

**Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
Facultad de Psicología.**



Tesis en Opción al Título de Licenciada en Psicología

“Fundamentos para el diseño de un programa psicoeducativo, dirigido a mujeres con cáncer de mama”

Autor: Danay Bartuste Marrero

Tutor: MsC. Vanessa Montiel Castillo

Co-tutor: Dra. Vivian Margarita Guerra Morales

**Santa Clara
2014**

Exergo

*“Incluso si supiera que el mundo se
acababa mañana
aun así plantaría mi manzano”*

Martín Luther King

Dedicatoria

*A mi tía Leonida, por mostrarme tanto cariño y
por enseñarme que la valentía y el esfuerzo son
fuentes únicas de riquezas.*

Agradecimientos

A mi abuela Noelia, por ser mi mamá aun cuando no comprendía por qué y por darme todo, incluso más.

A mi tía Margarita por ser la persona más perfecta que conozco y mi modelo a seguir y por siempre quererme tanto y aconsejarme tan sabiamente.

A mi mamá por impulsarme a seguir adelante cuando me he mostrado insegura.

A Pepe, por ser tan especial conmigo y brindarme su incondicional apoyo.

A Yanet y a Kevin, por preocuparse por mí cuando más lo necesité e inspirarme confianza.

A mi papá por ser ejemplo de superación.

A mi tutora MsC. Vanessa Montiel Castillo, por ser tan paciente y dedicada conmigo.

A mi co-tutora Dra. Vivian Guerra, por su autenticidad, inteligencia y colaboración tan necesaria.

A Luis Felipe por sus intervenciones magistrales e insuperables.

A todas las mujeres con cáncer de mama que tuve la dicha de conocer, por facilitarme aprendizajes tan importantes para mi carrera profesional y la vida en general.

A todos mis profesores que han contribuido a mi formación como profesional.

Muchas Gracias.

Resumen

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de elaborar los fundamentos para el diseño de un programa psicoeducativo, orientado al afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Se llevó a cabo en el período comprendido entre febrero y mayo del 2014. La muestra quedó conformada por 7 psicólogos pertenecientes al Policlínico docente “Chiqui Gómez Lubián”. Además se seleccionaron 9 especialistas que participaron en la evaluación del concepto de Psicoeducación. Se asumió un enfoque mixto cuali-cuantitativo, con un estudio de tipo exploratorio- descriptivo que quedó estructurado en tres etapas. Se utilizó un sistema de métodos y técnicas que incluyen la entrevista y revisión de documentos. Además se emplearon dos cuestionarios, uno dirigido a profesionales de la consulta de Psicología del Policlínico “Chiqui Gómez Lubián” y un segundo cuestionario orientado a especialistas pertenecientes a la facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Se realizó un análisis cualitativo de datos fundamentalmente complementándose con el análisis de frecuencia de los mismos. Los resultados obtenidos a partir del diagnóstico de necesidades evidenciaron la pertinencia de potenciar las habilidades de afrontamiento en estas pacientes para fomentar una mayor adaptación a la enfermedad. Como principal aporte de la investigación se ofrece una propuesta preliminar de un programa psicoeducativo, para mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Palabras Clave: Cáncer de mama. Intervalo libre de enfermedad. Afrontamiento. Programa. Psicoeducación.

Abstract

ABSTRACT

The investigation was carried out with the purpose to elaborate the setting for the design of a psychoeducative program directed to the process of coping of survivor women with breast cancer. The investigation was developed in the period comprehended between the months from February and May 2014. The sample was composed by 7 psychologists who are linked to “Chiqui Gómez Lubián” Teaching Policlinic and 9 specialists belonging to the Psychological Faculty of the Central University “Martha Abreu” of Las Villas. The lasts were consulted in order to evaluate a new concept of Psychoeducation. The mixed paradigm was assumed, with an exploratory-descriptive study that was structured in 3 stages. A system of methods and technics was used that include the observation, the interview and revision of documents, questionnaire directed to the professionals of the psychological consult of the centre, and a questionnaire for the specialists for the concept of psychoeducation. It was carried out a qualitative analysis of data, complementing it with the analysis of frequencies and per cent. The obtained results derived from the diagnostic of needs showed the pertinence of boosting the abilities of coping in the survivor patients, in order to promote the adaptation to illness. As the principal contribution of the investigation the setting of a psychoeducative program will be elaborated, that will respond to the identified suggestions and needs.

Key words: Breast cancer, free intervals of illness, Coping, Program, Psychoeducation.

Índice

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Marco referencial teórico	7
1.1 PSICOONCOLOGÍA.....	7
1.1.2 <i>el cáncer. Generalidades</i>	8
1.1.3 <i>el cáncer de mama</i>	9
1.2 ETAPA DE SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER DE MAMA.....	11
1.2.1 <i>personalidad y regulación comportamental</i>	16
1.3 NECESIDADES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD.	17
1.4 AFRONTAMIENTO	19
1.4.1 <i>el afrontamiento en el cáncer de mama</i>	22
1.5 LA PSICOEDUCACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL.....	28
1.5.1 <i>aplicación de la psicoeducación en la psicooncología</i>	34
1.5.2 <i>manejo de la psicoeducación orientada al cáncer de mama en cuba</i>	40
1.6 EL PROGRAMA EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	41
1.6.1 <i>la evaluación de programas</i>	42
Capítulo 2. Marco referencial metodológico	44
2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
2.2 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
2.3 CONCEPCIÓN METODOLÓGICA DE LA ETAPA I.....	46
2.3.1 <i>selección y descripción de la muestra</i>	46
2.3.2 PROCEDIMIENTOS DE LA ETAPA I.....	47
2.3.3 <i>descripción de las técnicas empleadas en la etapa I</i>	47
2.4 CONCEPCIÓN METODOLÓGICA DE LA ETAPA II.....	49
2.4.1 <i>selección y descripción de la muestra</i>	50
2.4.2 <i>procedimientos de la etapa II</i>	50
2.4.3 <i>métodos y técnicas empleados en la etapa II</i>	50
2.5 CONCEPCIÓN METODOLÓGICA DE LA ETAPA III.....	53
2.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	55
2.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	55
Capítulo 3. Análisis de los resultados	56
3.1 <i>Etapa I</i>	
3.1.1 <i>análisis de resultados de las técnicas aplicadas en la etapa I</i>	56
3.1.2 <i>análisis integrador de la etapa I</i>	59
3.2 ETAPA II:.....	60
3.2.1 <i>análisis de resultados de la etapall</i>	60
3.3 <i>Etapa III</i>	65
3.2.1 <i>propuesta preliminar de un programa psicoeducativo dirigido a potenciar el afrontamiento de mujeres supervivientes con cáncer de mama</i>	65
Conclusiones	79
Recomendaciones	80

Introducción

INTRODUCCIÓN

Cada día, un número importante y creciente de personas sufren patologías crónicas a nivel mundial. Por definición las enfermedades crónicas no tienen cura, sin embargo reciben atención especializada en la que se gestiona adecuadamente la mejora en la calidad de vida de las personas afectadas. Es por esto, que las políticas de salud de este siglo constituyen un reto para los diferentes niveles de atención en los que la práctica asistencial se pronuncia a favor de la rehabilitación de estos pacientes crónicos.

En este sentido, el cáncer es una de las mayores preocupaciones en materia de salud pública como patología crónica por ser una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad, ocasionando en las personas un mayor temor a la pérdida de la vitalidad (Organización Mundial de la Salud, 2012). Es uno de los más graves problemas de Salud en el mundo, lo que ha sido demostrado por las estadísticas y estudios epidemiológicos, afirmando que alrededor de 18.0 millones de personas actualmente padecen de esta enfermedad (Grau, 2005).

Las enfermedades oncológicas que producen mayor mortalidad en Estados Unidos y en Europa son el cáncer de pulmón, el colorrectal, el de mama y de útero en las mujeres, el cáncer de próstata en los varones y el de estómago. Los mencionados son responsables de más del 55% de todas las muertes por cáncer. En las mujeres el cáncer de mama es el más frecuente (OMS, 2012).

En Cuba en el año 2013, se produjo una mortalidad de adultos entre 30 y 70 años de 159 por 10.000 personas a causa del cáncer colindando así con las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2013). En el país, aun cuando la esperanza de vida para los pacientes con enfermedades oncológicas ha aumentado convirtiéndose en una de las más altas en todo el mundo, en el año 2013 se produjeron 22 868 defunciones por este padecimiento, lo que representa 204, 8 muertes por cada 100 000 habitantes, resultando 17 años de vida potencialmente perdidos. De estos fallecimientos, 9885 se correspondieron con el sexo femenino, siendo las estadísticas mayores entre los 60-70 años con un total de 611 mujeres

fallecidas (Anuario Estadístico de Salud, 2013). Villa Clara se encuentra en el sexto lugar respecto a estas cifras, contando con un total de 1605 fallecidos en general.

En incidencia, el cáncer de mama está en primer lugar entre todos los cánceres de la mujer en nuestro país, siendo más frecuente entre los 45 y 65 años de edad. Se ha convertido en una de las enfermedades de mayor relevancia además de su mortalidad e incidencia, por el impacto psíquico, social, familiar y económico que produce, cambios que suelen ir en detrimento de la calidad de vida del paciente (González y Bermúdez, 2008).

La incidencia del cáncer aumenta drásticamente con la edad, no obstante se ha producido un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer de mama lo que ha estado vinculado a tratamientos más eficientes, redundando en un mayor índice de sobrevida de las pacientes, muchas de las cuales logran una evolución favorable después del tratamiento de elección, aunque siguen apremiadas por sus temores (Anuario Estadístico de Salud, 2010; RNC, 2011).

En la mujer superviviente con cáncer de mama también se manifiestan una serie de características que dificultan el afrontamiento a la enfermedad a partir del impacto que tiene el cáncer en estas personas, lo que trae como consecuencia graves problemas psicológicos, cognitivos, sexuales y muchos síntomas residuales, convirtiéndola en una persona susceptible a intervención psicológica (Grau, 2005).

Numerosos estudios evidencian que el estrés puede influir negativamente en la susceptibilidad y resistencia al cáncer y también en su curso evolutivo ya que provoca una alteración de la actividad neurotransmisora y neuroendocrina (Cox, 1986 y Fauman, 1982). Por ello uno de los retos fundamentales de la intervención psicológica con estas pacientes es el trabajo desde el afrontamiento a la enfermedad concebido como: aquellos procesos 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 y Folkman, 1986).

El afrontamiento se ha constituido en unidad de análisis de diversos estudios en cáncer de mama en los que se comparte que en Psicooncología se requiere de una adecuada medida de la adaptación a la enfermedad (Bleiker, 1993) por dos razones

primordiales: Se ha observado una alta morbilidad psicológica asociada al cáncer y existen evidencias que indican que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas guardan estrecha relación con esta morbilidad y son determinantes de la misma (Watson, 1988). En segundo lugar algunos estudios han logrado demostrar que las respuestas psicológicas al cáncer pueden influir en la recuperación y la supervivencia de estas pacientes, lo que muestra que los factores psicológicos pueden tener importancia en el pronóstico (Bárez, 2002).

El afrontamiento es una de las variables propuestas para ayudar a entender mejor tanto el proceso de adaptación como las diferencias en bienestar observadas entre pacientes en situaciones médicamente equivalentes. Para ayudar a las pacientes entonces es necesario poner en marcha terapias adecuadas para favorecer el afrontamiento para la adaptación.

