniversitario	0,291
	Técnico medio	0,345
	Universitario	0,621
Vínculo laboral	Trabajadora	0,154
	Ama de casa	0,256
	Jubilada	0,432

Anexo 32. Matriz de los registros durante el cuasi-experimento

Variables	Medidas	
Autocuidado	Antes	“no tengo mucho tiempo para hacer ejercicios, pero me gustaría saber que hacer bajar de peso”; “hago lo que creo pero por intuición”; “nunca me han informado sobre qué hacer en esta etapa”; “duermo mal todo el tiempo, sueño, no descanso no sé qué pudiera hacer”; “no tengo tiempo para mí”; “sentirse mal sé que no hace bien, quisiera estar mejor”, “sé que estar positiva es el mejor modo de estar bien”, “a veces no voy a las consultas total si ya no me dicen nada nuevo”
	Después	“ahora, le digo a mi hija que, aunque sea tres veces a la semana me lleve al círculo de abuelos que hay cerca de mi casa”; “ahora hago todo lo posible por no perderme más un domingo de danzón”; “buscar en qué entretenerse es el mejor modo de cuidarme”; “ahora que se terminó el grupo, he hecho nuevas relaciones”. “he quedado sorprendida con esta experiencia, me ha permitido lidiar con mis miedos”
Control percibido	Antes	“con tanto estrés que a veces tengo me abrumo tanto que no atino a nada”, “unas veces me siento pesimista otras no tanto, depende de cómo estén las cosas”, “a veces mis pensamientos me dominan, son más fuertes que yo”, <i>siento que no puedo hacer nada para cambiar las cosas</i> , a uno les toca una cosa, a mí me tocó el cáncer”
	Después	“ayer mismo me desvelé me puse a pensar “musarañas” y empecé con las autoinstrucciones que nos enseñaron y eso ayudó, tiempo atrás cuando me desvelaba y ya no podía dormir más”; “antes, cuando intentaba hablar sobre enfermedades terminaba llorando por la mía, ahora me siento un poco más fuerte”, “muchas veces me pongo muy ansiosa y trato de estudiarme aquella técnica que practicamos, si, la del viaje”, “hace alrededor de un año que no veo a mi hijo, en muchas ocasiones he tenido que respirar profundo y seguir adelante, lo he conseguido con la ayuda de lo aprendido en estos encuentros”, “ahora creo que puedo hacer más por mí misma”
Estrategias de afrontamiento	Antes	“si yo fuera Pepito, aunque hubiese terminado muy cansada, lo intentaría y lo intentaría”, “creo que si yo fuera Pepito no pudiera avanzar, estaría muy inquieta sin saber que hacer”; “a veces no encuentro el modo de salir de mis problemas”; “al principio fue todo difícil pero con el tiempo uno se acostumbra”.

	Después	“en muchas ocasiones lo que hacía era alejarme del problema, lo dejaba hablando solo y ya, ahora es diferente, intento calmarme y realizo un análisis de cómo podría resolver la situación con el menor malestar posible “recuerdo cuando no pude entregar los papeles en tiempo y mi jefa vino a pedírmelos en muy mala forma, creo que apliqué en ese momento las autoinstrucciones, me dije a mi misma que esta vez no iba a ser igual y analicé como podía resolver la situación sin tener que experimentar emociones negativas” “pensar en lo positivo es mejor, cuando estoy frente a una situación que me pone mal trato de mirar el lado bueno y busco apoyo para resolverlo”
Bienestar emocional	Antes	“soy pesimista, otras veces no”; “uno siempre se enfoca en lo malo y no piensa en lo bueno de la vida”, “he estado muy triste desde que mi hijo se fue, saber que no puedo contar con él y los conflictos que tengo con mi esposo, me hace sentir peor”; “cuando me siento así tan mal no puedo hacer nada, me da por dormir”
	Después	“nos caemos pero nos levantamos”; “hay tanto bueno en la vida que quiero vivir mucho más para conocerlo”; “recién me nació un nieto, ahora solo pienso en estar saludable para disfrutarlo”; “estoy agradecida por la vida que tengo, ya todo lo malo pasó”, “he aprendido a pensar más en mí, en mis necesidades”