A pesar de los acercamientos que se han realizado hacia esta problemática, se perciben insuficiencias en este sentido, en tanto se prioriza la intervención psicológica con pacientes con cáncer de mama, en fase de diagnóstico y tratamiento, desde el afrontamiento a la enfermedad, siendo estas fundamentalmente de corte psicoterapéutico, excluyendo otros momentos como la fase de intervalo libre de enfermedad (Grau, 2005 y Font, 2009).

De aquí la necesidad implementar programas psicoeducativos que trabajen en la prevención y la rehabilitación desde un enfoque no patológico, en el logro del restablecimiento de la persona con cáncer de mama, concibiendo la psicoeducación como un proceso interventivo con alcance educativo, que parte del diagnóstico de necesidades que poseen las personas, portadores o no de una alteración psicológica, orientándose hacia la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de los mismos, en el que se propicia la activación de las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa.

El resultado final depende, en esencia de la clara y objetiva identificación de las principales necesidades existentes en el paciente y del planeamiento adecuado por parte del profesional de cómo satisfacerlas, así como de los recursos a utilizar,

teniendo un papel importante en este caso la caracterización de la dinámica de afrontamiento presente en estas pacientes.

La actualidad del tema tratado se apoya en los resultados de investigaciones dentro de la Psicooncología que subrayan la necesidad del estudio del afrontamiento a la enfermedad en mujeres supervivientes con cáncer de mama, y el establecimiento de la intervención psicoeducativa, teniendo como premisa filosófica, el hombre visto como ser social y natural, de sus potencialidades, de su personalidad, buscando recobrar la autorregulación de sus funciones, su autonomía y la regulación de sus potencialidades a través de un cambio de actitud a la cual se llega activando la conciencia del sujeto (Zaldívar, 2004), asunto que cobra importancia si se considera la alta incidencia del cáncer en el país, así como en la provincia de Villa Clara.

Hasta el momento se han elaborado diferentes guías, estrategias e intervenciones psicoterapéuticas tanto en este como en otros países en función del paciente con cáncer de mama, pero la mayoría no han trascendido el plano de la educación oncológica y en Cuba ninguna de ellas se orientan hacia el tratamiento del paciente en un intervalo libre de enfermedad (Grau,2005).

Precisamente, la novedad de la investigación radica en la posibilidad de diseñar las bases teóricas y metodológicas de un Programa Psicoeducativo para el afrontamiento de mujeres supervivientes con cáncer de mama a partir de la caracterización del afrontamiento en estas pacientes. Además esta investigación trasciende los marcos de la mera información y se dirige a psicoeducar al paciente lo que posibilita aprovechar las potencialidades del mismo así como reafirmarlas y fortalecerlas.

Son estas realidades tanto a nivel nacional como internacional las que representan las fuentes motivadoras para el desarrollo de la investigación, así como la necesidad de formas óptimas de tratamiento psicológico en estos pacientes, las que conducen en la presente investigación al planteamiento del siguiente problema científico:

Problema de investigación:

¿Cómo estructurar los fundamentos que sustenten el diseño de un programa psicoeducativo orientado al afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad?

Para proporcionar respuesta al problema científico se proponen como objetivos:

Objetivo general:

Elaborar los fundamentos para el diseño de un programa psicoeducativo, orientado al afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Objetivos específicos:

- Explorar las particularidades de la labor psicoeducativa de los profesionales de la consulta de psicología del Policlínico Chiqui Gómez Lubián.
- Valorar la definición de psicoeducación a través del juicio de profesionales.
- Ofrecer una propuesta preliminar de programa psicoeducativo para mujeres cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

El aporte teórico de la investigación radica en su contribución al enriquecimiento del constructo Psicoeducación. De igual manera la investigación contribuye a la comprensión del Afrontamiento, la etapa de Supervivencia en el cáncer de mama, lo que favorece el enriquecimiento de la Psicooncología, pues se brinda una panorámica sobre la dinámica de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad.

Desde el punto de vista metodológico y práctico se considera el aporte de una primera aproximación al diseño de un programa psicoeducativo, orientado a potenciar el afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

El Informe de la investigación consta de la Introducción, tres Capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

En el primer capítulo se abordan las consideraciones teóricas relacionadas con la Psicooncología, las Generalidades del Cáncer y las particularidades del Cáncer de Mama. Se presentan además epígrafes relacionados con la Etapa de Supervivencia en el cáncer de mama y la Personalidad, las Necesidades de la etapa, el Afrontamiento a la enfermedad, la Psicoeducación y el Programa en la intervención social.

En el segundo capítulo se exponen los elementos referidos al diseño metodológico desarrollado en la investigación, especificando las características de la muestra seleccionada, así como la descripción de los métodos y técnicas empleados. En este capítulo se definieron las etapas fundamentales del proceso seguido en la investigación.

En el tercer capítulo, se analizan los resultados obtenidos en las diferentes etapas, ofreciendo con posterioridad las Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

Capítulo I

CAPÍTULO 1. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Psicooncología

A partir de la significación del cáncer como problema de salud mundial, la connotación psicosocial y el impacto emocional que genera el mismo en las personas, surge un campo de aplicación práctica de la psicología de la salud condicionado por el reconocimiento del papel que desempeñan el psiquismo y la conducta humana en su etiología y evolución, así como en las propias manifestaciones de la enfermedad.

Actualmente la Psicooncología ha sido considerada como un campo de la Psicología de la Salud que se centra en el estudio e intervención sobre los factores psicosociales asociados al diagnóstico y tratamiento del paciente, sus familiares y el equipo de salud, así como sobre los factores comportamentales que afectan el riesgo de desarrollar la enfermedad y disminuir la supervivencia con el empleo de categorías, conceptos, métodos y técnicas propias de la Psicología (Bayés, 1991; Llantá, Grau & Chacón, 1998; Grau, 2001).

La psicooncología en la continua lucha contra el cáncer ha mostrado que el comportamiento puede influir en la aparición o desarrollo de un gran número de cánceres y que la adopción de estilos de vida saludables puede salvar más vidas que cualquier tratamiento oncoespecífico. Además el estrés y las emociones pueden contribuir de diferente manera a la génesis y desarrollo del cáncer y también al pronóstico y supervivencia con calidad de los pacientes. Por esta razón el desarrollo de estudios y de medidas de evaluación de la calidad de vida de pacientes y familiares en diferentes estadios de la enfermedad, son necesarios para la toma de decisiones y para el establecimiento clínico de tratamientos más integrales y eficaces (Grau, 2005).

Así se aprecia que en la intervención de los trastornos psicosociales asociados al diagnóstico y tratamiento del cáncer, la psicooncología adquiere un papel relevante en la medida en que puede estimular estilos de vida más saludables, disminuir la vulnerabilidad personal a la enfermedad, sobre todo mediante el control del estrés, y aumentando los recursos personales de resistencia (afrontamientos y actitudes). Asimismo puede aumentar la responsabilidad y autonomía del propio sujeto, con incremento en la percepción de controlabilidad sobre su situación, lo cual disminuye el

estrés, le permite afrontamientos más eficaces, incrementa la adherencia y mejora su calidad de vida. De esta manera dentro de las grandes tareas de la psicología en el control del cáncer se encuentran la prevención y educación en cáncer, la asesoría en los programas de pesquizaje y control del cáncer, la asesoría en la información y la comunicación con pacientes y familiares, intervenciones para el ajuste tras el diagnóstico, rehabilitación psicosocial del enfermo oncológico aparentemente controlado (Grau, 2005).

En este campo se debe considerar que el paciente se enfrenta a nuevas situaciones que demandan un ajuste de los recursos psicológicos para afrontar las mismas, proceso que ocurre durante toda la enfermedad, es por esto que la relación de ayuda implica proporcionar al paciente calidad de vida y bienestar, teniendo en cuenta las particularidades que presenta la persona y la patología en sí misma.

1.1.2 El cáncer. Generalidades

El cáncer consiste en un crecimiento descontrolado y la posterior diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos. La carcinogénesis o aparición del cáncer ocurre como resultado de dos procesos: primero, el aumento descontrolado de la proliferación de un grupo de células que dan lugar a un tumor o neoplasia y la posterior adquisición de estas de capacidad invasiva, que les permite diseminarse desde su sitio natural en el organismo, colonizar y proliferar (Weisburger, 2004).

Estudios realizados a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX establecieron que una gran cantidad de agentes, tales como: químicos, físicos y biológicos estaban causando distintas clases de cáncer. Resulta complicado para la investigación la diversidad en el origen del cáncer, ya que este no tiene una única causa. Sin embargo se identifica que el comportamiento y el estilo de vida son los factores que contribuyen en mayor medida a la aparición de esta enfermedad.

Es importante conocer el estadio clínico en el que se encuentra el paciente para planificar el tratamiento. Se agrupa a los pacientes en cuatro grupos donde generalmente: el I son enfermos con tumores pequeños sin afectación ganglionar ni diseminación; el II, cuando el tumor invade el tejido próximo; el III, cuando hay mayor

invasión local y afectación de ganglios linfáticos, y el IV, casos en los que ya se ha producido metástasis a distancia.

El cáncer se presenta actualmente ante el hombre como una enfermedad de causa y cura aún desconocida, que se caracteriza por el insuficiente control percibido por el paciente. En este sentido la progresión de la enfermedad lacera el equilibrio emocional de la persona, resultando afectada no solo en la fase de diagnóstico e intervención sino además en el período de remisión, que se cataloga de alto riesgo a padecer trastornos psicológicos ante la continua preocupación por la recurrencia del cáncer.

Atendiendo a las estadísticas sobre el tema se identifica que en América Latina y el Caribe las cifras de incidencia del cáncer han ido en ascenso. Esto se aplica al país así como a la provincia de Villa Clara constituyendo los diagnósticos más insidiosos: cáncer de pulmón, el cáncer de piel y el cáncer de mama que ha tenido un significativo aumento en la última década siendo una de las primeras causas de muerte en la mujer.

1.1.3 El cáncer de mama

El cáncer de mama constituye en la actualidad la neoplasia más frecuente en la mujer, que se identifica por la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular entre los conductos delgados que conectan a modo de ramas de un árbol los racimos de lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria. Esta enfermedad se caracteriza en su inicio por no presentar sintomatología, tan solo aparecen signos y síntomas cuando han alcanzado un tamaño importante, superior a 1 cm.

Existen factores de riesgo de la enfermedad, dentro de los que se ubican el cambio en las dietas, la edad, el status social y nivel socioeconómico, el inicio de la menarquía en edades tempranas, la nuliparidad y el factor hereditario con un papel muy importante en esta patología (Cortner, 1997), así como hábitos tóxicos y el uso de anticonceptivos orales, entre otros (Nishimura, 2003).

En nuestro país, el cáncer de mama afecta a gran cantidad de mujeres siendo más frecuente entre los 45 y 65 años de edad. Es por esto que son diversas las alternativas empleadas para el diagnóstico y el tratamiento. En el primer caso se utiliza con regularidad los métodos como: Mamografía, Biopsia, Autoexamen mamario. Otros tipos de análisis son los que se le realizan a los receptores estrogénicos y de progesterona, ya que si se encuentra cáncer, estos exámenes pueden determinar si las hormonas de

estrógeno y progesterona afectan el crecimiento del cáncer. Estos también pueden brindar información sobre las posibilidades de reaparición del cáncer.