Anexo 33

**Tabla 14. Resultados comparativos de las variables psicológicas
Subgrupo de estudio 1 y subgrupo testigo 1**

Variables	Grup Est Antes/Desp	Grupo Test Antes/Desp	Estudio vs. Testigo	
			Antes	Después
Autocuidado	0,005	0,153	0,006	0,000
Conocimiento	0,002	0,163	0,563	0,000
Prácticas de Autocuidado	0,000	0,276	0,424	0,000
Control percibido	0,001	0,127	0,596	0,001
Distanciamiento	0,004	0,263	0,346	0,003
Autocontrol	0,003	0,425	0,548	0,002
Huida-evitación	0,004	0,317	0,572	0,004
Reevaluación positiva	0,000	0,412	0,654	0,000
Confrontación	0,165	0,466	0,006	0,009
Búsqueda de apoyo social	0,002	0,180	0,116	0,000
Aceptación de la responsabilidad	0,147	0,654	0,451	0,312
Planificación	0,003	0,321	0,231	0,001
Afrontamiento centrado en el problema	0,002	0,167	0,146	0,000
Afrontamiento centrado en la emoción	0,004	0,643	0,754	0,002
Bienestar emocional	0,001	0,312	0,342	0,000
Afectividad positiva	0,001	0,234	0,234	0,000
Afectividad negativa	0,003	0,557	0,724	0,005

Anexo 34

Tabla 15. Resultados comparativos de las variables psicológicas. Subgrupo de estudio 2 y subgrupo testigo 2

Variables	Grup Est Antes/Desp	Grupo Test Antes/Desp	Estudio vs. Testigo	
			Antes	Después
Autocuidado	0,005	0,114	0,067	0,000
Conocimiento	0,005	0,086	0,532	0,000
Prácticas de Autocuidado	0,001	0,276	0,124	0,000
Control percibido	0,001	0,134	0,246	0,001
Distanciamiento	0,004	0,143	0,271	0,002
Autocontrol	0,003	0,317	0,578	0,005
Huida-evitación	0,004	0,317	0,572	0,004
Reevaluación positiva	0,000	0,412	0,554	0,000
Confrontación	0,165	0,426	0,006	0,009
Búsqueda de apoyo social	0,002	0,180	0,116	0,000
Aceptación de la responsabilidad	0,586	0,654	0,071	0,212
Planificación	0,003	0,321	0,231	0,001
Afrontamiento centrado en el problema	0,002	0,167	0,146	0,000
Afrontamiento centrado en la emoción	0,004	0,543	0,454	0,002
Bienestar emocional	0,001	0,312	0,342	0,000
Afectividad positiva	0,001	0,234	0,084	0,000
Afectividad negativa	0,003	0,457	0,524	0,005

Anexo 35

**Tabla 16. Resultados comparativos de las variables psicológicas
Subgrupo de estudio 3 y subgrupo testigo 3**

Variables	Grup Est Antes/Desp	Grupo Test Antes/Desp	Estudio vs. Testigo	
			Antes	Después
Autocuidado	0,001	0,453	0,232	0,000
Conocimiento	0,002	0,163	0,532	0,000
Prácticas de Autocuidado	0,000	0,276	0,424	0,000
Control percibido	0,001	0,134	0,596	0,001
Distanciamiento	0,004	0,123	0,271	0,003
Autocontrol	0,003	0,317	0,458	0,002
Huida-evitación	0,004	0,317	0,572	0,004
Reevaluación positiva	0,000	0,412	0,654	0,000
Confrontación	0,165	0,466	0,006	0,009
Búsqueda de apoyo social	0,002	0,180	0,116	0,000
Aceptación de la responsabilidad	0,147	0,654	0,251	0,312
Planificación	0,003	0,321	0,231	0,001
Afrontamiento centrado en el problema	0,002	0,167	0,146	0,000
Afrontamiento centrado en la emoción	0,004	0,543	0,554	0,002
Bienestar emocional	0,001	0,312	0,342	0,000
Afectividad positiva	0,001	0,234	0,234	0,000
Afectividad negativa	0,003	0,457	0,524	0,005