Atendiendo al tratamiento del cáncer mamario uno de los procedimientos más comunes es la cirugía (conservadora o mastectomía) considerada como tratamiento estándar al igual que la Radioterapia, Quimioterapia y Terapia hormonal, los que se utilizan en dependencia del estadio en que se encuentre la paciente. De esta forma se consideran en esta patología estadios como (Heron, 2000): *Estadio 0 (carcinoma in situ), Estadio I, Estadio IIA, Estadio IIIA, Estadio IIB, Estadio IIIB, Estadio IIIC operable, Estadio IIIC no operable, Estadio IV.*

En cualquier estadio que se encuentre la persona puede ser susceptible a intervención psicológica, puesto que los tratamientos son muy agresivos, pudiendo provocar una alteración de la simetría corporal, que es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad, donde incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la paciente. Si a esto se le añade la representación social que existe sobre esta enfermedad, se logra comprender que el impacto psicológico del cáncer de mama puede generar en la persona la presencia de estados emocionales tales como: depresión, ansiedad, hostilidad, agresividad, frustración, miedo. Además pueden desencadenarse cambios en los estilos de vida motivados por trastornos psicológicos, malestares o conflictos conyugales y sexuales, así como disminución del ritmo de actividad, de la autoestima y cambios en la autovaloración, por lo que la labor del psicólogo adquiere especial relevancia en cada una de las fases por las que atraviese el paciente (Rojas, 2006):

- Fase de diagnóstico
- Fase de tratamiento
- Fase de supervivencia
- Fase de recidiva (reaparición del cáncer)
- Fase final de la vida

A su vez los pacientes que se encuentran en fase de supervivencia se enfrentan al desafío de volver a la vida cotidiana mientras se adaptan a los cambios que se producen por la enfermedad y a su tratamiento. Cuánto vive una persona ya no es el

único objetivo en esta fase; también es importante cuán bien puede vivir después del tratamiento.

1.2 Etapa de Supervivencia en el Cáncer de Mama

El cáncer sin dudas puede transformar la vida de las personas en tanto implica el afrontamiento de nuevas situaciones que además tienen gran impacto e intensidad en la estructuración de las vivencias asociadas a la enfermedad. Uno de los aspectos más complejos de la experiencia con el cáncer es el cambio del período de “tratamiento activo” a la supervivencia.

La supervivencia al cáncer ha sido definida de varias maneras. Una definición común es no tener ninguna enfermedad después de completar el tratamiento. Otra es el proceso de vivir con cáncer, soportar el cáncer y sobrevivir a la enfermedad. Según esta definición, la supervivencia al cáncer comienza cuando una persona es diagnosticada con cáncer (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2012).

Sin embargo, la definición más acertada y la que se asume en la investigación es la propuesta por la Sociedad Americana de Oncología Clínica (2013), como el proceso de convivencia con la enfermedad, que comienza con el diagnóstico del cáncer hasta el final de la vida del paciente. Incluye a los pacientes que siguen recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de recurrencia o controlar la enfermedad crónica una vez que el cáncer ha entrado en remisión. Dentro de esta etapa de supervivencia existen dos sub-etapas más específicas, tales como:

- Supervivencia aguda: describe el momento desde que a una persona le diagnostican la enfermedad y comienza a recibir tratamiento para el cáncer hasta que lo termina.
- Intervalo libre de enfermedad: se refiere al período inmediatamente después de finalizado el tratamiento que se extiende hasta el final de la vida del paciente o hasta la aparición de la primera recidiva.

En el Intervalo libre de enfermedad, los pacientes que se curan del cáncer se encuentran liberados de un diagnóstico pero presionados por un pronóstico incierto, donde domina la sensación de cansancio, angustia, miedo, la desesperanza, ira, soledad, culpa y otras emociones bioquímicas que no favorecen su proceso de salud (Roustan, 2008).

En ocasiones la mujer en este intervalo percibe con mayor o menor claridad que le faltan recursos para hacer frente a los problemas señalados. Como señala Bayés (2009), si persiste la amenaza y disminuye la expectativa de poder hacer algo para salvar su situación, se genera sufrimiento. Precisamente en estos llamados "Intervalos libres de enfermedad", donde la enfermedad no está activa, los pacientes continúan preocupándose por miedo a la recaída, sensaciones de daño físico e infertilidad y experimentan una sensación de disminución del control, de vulnerabilidad e incertidumbre sobre el futuro (Grau, 2005).

Una vez que finaliza el periodo de tratamiento activo, es probable que la persona tenga nuevas inquietudes. A menudo, este es un período de emociones encontradas. Muchas personas sienten alivio porque su tratamiento terminó. También puede haber un aumento de ansiedad hacia el futuro. Algunas se preocupan por no estar haciendo lo suficiente para combatir activamente el cáncer y otras se sienten ansiosas porque no tienen el mismo contacto frecuente con el equipo de atención médica que les guió a lo largo del tratamiento.

A pesar que cada paciente posee sus propios cuestionamientos existen experiencias similares. Así se enfrentan a desafíos psicológicos, donde determinados acontecimientos como el aniversario de su diagnóstico o exámenes de seguimiento pueden constituir indicadores liberadores de ansiedad.

En esta vuelta a la normalidad de la vida, en ocasiones ensombrecido por la angustia, aparece el denominado "Síndrome de Damocles" para referirse al malestar psicológico derivado no sólo de la conciencia de vulnerabilidad a la enfermedad sino también a la dificultad psíquica de poder desarrollar un proyecto vital a largo plazo (Solana, 2005).

Indudablemente entre las variables que influyen en la adaptación del superviviente a la enfermedad hay que considerar los factores médicos relacionados con el proceso de enfermar, que incluyen el tipo de tumor diagnosticado, el curso de la enfermedad, las modalidades terapéuticas administradas, la respuesta tumoral al tratamiento, los efectos secundarios y complicaciones, las secuelas de la enfermedad. Por tanto, cuanto mayores sean las complicaciones médicas mayor dificultad de recuperación psicológica.

Los tratamientos médicos producen alteraciones físicas provisionales y definitivas, presentándose limitaciones en las actividades y funciones corporales, por tanto el área laboral (discapacitaciones), familiar (dependencia) y social (aislamiento), sitúa al paciente en una posición psíquica donde aparece una imagen del antes y una actual, en la cual tiene que elaborar lo irreversible de la situación e incorporar una nueva imagen, si es posible, de forma constructiva.

Atendiendo a los desafíos físicos, se evidencian efectos secundarios a los que se tienen que enfrentar las pacientes, algunos de ellos permanentes y requieren un manejo de por vida (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, 2012).

Teniendo en cuenta los efectos secundarios del tratamiento quirúrgico, se presenta el dolor una vez que cesa el efecto de la anestesia, durante el proceso de cicatrización incluso hasta años más tarde continua este síntoma en algunos casos. Puede notarse menos sensibilidad o sensación de acorchamiento en la zona de la operación. Este efecto secundario suele desaparecer con el tiempo. El Seroma es otro de los síntomas importantes que se caracteriza por la aparición de un bulto con contenido líquido en la zona de la cicatriz. Normalmente desaparece con el tiempo, pero en ocasiones hay que vaciarlo.

Es muy común en esta etapa la aparición del Linfedema, secuela más importante del tratamiento locoregional del cáncer de mama. Es un trastorno crónico y progresivo, siendo uno de los efectos secundarios más importantes además de limitación de la movilidad del hombro, en ocasiones del mismo lado de la mama operada (Bartolomé, 2012). Este síntoma ocurre debido a que los ganglios linfáticos axilares encargados de recoger la linfa del brazo son extirpados, generando en este caso hinchazón por la acumulación de líquido.

En el caso de los efectos secundarios del tratamiento quimioterapéutico, estos van a depender del tipo de medicamentos que reciba la persona. Entre los efectos secundarios están los digestivos, sobre todo náuseas, vómitos, llagas en la boca, diarrea o estreñimiento (Bartolomé, 2012). Normalmente con este tipo de tratamientos las mujeres se pueden encontrar más cansadas de lo habitual. La caída del pelo es uno de los efectos que más preocupa a las personas que reciben tratamiento con quimioterapia, este efecto es reversible, es decir tras acabar con el

tratamiento el pelo vuelve a salir. En ocasiones la caída del pelo es generalizada y no solo afecta al cuero cabelludo sino también a otras zonas del cuerpo. Las alteraciones en la piel, suelen ser poco importantes pero pueden aparecer picor, enrojecimiento, sequedad, coloración oscura de las uñas. Además pueden ocasionar alteraciones en la médula ósea, donde disminuyen los glóbulos rojos, los leucocitos o las plaquetas (Trueba, 2012).

Cuando disminuyen los glóbulos rojos hablamos de anemia y lo que produce sobre todo es cansancio. Cuando disminuyen los leucocitos disminuyen las defensas del organismo, por lo que se corre el riesgo de padecer infecciones más graves que en una persona que tenga estas células en número normal.

Cuando disminuyen las plaquetas, aumenta el riesgo de que el paciente tenga una hemorragia, ya que las plaquetas participan en la coagulación. Estos sangrados en ocasiones son espontáneos, sin necesidad de un golpe o corte.

Determinados fármacos de la quimioterapia pueden causar irritación de la vejiga (cistitis) provocando una serie de síntomas como escozor y dolor al orinar, sensación de necesidad urgente de orinar, sangre en la orina, etc. A su vez existen alteraciones en la sexualidad y fertilidad donde se afecta el deseo y la apetencia sexual por muchos factores relacionados con la enfermedad y los tratamientos. Algunos tratamientos para el cáncer pueden afectar a los órganos sexuales. En estas mujeres se pueden producir alteraciones de la menstruación, menopausia precoz, sequedad vaginal etc.

Por su parte el tratamiento radioterapéutico, además de actuar y eliminar células enfermas, puede afectar a los tejidos sanos cercanos a la zona de irradiación y producir en ellos efectos secundarios. En el caso de la radioterapia interna los efectos secundarios, de aparecer, son mínimos. En caso de la externa los efectos que aparecen son muy variables de unas personas a otras y dependen de varios factores, pero en general los efectos más frecuentes son: astenia, un efecto temporal, que normalmente desaparece cuando finaliza el tratamiento. Los efectos sobre la piel son diversos, existen cambios en la piel, temporales o permanentes (Bartolomé & Talavera, 2012):

Temporales: enrojecimiento, aumento de la sensibilidad, inflamación de la mama, descamación que asemeja a una quemadura solar. Estos efectos generalmente desaparecerán en uno o dos meses tras acabar el tratamiento.

Permanentes: oscurecimiento de la piel, la mama radiada puede hacerse más pequeña y consistente. Aquí también aparece la caída del pelo en la zona irradiada, siendo muy frecuente en la zona de la axila. Tanto la cirugía como la radioterapia sobre la axila aumentan el riesgo de padecer linfedema y a largo plazo pueden aparecer alteraciones en las arterias coronarias, si parte del corazón ha recibido radiación (Bartolomé, 2012).

Estos efectos físicos pueden no aparecer en todos los pacientes incluso los efectos secundarios pueden aparecer meses o años después; estos se conocen como efectos tardíos (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, 2012).

Aparecen en esta fase también necesidades de apoyo en los sobrevivientes distintos de los que han tenido previamente. Es posible que sienta que nadie entiende la experiencia por la que pasó. El cáncer puede incluso generar cambios en cómo se relaciona el paciente con las demás personas y cómo ellas se relacionan con el paciente. Las familias pueden ser sobreprotectoras o quizás hayan agotado su capacidad de brindar apoyo (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, 2012).

Por otra parte el área socio laboral del paciente impone retomar actividades que anteriormente realizaba, regresar al trabajo es un signo de recuperar un estilo de vida y una rutina normales. Para algunos, la espiritualidad y la fe son una fuente de consuelo. Es posible que otros sobrevivientes examinen creencias o valores religiosos mantenidos por mucho tiempo a medida que intentan encontrarle un sentido a su experiencia y encuentran un nuevo significado para la vida.

Como se ha podido apreciar algunos pacientes hablan sobre apreciar más la vida y obtener una mayor aceptación de sí mismas después de la finalización del tratamiento para el cáncer. Otras experimentan ansiedad e inseguridad cuando se cuestionan cómo sobrellevar las exigencias de la vida. Esto muestra que la personalidad media en todo momento durante el transcurso de la enfermedad lo que torna aún más compleja la atención a estos pacientes en tanto el cambio es vivenciado de distinta forma en cada persona.

1.2.1 Personalidad y Regulación comportamental.

El individuo desde que nace aun cuando no dispone de personalidad, ni de niveles necesarios de conciencia para la regulación efectiva del comportamiento, mediatiza por su selectividad, sensibilidad y por el sistema particular de interrelaciones que se configuran entorno a él, por sus particularidades individuales y el sentido de las influencias que se ejercen sobre él (González, 1996). Esto muestra cómo el sujeto es un ser activo en las diferentes interrelaciones con el medio y cómo estas y el significado que la persona le atribuye, van conformando las potencialidades sistémicas y conscientes en la regulación psicológica.

Es así como la personalidad se va constituyendo en una organización estable y sistémica de los contenidos y funciones psicológicas que caracterizan la expresión integral del sujeto. La Personalidad entonces no es una sumatoria de rasgos, dimensiones o factores que linealmente se expresan en formas bien definidas de conducta; sino como una configuración sistémica de los principales contenidos y operaciones que caracterizan las funciones reguladoras y autorreguladoras del sujeto, y que en la expresión de su comportamiento, tienen que ser actualizadas ante las situaciones concretas que enfrenta el individuo (González, 1996).

La personalidad hace referencia al nivel integrador de la subjetividad individual y a las regularidades de la compleja organización subjetiva que subyace en el proceso de regulación del comportamiento individual, la explicación de los aspectos psicológicos esenciales del sujeto regulador de la actividad (Fernández, 2002).

Se comparte además que solo la intervención directa del sujeto en sus procesos de conocimiento y actividad define el sentido psicológico de los mismos en su desarrollo. El sujeto como personalidad estructura de forma altamente personalizada toda la información que recibe así como sus sistemas de operaciones cognitivas.

Según Fernández (2002) son los mecanismos, formaciones y recursos de la personalidad los que constituyen los contenidos y las operaciones mediante las cuales el sujeto define conscientemente sus propósitos, acciones y atribuye sentido psicológico a sus distintas experiencias y vivencias. Y es que el sujeto expresa activamente su personalidad ante las contradicciones y cambiantes situaciones de la vida, tomando decisiones y configurando proyectos sobre la base de las necesidades

de la persona, constituyendo una configuración psicológica esencial de la personalidad.

1.3 Necesidades en pacientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

El sistema de necesidades es la característica psicológico-social más importante del individuo y de cualquier grupo. El surgimiento de las necesidades se ve como el resultado de determinado estado del proceso de intercambio con el medio. Por tanto las necesidades representan la fuente de la actividad de la personalidad. Son las necesidades las responsables de estimular al hombre a actuar de determinada manera y en una determinada dirección. La necesidad es el estado de la personalidad que expresa su dependencia de las condiciones concretas de la existencia (Petrovski, 1981).

El proceso de satisfacción de las necesidades se manifiesta como un proceso activo, orientado hacia un objetivo, para la asimilación mediante un determinado desarrollo social de la forma de actividad. Las necesidades existentes nunca son por completo satisfechas y por lo tanto, constantemente requieren de una actividad diseñada para alcanzar o mantener la satisfacción. A medida que las necesidades son satisfechas, emergen nuevas necesidades de mayor orden, las cuales deben ser satisfechas. Las personas que alcanzan sus metas establecen nuevas metas de mayor nivel para sí mismos (Calviño, 2004).

Atendiendo a las pacientes con cáncer de mama, se observa que las necesidades más diagnosticadas y las que han recibido mayor atención son las necesidades de información que predominan sobre todo en las primeras fases de la enfermedad (diagnóstico y tratamiento). El principal responsable de satisfacer estas necesidades es el médico, por la autoridad que se les confiere como profesional y porque tiene la obligación de comunicar al paciente cuál es su estado. Se desea información fundamental sobre la enfermedad y los tratamientos y cuestiones de tipo práctico, por lo que aquí las mejores fuentes proceden del personal especializado de enfermería, que tiene un mayor contacto con la paciente (González & Aguilar, 2009).

Solo cuando la paciente ha logrado superar el cáncer de mama, está completamente recuperada y vuelve al ritmo normal de vida, se siente realmente interesada por profundizar y obtener información sobre la enfermedad. Las necesidades en la etapa de intervalo libre de enfermedad se caracterizan por lograr que el médico le dedique más tiempo, satisfacer la nueva necesidad que surge en la gran mayoría de estas personas de profundizar y sacar algo positivo de esa vivencia y que ello sirva de ayuda a otras mujeres con el mismo problema.

Los familiares por otra parte ya no necesitan ni buscan información porque una vez superada la enfermedad vuelven a su rutina diaria. Por lo que respecta a los canales de información, el médico es la fuente más requerida y fiable para obtener todo tipo de información sobre el cáncer de mama en cualquiera de las fases de la enfermedad (González & Aguilar, 2009).

La mayoría de los estudios realizados contemplan al paciente que se encuentra en las fases de diagnóstico, en las de tratamiento activo o al final de la vida obviando al paciente superviviente (Finney, 2005). Así, a pesar del notable aumento en el número de pacientes que superan la enfermedad, la interacción comunicativa entre el médico y el paciente oncológico superviviente no ha sido tomada en cuenta, pese haber sido recomendada por varios autores como una futura área de investigación donde se trasciende el marco informativo (Arora, 2003, Hack, 2005).

En las necesidades de comunicación del paciente oncológico en intervalo libre de enfermedad, es importante tener presente que estas necesidades comunicativas pueden estar determinadas por factores biomédicos, psicológicos, sociales y económicos relacionados o derivados con la enfermedad (Stein, 2008).

Además de estas necesidades de carácter informativo- comunicativo en la paciente surgen otras que en la actualidad son poco atendidas en el campo de la Psicooncología. Así vemos como la paciente necesita encontrar recursos para reducir la ansiedad, el sentimiento de soledad, el miedo a la muerte, el daño corporal sufrido, la reconstrucción de su autoestima y la reelaboración de problemática previas que vuelven a aflorar a causa de la enfermedad. Y el recurso es sentirse apoyada (González & Aguilar, 2009).

El apoyo también es muy importante en la satisfacción de necesidades emocionales de estas personas, ya para potenciar el bienestar de los pacientes será necesario cubrir las necesidades emocionales de los pacientes a lo largo de este proceso.

Necesitarán tener seguridad y confianza en el equipo que le atiende. Aceptar y entender sus emociones será otro de los pasos para ayudar a el paciente que necesita básicamente sentirse escuchado y comprendido y que se facilite la expresión emocional.

Según Yélamos (2006) ello nos lleva a que la verdadera necesidad primaria de un paciente oncológico es la comunicación, ya que con ella aumentamos la seguridad la confianza y la esperanza. Permite además evitar la terrible soledad, no percibida como falta de compañía física sino como aislamiento interior.

Como se observa el paciente oncológico superviviente presenta necesidades de naturaleza informativa-comunicativa, de apoyo y emocional, sin embargo aun cuando en esta etapa el control de la enfermedad lo posee en mayor medida la persona portadora de la patología, esta por sí sola no las puede satisfacer, por lo que aun depende de redes sociales de apoyo que potencien el bienestar y la Calidad de Vida a través de la información, la comunicación y la expresión de afecto.

Es por esto que se considera que si bien la persona aparenta estar fuera del alcance de la enfermedad, continúa experimentando necesidades relacionadas con la misma lo que requiere de esfuerzos para satisfacerlas y hacer frente de alguna forma a las demandas que como ser humano superviviente se le presentan, es aquí donde juega un papel primordial los procesos de afrontamiento, que surgen de la vivencia y a su vez la determinan.

1.4 Afrontamiento

La adaptación comprendida como proceso se constituye en un proceso de afrontamiento y de un resultado de bienestar emocional, siendo percibida desde este punto, como la regulación psicológica de los recursos de las personas para adaptarse a la enfermedad y como estos esfuerzos se desarrollan a lo largo del tiempo (Brenan, 2001).

El afrontamiento tiene un efecto modulador de las consecuencias que para la adaptación del sujeto tenga una determinada situación. Las respuestas de

afrontamiento se convertirán entonces en mediadoras y condicionarán la respuesta al estrés, concebido por Lazarus (1986) en su modelo transaccional como un proceso dinámico, en cambio constante en función de las actitudes del individuo y los cambios de las circunstancias.

Según este autor entonces el afrontamiento se constituye en aquellos procesos 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 y Folkman, 1986).

Se asume este modelo teórico de afrontamiento en tanto está orientada al proceso y se refiere a cada interacción persona-ambiente específica. El afrontamiento se entiende como contextual, determinado tanto por la persona y como por el ambiente. Se distingue el afrontamiento de la conducta automática, ya que sólo se puede hablar de afrontamiento si hay estrés y cuando el sujeto ve desbordados sus recursos y es consciente de ello.

La reacción que emite el sujeto ante la situación que le genera estrés, está mediada por evaluaciones cognitivas que hace de la misma y que contribuyen a la autorregulación en dicha situación (Lazarus, 1974). La evaluación cognitiva, comprendida como el proceso mediante el cual el sujeto categoriza una interacción concreta con su ambiente en términos de relevancia para su bienestar, se distingue en tres tipos (Lazarus y Folkman, 1986):

1) Evaluación primaria: en la que se evalúa la importancia de la interacción con el medio como benigna-positiva, irrelevante o estresante, que a su vez se clasifica en pérdida, amenaza o reto. Dichas categorías no son excluyentes entre sí.

2) Evaluación secundaria: mediante la que el sujeto evalúa qué opciones de reacción están disponibles; estima cuál es la mejor, qué probabilidad hay de que dé resultado y qué consecuencias traerá. Tiene que ver con la probabilidad subjetiva de que una determinada opción de afrontamiento o respuesta ante la situación lleve al resultado deseado.

3) Reevaluación: consiste en los cambios sobre las evaluaciones previas que se basan en nueva información sobre el ambiente o sobre las propias reacciones y que

permite saber si la estrategia de afrontamiento que se está siguiendo es o no adecuada.

La evaluación primaria y la secundaria interactúan entre sí, influyendo en el nivel de estrés de la situación, la cualidad y calidad del estado emocional y las estrategias de afrontamiento que se pondrán en juego, las que han sido definidas como conductas, actividades cognitivas o percepciones específicas muy variadas que se pueden definir en función del significado subjetivo de la enfermedad que se está viviendo (Lipowski, 1970). Para este autor es importante diferenciarlas de los estilos de afrontamiento en la medida en que estos poseen una perdurabilidad intraindividual y podrían ser cognitivos e irían de “minimización” a “vigilancia”; o conductuales y podrían ser mediante: “aproximación” (adoptar una actitud activa), “capitulación” (tendencia a la pasividad, a rechazar a los demás o depender respecto a ellos) o “evitación” (actuar como si se estuviera sano) (Lipowski, 1970).

Si bien se logra diferenciar estilos de estrategias, estas no son opuestas sino que determinan la función del afrontamiento, estaría dependiendo de los objetivos de una determinada estrategia o estilo de afrontamiento.

De esta forma Lazarus y Folkman (1986) asumen estrategias tales como: Confrontación, Distanciamiento, Auto-control, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de la responsabilidad, Escape-evitación, Solución planificada de problemas y Reevaluación positiva (Lazarus y Folkman, 1986), las que obedecen a las funciones básicas del afrontamiento:

1) Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Este sería el afrontamiento enfocado o dirigido a las emociones. En este se utilizan las siguientes estrategias cognitivas: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva de las circunstancias.

2) Cambiar la relación persona-ambiente problemática. Sería el afrontamiento enfocado o dirigido al problema que consiste en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica) que pueden operar sobre uno mismo (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente.

Una vez determinadas las tareas de adaptación, el sujeto pondrá en juego sus habilidades de afrontamiento para manejarlas. Se distinguen tres categorías de habilidades de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984):

1) Dirigidas a la evaluación: tiene que ver con intentar entender y encontrar significado a la crisis. Consiste en un análisis lógico y preparación mental (lo que incluye buscar sentido a lo ocurrido, de tipo religioso, filosófico o mediante búsqueda de atribuciones), redefinición cognitiva (para encontrar algo favorable en la experiencia, incluye cambio de valores y focalización en lo positivo) y evitación cognitiva o negación.

2) Dirigidas al problema: consisten en la búsqueda de información y apoyo, realizar alguna acción para solucionar el problema e identificación de recompensas alternativas (generando nuevas fuentes de satisfacción; incluye el cambio de metas y de proyectos vitales).

3) Dirigidas a la emoción: se realizan mediante regulación afectiva (para mantener la esperanza y controlar las emociones que provoca la situación estresante), descarga emocional (ventilación abierta de los sentimientos) y aceptación resignada. Según Ferrero (1993) no está claro que lo que en este modelo es el “afrontamiento dirigido a la evaluación” recoja estrategias o habilidades que no se puedan entender como afrontamiento dirigido al problema o a la emoción, como la redefinición cognitiva y la negación.

Muchas circunstancias estresantes desencadenan varios tipos de respuestas de afrontamiento, aunque el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona siente que se puede hacer algo constructivo y el afrontamiento dirigido a la emoción tiende a predominar cuando la persona siente que el estresor es algo que no se puede cambiar (Folkman & Lazarus, 1980), que es lo que suele suceder con mayor frecuencia cuando las personas se enfrentan al cáncer (Folkman, 1984).

1.4.1 El afrontamiento en el cáncer de mama.

El afrontamiento al cáncer ha sido abordado por varios autores que han debatido las diversas condicionantes del proceso de movilización de recursos personales. Así se definen condicionantes de la situación, individuales y socioculturales.

Atendiendo a las condicionantes de la situación se aprecia que en el caso del cáncer dependerán, aparte del mismo diagnóstico, de variables relacionadas con la enfermedad (como su localización, estadio, gravedad, pronóstico, tratamiento, etc.) (Lipowski, 1969; Rowland, 1989). En general, el cáncer se vive como una amenaza para la vida que requiere que la persona desarrolle actividades de tipo cognitivo y conductual que preserven su integridad física y psíquica (Rowland, 1989). Además el padecer un cáncer es una situación, que por el elevado nivel de estrés que genera puede movilizar estrategias de afrontamiento más primitivas, rígidas, egocéntricas y menos realistas, tal y como plantean Lazarus y Folkman (1986) para las situaciones percibidas como de mayor estrés.

También se destacan condicionantes individuales y es que las personas, cuando se enfrentan a una enfermedad, llevan consigo una personalidad, unos estilos de afrontamiento del estrés y un cierto tipo de mecanismos de defensa (Rowland, 1989). Las variables de personalidad influyen de una manera importante en las atribuciones o el significado subjetivo de la situación (Lipowski, 1969) que tiene una estrecha relación con la evaluación cognitiva de la misma y por lo tanto con su afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986). Por lo que, la percepción individual de la situación y el significado subjetivo atribuido a la misma influye de una forma significativa en la elección de una estrategia de afrontamiento particular (Rowland, 1989). También influye el momento de la vida en el que se produce el diagnóstico así como las experiencias previas de uno mismo o de personas cercanas con el cáncer y de cómo se hayan valorado dichas experiencias, de su impacto emocional y del resultado final de dicha situación (si ha desembocado en muerte, remisión, síntomas invalidantes, etc.).

Las creencias religiosas también influyen en el afrontamiento. Algunos pacientes han referido que dichas creencias les reportan mayores niveles de bienestar (Rowland, 1989) e incluso menores niveles de dolor en pacientes con cáncer avanzado (Yates, 1981). Dichos niveles mayores de bienestar se han relacionado con el apoyo social que aporta la pertenencia a una comunidad religiosa (Yates, 1981).

Muy relacionado con las estrategias activas de afrontamiento, autores reconocen el juicio de control, en tanto ambos se interrelacionan y favorecen una buena

adaptación a la enfermedad con un buen estado emocional, afirmando que las estrategias de afrontamiento a la enfermedad que pone en marcha el sujeto es consecuencia de su juicio de control. Por tanto, el juicio de control determina el afrontamiento y la vivencia emocional del sujeto ante una situación concreta. Es necesario entonces aumentar la sensación de control en las pacientes y así se estarían potenciando el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento a la enfermedad, consiguiendo así una mejor adaptación con menor reactividad emocional, lo cual desemboca en una mejor Calidad de Vida.

Esto queda constatado cuando se percibe que las formas más adaptativas a largo plazo de afrontar el estrés provocado por la enfermedad son las que se relacionan con el máximo grado de control tanto de la situación como de las emociones (Shapiro, 1996). Cuando la persona percibe que tiene cierto grado de control pone en marcha esfuerzos y acciones para conseguir resultados, evidenciando actitudes de optimismo, interés, atenciones. El grado de control percibido determina la existencia de un modo efectivo de afrontamiento o no (Folkman y Greer, 2000).

Tanto el locus de control externo como interno, propuestos por Rotter (1966), que son referidos a los especialistas (creencias centradas en el médico) en este caso, son creencias que favorecen la adaptación a la enfermedad pues implican sensación de control y se asocian a un mejor bienestar psicológico, lo que muestra una vez más que el juicio de control es el principal principio activo que determina que el paciente se adapte o no a la enfermedad.

Sin embargo es importante resaltar que el control percibido no tiene por qué coincidir con el control real, pero si hay mayor sensación de control hay mejores resultados adaptativos. Los procesos atribucionales, como creencias (Taylor, 1992), autovaloración, autoeficacia determinan la sensación de control del sujeto, e indirectamente los resultados adaptativos.

En cuanto a las condicionantes socioculturales, se estiman los significados culturales del cáncer que influyen en el significado subjetivo de la enfermedad y por lo tanto tienen un impacto directo en las estrategias de afrontamiento utilizadas (Lipowski, 1969; Rowland, 1989b y Sontag, 1996). Dichas visiones culturales del cáncer no solamente influirían en cómo se enfrenta el paciente al cáncer sino incluso en las

mismas actitudes del personal sanitario y por lo tanto en su manera de tratar a los pacientes (Rowland, 1989).

Estarían por otra parte el tipo de redes asistenciales existentes, tanto sanitarias como de apoyo social. El apoyo social también resulta fundamental en el afrontamiento pues repercute de forma directa en la reacción ante el mismo y su significado; la búsqueda del mismo puede ser una estrategia de afrontamiento, que puede repercutir directamente en el estado psíquico y puede modificar la autoestima del paciente en función de la respuesta de los otros ante su situación (Rowland, 1989).

En las respuestas al estrés también influyen los recursos personales para llevarlas a cabo y las restricciones que uno experimenta ante la posibilidad de usar dichos recursos. La evaluación cognitiva, se verá influenciada tanto por factores personales (motivos y metas y creencias, que determinan qué es importante para el bienestar en un momento dado) como por factores situacionales.

Dentro de los autores previamente abordados, cabe resaltar la teoría de Moorey y Greer, un modelo aplicado al cáncer de mama, donde se parte del significado personal del cáncer y el proceso de adaptación al mismo (Moorey y Greer, 1989). Desde la perspectiva de este modelo el significado personal tiene una gran importancia en tanto influye en el grado de control percibido.

El patrón de pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a las evaluaciones del sujeto representa el estilo de ajuste que desarrollará en la situación de enfrentarse a la enfermedad. Cada estilo de ajuste tendría como aspecto central un esquema cognitivo que selecciona, filtra e interpreta la información relativa al cáncer que se configura en lo que estos autores llaman un esquema de supervivencia.

Utilizan el término estilo de ajuste para no especificar si la respuesta al diagnóstico debe entenderse en términos de rasgo o estado, aunque consideran más práctico entenderlas como estado (Moorey y Greer, 1986).

Moorey y Greer (1989) proponen los siguientes cinco estilos de ajuste ante la situación del diagnóstico de un cáncer:

- 1) Espíritu de lucha: consiste en vivir el diagnóstico como un reto, percibiendo control en el presente y teniendo una sensación de pronóstico optimista. Las estrategias de afrontamiento se manifiestan mediante búsqueda de información, teniendo un papel

activo en la recuperación y con intentos por seguir con la vida habitual. Hay un tono emocional positivo y ligera ansiedad.

2) Evitación o negación: no ven el diagnóstico como amenaza, no se plantean la necesidad de control y tienen una sensación de pronóstico optimista. La estrategia de afrontamiento sería la minimización. El tono emocional es sereno.

3) Fatalismo o aceptación estoica: ven el diagnóstico como una ligera amenaza, la percepción de control está ausente o depende de otros y con relación al pronóstico se acepta con dignidad el que tenga que pasar, pues se desconoce. Las estrategias de afrontamiento son mediante la aceptación pasiva y las estrategias dirigidas al problema estarán ausentes. El tono emocional es sereno.

4) Desamparo y desesperanza: ven el diagnóstico como una gran amenaza o pérdida real, no hay percepción de control y la expectativa sobre el pronóstico es pesimista. Las estrategias de afrontamiento son la rendición, la ausencia de estrategias dirigidas al problema y la expresión emocional. El tono emocional es depresivo.

5) Preocupación ansiosa: ven el diagnóstico como una gran amenaza, hay incertidumbre sobre si se puede ejercer algún control sobre la situación e incertidumbre sobre el pronóstico. Las estrategias de afrontamiento son búsqueda excesiva de seguridad, rumiación y una excesiva atención dirigida a detectar la recaída, estando muy pendientes de los síntomas físicos. El tono emocional es de tipo ansioso.

Desde este planteamiento, las estrategias de afrontamiento dependen directamente de la evaluación que el sujeto haga de la situación. Los tipos de ajuste propuestos son en origen meramente empíricos y tienen un carácter dimensional. Los sujetos responderían en la realidad, a su enfermedad, no según un tipo de ajuste concreto, sino con respuestas aproximadas a cada uno de ellos, pues los tipos de ajuste referidos serían prototipos de reacción a los que la realidad se adapta en mayor o menor medida. Se podrían usar incluso distintas estrategias a la vez que podrían llegar a ser contradictorias, lo que supondría que un mismo sujeto se podría encuadrar en varios de los tipos de ajuste a la vez o en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad.

Distintos autores consideran que las estrategias o estilos de afrontamiento que promueven una respuesta de aceptación (Feifel, Strack y Nagy, 1987; Weisman y Worden, 1977; Voogt, 2004,) o encontrar aspectos positivos en la situación, parecen ser más eficaces (Carver et al., 1993; Taylor, 1984; Weisman y Worden, 1976-1977). Las respuestas de afrontamiento de tipo evitativo o pasividad (Behem y Rodrigue, 1994; Feifel, Strack y Nagy, 1987; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002; Weisman y Worden, 1977), enfocadas a las emociones (Voogt, 2004) o la negación parecen ser menos eficaces (Carver et al., 1993; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995, Schnoll, Knowles y Harlow, 2002).

Algunos diferencian entre respuestas de afrontamiento mejores y peores como la distinción explícita entre respuestas de afrontamiento adaptativas y no adaptativas (Lipowski, 1969, 1970; Taylor, 1983) o diferencian entre buen y mal afrontamiento (Weissman, 1979) o bien lo diferencian en función de sus consecuencias emocionales (Moorey y Greer, 1989). Sin embargo se considera que dicha adecuación hay que valorarla individualmente en función de que consigan o no los objetivos que se proponen (Rowland, 1989).

Se comparte entonces que el afrontamiento es un proceso psicológico y continuo en el que el individuo moviliza conscientemente recursos cognitivo- conductuales para manejar activa y efectivamente la situación que percibe como estresante, siendo las respuestas ante el estrés resultado de una interacción única e irrepetible entre cada persona y su medio.

Por lo que una retroalimentación negativa en la dinámica de afrontamiento pudiera estar provocando desequilibrio emocional y afectando la adaptación y Calidad de Vida, siendo el paciente susceptible de atención especializada. En este sentido se aprecia que existen varias alternativas terapéuticas para este tipo de personas en función de ayudarlas a afrontar la enfermedad, destacándose la Psicoeducación, a partir de la intervención educacional o terapias educacionales, donde se enfatizan los aspectos educacionales y proporcionan terapias pensadas para enseñar maneras de enfrentar la enfermedad (Holland, 1989; Burish, 1991; Meyer y Mark, 1995).

1.5 La Psicoeducación en el ámbito de la Salud Mental

En el marco de la Salud Mental el término Psicoeducación fue empleado por primera vez, en 1981 por Anderson, investigadora estadounidense que ofrece en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia, un concepto terapéutico conductual conformado por 4 elementos: la información a los pacientes acerca de su enfermedad, la formación de resolución de problemas, el entrenamiento en comunicación y la autoafirmación de formación. En la intervención esta autora incluía a los familiares de los pacientes, trabajando el manejo de los miembros entre sí, además de utilizar técnicas más eficaces en el control del estrés. Por tanto la psicoeducación en los servicios de Salud Mental se inicia en el aprendizaje de habilidades emocionales y sociales del paciente.

Sin embargo con el auge de las distintas líneas en el empleo de la psicoeducación se identifica cómo varios autores reconocen el valor de la función informativa de este proceso, siendo para algunos una aproximación terapéutica en la cual se les proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Muela, 1997). Para otros implica un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Duglas, 1998).

En esencia estos autores le adjudican un peso importante a la información que se le debe proporcionar a los familiares, cuestión de la que parten Bertrando y Toffanetti refiriéndose a los orígenes de la psicoeducación y al tratamiento de las familias dentro de esta, donde consideran que aun cuando existen diferentes concepciones, hay algunos elementos en común en tanto se considera a la familia, en sí misma, normal (Builes, 2006). Además se busca favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares y se hace hincapié en la necesidad de informar a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.

Aun cuando el inicio de las prácticas psicoeducativas tuvo lugar en los distintos grupos familiares, debiendo agregar el éxito alcanzado en el empleo de esta modalidad terapéutica, con el tiempo comenzaron a surgir demandas relacionadas con el tratamiento de los propios pacientes por lo que surgen posturas que implican la atención a las personas portadoras de la patología. Ante esto se aboga por el tratamiento de la psicoeducación como herramienta terapéutica siendo viable utilizarla en diferentes tipos de abordajes: individual, familiar, pareja, grupal (Bulacio, 2008).

Por otra parte autores abogan por la combinación óptima de las potencialidades de autoayuda de los afectados y sus familiares por un lado, y los profesionales de la salud por otro, apostando así por una relación triangulada en el tratamiento a estas personas. (Antonovsky, 1997).

Así posteriormente se ofrecen interpretaciones, en las que se aborda la psicoeducación como intervenciones psicoterapéuticas didáctico-sistémicas, que son adecuadas no solo para informar a familiares sino además a los pacientes sobre la enfermedad que padecen y su tratamiento, facilitando tanto la comprensión y el manejo de la enfermedad y el apoyo a los afectados para hacer frente a las raíces afectadas (Bäumli, 2003).

Como se ha podido apreciar las concepciones primarias en el abordaje de la psicoeducación hacen comprensible el hecho de que los primeros programas psicoeducativos se centraran en la información brindada a los familiares. Sin embargo programas actuales hacen énfasis en un enfoque más terapéutico donde se tratan en el paciente aspectos como: el significado de la enfermedad, el manejo de los síntomas y la adherencia terapéutica, por lo que se orientan hacia un cambio conductual.

Según Francesc Colom, la distinción entre estos modelos se constituye en que los programas de “psicoeducación informativa” suelen ser breves (alrededor de cinco a seis sesiones); priorizando la transmisión de información acerca de la enfermedad por encima de otros elementos (como el modelado, el cambio de actitudes, la reestructuración de modelos de enfermedad, etc.) y tienen una eficacia limitada. Por el contrario, la psicoeducación “conductual” se suele caracterizar por programas

largos en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc. Esto sugiere que la psicoeducación nace a partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad en la medida en que se sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima (Colom, 2005).

Lo enunciado hasta el momento nos indica que la psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Scott, 2008). Por lo que tanto la información brindada acerca de la enfermedad como las herramientas aportadas para el manejo de circunstancias y el cambio conductual; condicionan que la psicoeducación sea aplicable a diversas patologías en el logro de necesarios cambios en los estilos de vida de las personas.

Atendiendo a las diferentes propuestas relacionadas con la psicoeducación vemos como algunos autores a pesar de no reflejar explícitamente el carácter profiláctico de la misma, manifiestan que este proceso promete la disminución de efectos negativos para la persona respecto a su enfermedad lo que es comprendido como prevención en la medida en que se comprende como todo recurso que permite reducir, disminuir, interrumpir o aminorar la progresión de una afección o enfermedad. Prevención según Arévalo es anticiparse, actuar antes de... Para este autor la tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital. Por lo que la Psicoeducación es un instrumento terapéutico que se ubica tanto en la prevención, asistencia y rehabilitación en el ámbito de la Salud Mental.

Desde una perspectiva sistémica Bulacio (2008) hace referencia a la psicoeducación, comprendiéndola como una estrategia terapéutica que permite

brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación debe entonces tener por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida. Este autor a diferencia de otros considera que la psicoeducación es un proceso pertinente a todo tipo de personas, tengan o no una afección clínica. Sin embargo apunta la conveniencia de adecuarse al nivel sociocultural del sujeto, a su personalidad, su patología y su información previa, por lo que lo comprende como un ente activo en el proceso.

Desde el constructivismo también se aborda la importancia de que los agentes educativos como mediadores especializados, guíen a las personas desde sus conocimientos previos a niveles progresivamente más elevados de abstracción y autonomía.

En este sentido, Zaldívar (1996) plantea que es posible entrenar a los individuos para que como sus propios agentes de cambio, sean competentes en desarrollar habilidades de autocuidado. Esta postura enfatiza la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas que se orienten hacia la zona de desarrollo próximo descrita por Vygotsky, quien postula la existencia de dos niveles evolutivos: un primer nivel denominado nivel evolutivo real, es decir, el nivel de desarrollo de las funciones mentales, que resulta de ciclos evolutivos cumplidos a cabalidad. El segundo nivel evolutivo - nivel de desarrollo potencial -se pone de manifiesto ante un problema que una persona no puede solucionar por sí solo, pero que es capaz de resolver con ayuda de otro.

En este caso la mediación ejercida por el “otro” debe estar presidida por la intencionalidad y la planificación. En este sentido la misión es la de conseguir que el centro educativo desarrolle al máximo sus potencialidades, cuestión de la que partimos al concebir que la psicoeducación es un proceso interventivo con alcance educativo, que parte del diagnóstico de necesidades que poseen las personas, portadores o no de una alteración psicológica, orientándose hacia la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de los mismos, en el que se propicia la

activación de las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa.

Para la aplicación de esta definición resulta trascendental el aporte de la teoría de Bandura (1984), donde sus planteamientos sobre el aprendizaje por observación y la influencia de los modelos en el aprendizaje adquieren especial relevancia en este ámbito. El gran aporte de Bandura es que permite aprovechar algunos de los conceptos de las teorías conductuales, agregando el factor interno y acentuando la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y autorregulatorios, que habían sido descuidados por los modelos tradicionales, lo cual le dio mucho más protagonismo y valor explicativo a su teoría. Si bien esta postura permite entender la influencia del ambiente sobre los procesos de aprendizaje y cómo el portador de los conocimientos tiene un rol activo en este proceso, pues él es encargado de generar las mejores condiciones medio-ambientales para que se logren los objetivos propuestos, limita al aprendizaje al continuo estímulo- respuesta, cuestión que superan Bruner (1984) y Ausubel (1978), partiendo de posturas cognitivistas y constructivistas.

La diferencia de estas teorías, respecto a las conductuales, se plasma en la necesidad de diferenciar los aprendizajes asociativos, que adquirimos mediante las asociaciones estímulo-respuesta, respecto a aquellos constructivos, que implican una actividad reflexiva y consciente (Herrera, 2003).

Mediante el aprendizaje asociativo nos limitamos a recuperar conocimientos de nuestra memoria permanente a la memoria de trabajo y añadir nuevos aprendizajes sin apenas modificar los ya existentes. En cambio, según Pozo (1996), en el constructivismo el aprendizaje se reproduce a través de los aprendizajes previos, que cambian su propia organización o estructura como consecuencia de haber servido para organizar un nuevo aprendizaje (Herrera, 2002).

Bruner (1990), partiendo de los principios de las teorías cognitivas defendiendo la idea de que el aprendizaje depende de los propios sistemas de significado de cada persona, postula que el individuo atiende selectivamente a la información y la procesa y organiza de forma particular. El aprendizaje no es algo que le ocurre al individuo, sino algo que él hace que ocurra al manejar o utilizar la información, de forma que la

conducta del sujeto es una actividad compleja que implica adquisición de información, transformación de ésta y evaluación.

Por otra parte para Ausubel construimos significados cada vez que somos capaces de entablar relaciones sustantivas y no arbitrarias entre lo que aprendemos y lo que ya conocemos. Así la mayor o menor riqueza de significados que atribuiremos al material de aprendizaje dependerá de la mayor o menor riqueza y complejidad de las relaciones que podamos establecer (Herrera, 2003)

Estos autores permiten explicar los procesos de aprendizaje que tienen lugar en un conjunto de acciones psicoeducativas, como por ejemplo el proceso de construcción personal del significado que realiza cada persona en el momento de relacionarse con nueva información, ya sea en una intervención individual o grupal, en este último caso recibiendo la influencia especial de los demás participantes, lo que es muy importante si consideramos el carácter participativo que tienen los programas psicoeducativo.

Por tanto es el aprendizaje constructivo el que amerita mayor estimulación debido a la necesidad de propiciar actitudes flexibles e innovadoras (Herrera, 2003). En este sentido el mediador debería planificar actividades que permitan conocer las ideas previas, las actitudes y conocimientos que ha construido la persona y visualizar qué grado de elaboración tiene. Desde ahí debería plantearse de forma gradual actividades que permitan contrastar estas ideas con otras y cambiar los conocimientos de partida, a través de acercamientos progresivos a nuevos significados. Además, sería importante dar la posibilidad para poner en práctica lo aprendido y así consolidarlo.

A pesar de estos aportes, es importante señalar que en estas teorías no se ven involucradas las variables afectivas presentes en el individuo, al mismo tiempo que se pondera el papel del medio y por otra parte lo individual, obviando la interrelación existente entre las dimensiones bio-psico-social, que enmarcadas en una determinada cultura, historia, sociedad así como Situación Social de Desarrollo, constituyen al hombre, siendo este un ente activo en la construcción de su subjetividad.

De esta forma, para compensar las lagunas existentes en estas teorías, se asumen los postulados vygotskianos, compartiendo la gran importancia de la cultura y la sociedad en el aprendizaje y la enseñanza (Vygotsky, 1979). Vygotsky muestra que el aprendizaje va más allá de lo que el individuo va logrando a lo largo de su

desarrollo, en tanto el desarrollo puede seguir al aprendizaje, que éste se va dando en una zona de desarrollo potencial, más que en una zona de desarrollo real, que pueda llevar a la persona a mejores aprendizajes si se aprovecha su potencial para aprender y se generan actividades mediadoras que lo lleven a ir internalizando las actividades propias de su cultura, incidiendo en las funciones psicológicas superiores.

Para este autor la capacidad de aprendizaje, junto con el lenguaje, constituyen el núcleo básico del acervo humano, diferenciando al hombre de otras especies. Estas capacidades son imprescindibles para la adaptación al entorno inmediato, que es la cultura de la sociedad. Los procesos de aprendizaje, la forma en que se aprende no es sólo producto de una preparación genética, sino también de un círculo de nuestra propia capacidad de aprendizaje. Gracias al aprendizaje que se incorpora a la cultura, que a su vez trae incorporadas nuevas formas de aprendizaje. Cada sociedad, cada cultura, genera sus propias formas de aprendizaje, su cultura del aprendizaje (Pozo, 1996).

Como se puede apreciar, para la comprensión y el tratamiento de este proceso, se consideran los aportes de las diferentes teorías psicológicas: conductismo, constructivismo así como del histórico- cultural. Estas posturas permiten entender la intervención psicoeducativa desde puntos distintos y pretender, a través de ellos, diferentes tipos de aprendizaje. Cada teoría permite explicar mejor los procesos de cambio que emerjan, sin embargo, sólo la integración entre ellos permite un mayor entendimiento del proceso completo, sin obviar que una intervención psicoeducativa siempre conlleva una intención deliberada de generar un proceso de aprendizaje en los participantes (Herrera, 2003).

1.5.1 Aplicación de la Psicoeducación en la Psicooncología

Conociendo a la Psicooncología como una rama especializada en la intervención psicosocial aplicada a pacientes portadores de cáncer y sus familiares y el equipo de salud se constata que una de sus principales virtudes es que se centra en el paciente, no en la enfermedad que lo aqueja, entendiendo al enfermo en su totalidad biopsicosocial (Rojas, G 2006). Emergen entonces puntos de contactos con la

intervención psicoeducativa, lo que la hace muy pertinente en el manejo terapéutico de los enfermos de cáncer.

En este sentido varios autores resaltan la conveniencia de la aplicación de la psicoeducación en el ámbito de la salud, pues resulta ser una estrategia más económica y productiva que muchas de las formas tradicionales de intervención psicológica, con independencia que sea realizada por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, licenciadas en enfermería, pedagogos, trabajadores sociales y otros profesionales con habilidades en el trabajo con grupos humanos y de forma independiente.

A partir de demandas de la Psicooncología entorno a un acercamiento al estudio y mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer existe una tendencia en diversas intervenciones y es que se orientan hacia un cambio en el estilo de vida y de afrontamiento de estas personas, considerando la naturaleza crónica de la enfermedad.

Es así como a partir de los años 90 en España, comienza un incremento en las producciones científicas en el campo de la psicooncología donde los contenidos de las publicaciones se destacan por ser mayoritariamente de corte conductista o social-existencial, dedicados a intervenciones psicológicas, a reacciones emocionales y a la conceptualización y evaluación de la calidad de vida del enfermo de cáncer (Cella, Sarafian & Sridler, 1993; Kissane, Bloch, Miach, Smith, Seddon & Keks, 1997; Chéchile, 1998; Domínguez, 2000; Guerra, 2003; Rodríguez, 2006; Romero, 2010).

Otros estudios revisados se dedican a la evaluación de necesidades psicosociales, la rehabilitación psicológica y social, educación respecto a la enfermedad y su significado, la mayoría centrados en etapas diagnósticas y de tratamiento por las que transitan los pacientes y tomando en consideración la dimensión afectada (Bárez, Blasco y Fernández, 2003; Font y Rodríguez, 2004; Rose, 2005; Roustan, 2008; Merino, 2012).

No obstante estos estudios consideran el papel del psicooncólogo como un soporte necesario para que el enfermo no haga una ruptura con la sociedad y siga con su vida. Muchos de estos profesionales en un abordaje terapéutico, abogan por diferentes vías de intervención grupal practicadas con enfermos de cáncer: la terapia

de grupo y los grupos de apoyo (Messie, Holland y Straker, 1989). Se considera que el trabajo grupal propicia una interacción entre personas que atraviesan situaciones similares, logrando una compenetración entre ellas que les proporciona apoyo social. Los pacientes se ayudan entre ellos para afrontar la enfermedad al comentar sus historias de vida y la forma de afrontarla (Montolla, 1999).

En la actualidad ha quedado demostrada la utilidad de la Psicoeducación en el marco de la Psicooncología. Podemos acotar que disímiles intervenciones psicoterapéuticas han probado que existen posibilidades de extender la vida de los pacientes con cáncer a partir del establecimiento de un entorno de apoyo, terapias de apoyo, terapias de grupo, una mayor educación y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento (Brannon, 2001).

En este sentido se identifican múltiples y variados planteamientos que realizan diferentes autores en relación a los objetivos que deben perseguir las intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer. En base a todos ellos, se puede concluir que las personas que padecen de cáncer necesitan tres tipos de soporte o apoyo para conseguir una buena adaptación a la enfermedad: Apoyo emocional, apoyo informacional-educacional, y apoyo instrumental (Blanchard, Albrecht, Ruckdeschel, Grant y Malcolm 1995; Helgeson y Cohen, 1996; Fawzy 1999). Esos diversos tipos de apoyo determinan y fundamentan los diferentes tipos de terapias a aplicar.

La intervención educacional o terapias educacionales enfatizan los aspectos educacionales y proporcionan terapias pensadas para enseñar maneras de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos. Se basan en el entrenamiento cognitivo-conductual incluyendo el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento para cambiar pensamientos, comportamientos, reducir el estrés y las complicaciones físicas de los tratamientos (Holland, 1989; Burish, 1991; Meyer y Mark, 1995). Sus programas de tratamiento que combinan diferentes técnicas como relajación muscular progresiva, auto-hipnosis, respiración profunda, meditación, relajación pasiva, visualización, imaginación guiada, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, solución de problemas, aumento de la autoestima, pautas de ejercicio y dieta, indicaciones sobre la sexualidad. Con programas cognitivos conductuales se reducen niveles de ansiedad y depresión y aumentan los

sentimientos de control y se facilita la participación activa en los tratamientos (Holland, 1989; Greer, 1989; Bottomley, 1996; Fawzy & Fawzy, 1996; Die & Perez, 1997; Gray 1997; Moorey 1998).

Las terapias informativo-educacionales pueden adoptar el formato de grupo o el individual (Moorey 1994; Fertig, 1997). Los grupos estarán formados por personas con la misma enfermedad y liderados por un profesional de la salud que proporciona la información acerca del cáncer, sus tratamientos y cómo manejarlos. Cuando se hace en grupo se añade además el beneficio del apoyo social-emocional (Fawzy et. al., 1993; Fawzy y Fawzy, 1998; Sirgo y Gil, 2000).

Esta modalidad de intervención facilita la Adaptación a la enfermedad porque ayudan a aumentar el Juicio de Control, en cuanto que proporcionan información acerca de la causa, curso y tratamiento de la enfermedad y proporcionan estrategias para hacerle frente. Sirven también para encontrar significado a la experiencia. Aumentan la autoestima, ya que se enseña cómo hacer frente a las alteraciones de la imagen corporal que de manera temporal o permanente puede causar la enfermedad. También indirectamente, aumentan el optimismo ante el futuro y favorecen la esperanza (Helgeson y Cohen, 1996).

En el caso específico de los pacientes que se encuentran en intervalo libre de enfermedad, la psicoeducación estaría encaminada a prepararles para que puedan afrontar posibles secuelas más o menos permanentes, vivir con el temor a la recidiva y, en general, afrontar posibles estresores o respuestas mal adaptativas (Fawzy, 1999). Se considera que los supervivientes de cáncer en general, son personas con mayor riesgo de padecer alteraciones emocionales, especialmente si han tenido problemas de afrontamiento, estresantes añadidos, historia anterior de alteración emocional, inadecuado apoyo social o prolongadas limitaciones físicas.

Una vez curada la enfermedad deben hacer frente a varios problemas en diferentes áreas, y son estos problemas específicos los que se deben abordar en la terapia: Problemas relacionados con la salud física (además del temor a una recurrencia del cáncer, efectos secundarios de los tratamientos); problemas relacionados con el bienestar psicológico (desconsuelo al haber terminado el tratamiento con sentimientos de vulnerabilidad e incertidumbre, irritabilidad,

tristeza, etc.); y por último, problemas relacionados con las finanzas o con el trabajo (Zampini y Ostroff, 1993; Edgar et al., 2000).

Sin embargo, el campo de la intervención psicosocial identifica igualmente la necesidad de seguir entrenando a profesionales e investigadores, como lo recomendó el comité del Instituto de Medicina de Washington y el Grupo Cooperativo Centroeuropeo, quienes subrayan la importancia de incluir el cuidado psicosocial en el manejo multidisciplinario contra el cáncer y de considerarlo un elemento inherente al cuidado oncológico (Goodwin, 2004).

Aunque este optimismo debe ser relativizado cuando se trata de relacionar la intervención psicológica con la supervivencia, lo cierto es que los beneficios psicosociales son reconocidos por los profesionales. Muestra de ello son la diversidad de programas que se han realizado para optimizar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, siendo esta una de las patologías que mayor tratamiento psicoeducativo ha recibido en este escenario en los últimos años.

Se ha estudiado la eficacia de la terapia psicoeducativa grupal en cáncer de mama. La evaluación de la intervención psicoeducativa se alinea con el criterio de calidad de vida y se les enseña a los pacientes una variedad de técnicas cognitivo-conductuales para reducir las dificultades emocionales derivadas del diagnóstico, facilitar la adaptación y mejorar la calidad de vida (Front y Rodríguez, 2009).

Otros autores parten del supuesto de que un enfrentamiento resiliente se asocia a una recuperación más rápida, por lo que se han centrado en potenciar el incremento en la capacidad de resiliencia, entrenando mediante terapias la capacidad de responder y hacer frente al estímulo agresivo de una manera más efectiva.

Se presentan además para estas mujeres programas de educación sexual que pueden desarrollarse tanto en atención primaria como especializada teniendo como partida los grupos de Apoyo, donde los psicólogos desempeñan una importante labor en la intención de promover la vivencia positiva de la sexualidad en la mujer (Martínez, 2009).

Según Roustan (2008) la mayor parte de los estudios abordan a la paciente en sus primeras fases de la enfermedad, cuando recibe el diagnóstico y los primeros tratamientos y contemplan la facilitación de un tipo de control sobre la enfermedad y

la orientación emocional de la paciente y/o de sus familiares. Por otra parte abundan los grupos de duelo y de cuidados paliativos.

No obstante los estudios realizados en pacientes que se encuentran en una etapa de supervivencia, demuestran que ellos también son susceptibles de intervención educativa, facilitando así una mejora en el bienestar biopsicosocial de los mismos. De esta forma se ha apuntado que una mejora en la calidad de vida de sobrevivientes de cáncer de mama puede bajar la proporción del cáncer de mama recurrente y disminuye los daños y perjuicios físicos, psicológicos y sociales y costos causados por esta enfermedad que afecta a una de ocho mujeres (Landis, Murray, Bolden, & Wingo, 1998). Se han mostrado las intervenciones psicosociales para tener los efectos positivos para los sobrevivientes de cáncer como ha sido indicado por varias propuestas (Andersen, 1992; El Meyer & Mark, 1995; Las tumbas, 2000).

También autores reconocen los beneficios de los efectos de estos programas psicoeducativos incluso después de 6 meses de la intervención, lo que ha sido demostrado a través de la autoestima reforzada e imagen del cuerpo, y la reducción de los pensamientos intrusos relacionados con el cáncer (Stanton, 2006)

Siguiendo esta línea de trabajo, Roustan(2008) presenta una efectiva propuesta del trabajo mediante un grupo- analítico- formación- apoyo(GAFA) en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, se fomenta la reciprocidad, la escucha, el dialogo, mediante interacción comunicativa en las reuniones de grupo, que contribuyen a la supervivencia del mismo. Partiendo de un paradigma de formación psicoeducativa, la autora pretende contribuir a que las mujeres supervivientes descubran y tomen conciencia de sus fortalezas y posibilidades, basadas en lo que tienen y pueden hacer en el aquí y el ahora, al tiempo que la individualidad de cada una de ellas pone al descubierto sus debilidades, incertidumbres, encrucijadas y desánimos. Esta formación psicoeducativa incluye el aprendizaje vicario de las demás participantes y la ganancia en resiliencia y perspectivas de futuro.

Esto ha demostrado que los pacientes en etapa de supervivencia merecen una atención para conservar y a la vez fortalecer los progresos obtenidos a partir del tratamiento y optimizar los recursos necesarios para un mejor restablecimiento.

1.5.2 Manejo de la Psicoeducación orientada al cáncer de mama en Cuba.

En Cuba ha aumentado la preocupación sobre la repercusión que tiene el cáncer de mama en la vida de las mujeres afectadas, como el primer lugar en incidencia de todos los cánceres que afectan el sexo femenino, haciendo un énfasis especial en el impacto del diagnóstico en la imagen corporal y la función sexual en ellas (Pérez, 2009).

A diferencia de una posición de corte psicoterapéutico, como sucede en el seguimiento tradicional de los pacientes oncológicos, se han desarrollado trabajos que presentan intervenciones dirigidas a las pacientes con cáncer de mama, en los distintos niveles de atención en Salud.

La intervención psicoeducativa en nuestro país se ha visto marcada por la historia de la Psicoeducación, en la medida en que propuestas psicoeducativas para el cáncer de mama se enmarcan tanto en las necesidades informativas que deben suplir, como en la potenciación de un cambio conductual desde los procesos de enseñanza- aprendizaje trascendiendo la mera estimulación del nivel cognitivo para insertarse en la afectividad de las personas (Ruis, 2000; Pérez, 2009; González & Aguilar, 2009; Castillo, 2012).

En este sentido, se proponen guías psicoeducativas orientadas hacia la necesidad de información en estos pacientes, proporcionando orientación para el autocuidado en lo relacionado con ejercicios, dieta alimenticia, autoexamen entre otros aspectos que son de gran relevancia en la recuperación de estas pacientes oncológicas. Además destacan estudios interventivos en pacientes mastectomizadas en pos del mejoramiento del autocuidado y la autovaloración (González & Aguilar, 2009; Castillo, 2012) así como alternativas de tratamiento para minimizar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad y lograr elevar la calidad de vida de las diagnosticadas a través de modificaciones en los estilos de afrontamiento a la enfermedad y el disfrute de actividades que carecen de sentido para sus vidas (Pérez, 2009).

Conjuntamente se ha trabajado desde la prevención siendo muestra de ello la integración a las mujeres de familias de pacientes con cáncer de mama hereditario, en programas de seguimiento y control, así como la instrumentación de programas

educativos dirigidos a esas mujeres que incluyan autoexamen mamario y asesoramiento genético (Ruis, 2000).

Sin embargo la práctica ha demostrado que en nuestro país los esfuerzos por ayudar a estas mujeres no son suficientes y más aún si hablamos de intervenciones psicoeducativas insertadas en programas que persigan aprovechar las potencialidades de estas personas para lograr una optimización de su estado de bienestar bio-psico-social.

1.6 El Programa en la Intervención Psicosocial

Son muchas las instituciones implicadas en la tarea de planificar y gestionar las acciones en educación para la salud. Son un ejemplo de ello los programas de intervención que mundialmente se desarrollan y que están encaminados a satisfacer las necesidades que portan los beneficiarios de los mismos. Esta precisamente constituye una de las principales actividades de los orientadores, el diseño de programas de intervención.

Acercándonos hacia una definición de programa se evidencia que el análisis más acertado parte de 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 (Fernández, 1992).

Según esta autora un programa tiene como principal característica su previa planificación y diseño. Los programas además sirven a determinadas políticas y a la vez conllevan un conjunto de subprogramas y acciones. En este sentido apunta que saber dónde empieza y termina un programa, un subprograma o una acción es difícil, esto depende de la calidad con la que se hayan diseñado esas políticas, programas y acciones. Por otra parte es importante destacar que se ve inmerso en un complejo ciclo de intervención social, ciclo que está compuesto por 7 etapas (Fernández, 1987):

- 1- Identificación del problema y necesidades
- 2- Planteamiento de objetivos y metas
- 3- Pre-evaluación potencial
- 4- Diseño y configuración del programa

- 5- Implementación
- 6- Evaluación
- 7- Toma de decisiones sobre el programa.

Lo anterior muestra que si bien un programa pertinente debe responder a las necesidades vigentes, las necesidades por su parte van a justificar el diseño e implementación del programa. El diagnóstico de necesidades tiene lugar por el conocimiento de necesidades del diseño de las acciones a implementar. Asimismo el evaluador debe considerar que las demandas que poseen los usuarios del programa pueden discrepar con la de sus allegados (familiares). Por lo que se reconoce aquí el importante papel que desempeña este grupo en la concepción del programa, en la medida en que tiene una relevante participación en la dinámica de las relaciones sociales de la persona.

A continuación del planteamiento de objetivos y metas que respondan en alguna medida a la resolución problema, de hacer una revisión de la literatura interventiva relevante y realizar un análisis profundo sobre el problema, se procede al diseño del programa que debe tener dos características principales: la planificación y la especificidad. En este sentido se debe especificar: Quiénes van a dirigirlo y aplicarlo, sistema organizativo que va a regir, acciones, medios materiales e infraestructura, unidades atendidas con qué materiales y en qué lugares y cuántos pormenores requerirá la especificación del programa así como su secuencia y duración (Fernández, 1996).

1.6.1 La evaluación de programas

En el diseño del programa debe plantearse además un diseño de su evaluación e incluso tomar mediciones de las operaciones a observar en las unidades antes de implantar el programa. Esto permite hacer una evaluación desde dentro.

Ligado al diseño de programas, surge de inmediato su aplicación y evaluación para conocer su efectividad y emprender la toma de decisiones sobre los posibles cambios, mejora y su aplicabilidad potencial.

La metodología de evaluación de programas supone establecer diferentes juicios valorativos sobre el Programa. Así, la OMS (1981) se ha ocupado de seis formas de examinar el valor de un programa (Molerio, 2004):

-Pertinencia: puede ser definida como la medida en la cual un programa responde a unas necesidades concretas de la población.

-Suficiencia: es la medida en la cual las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen.

-Progreso (formativa o de proceso): que 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 evaluación de programas implica la utilización de una serie de instrumentos. Se parte de la necesidad de abordar el multiplismo (Cook, 1985) y la triangulación (Denzin, 1978). Desde el punto de vista multiplista un requisito necesario para proceder a la evaluación sería la utilización de los métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas. El procedimiento deberá elegirse teniendo en cuenta: el criterio de aplicabilidad o sea que puedan ponerse en práctica, que se adecuen al contexto, el criterio de rigor: emplear bien las técnicas y las competencias técnicas del evaluador. Desde la práctica se propone hacer un análisis de la coherencia y la pertinencia. En el primer caso se logra analizar la relación entre objetivo del programa, las actividades, servicios y recursos planeados. Mediante la pertinencia se determina la relación entre el programa y sus metas. Entonces se evalúa conveniencia de objetivo con relación a problema de Salud y las condiciones de vida de la problemática objeto (Tenorio, 2008).

Cuando se implementa un programa, la evaluación da paso a tomar nuevas decisiones, sirve para la mejora del ciclo de intervención, el que se encuentra inmerso en un amplio contexto social en el que valores, política e ideología interactúan mediante relaciones recíprocas (Fernández, 1996).

Capítulo 2

CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO

2.1 Diseño de la investigación

Atendiendo al alcance y pertinencia de la investigación, se asumieron para el desarrollo de la misma los presupuestos de un paradigma mixto. La investigación mixta implica una combinación de los enfoques cualitativos y cuantitativos para la recolección, análisis y vinculación de datos en un mismo estudio que se fundamente en la triangulación de métodos. Con este enfoque se logra una perspectiva más precisa del fenómeno, la investigación se sustenta en las fortalezas de cada método (Hernández et al, 2006, p.756).

Se realiza un estudio de carácter exploratorio–descriptivo. El carácter exploratorio radica en la posibilidad que brinda para comenzar a conocer una variable o fenómeno poco estudiado, en este caso lo concerniente a las particularidades de la labor psicoeducativa en el contexto de la atención primaria orientada a pacientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, así como la propuesta de bases teórico-metodológicas para la elaboración de un programa psicoeducativo orientado a dicho grupo de mujeres, mientras que los elementos descriptivos se relacionan con el análisis de un grupo de variables que implica dicha labor psicoeducativa.

Se sigue un diseño no experimental transeccional. Los estudios no experimentales se caracterizan por la observación de los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. No hay condiciones o estímulos planeados que se administren a los participantes del estudio. Por su parte los diseños de investigación transeccional recolectan datos en un solo momento de la investigación, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

2.2 Etapas de la Investigación

Atendiendo a las especificidades del tema, la investigación se conformó en tres etapas.

Tabla1. Descripción de las etapas, objetivos, técnicas y métodos empleados en la investigación

Etapas	Objetivos	Técnicas y Métodos
<p>Etapa 1</p> <p>Exploración de las particularidades de la labor psicoeducativa de los psicólogos del centro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar los datos epidemiológicos sobre el cáncer de mama en el Área de Salud “Chiqui Gómez”. -Establecer los contactos primarios en el contexto de investigación. -Particularizar el contexto en el que se implementaría el programa, desde la disposición de recursos y dinámica e la unidad e atención de salud. -Explorar las particularidades de la labor psicoeducativa de los psicólogos del policlínico: “Chiqui Gómez”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de documentos oficiales(base de datos del cáncer en el centro) -Entrevista semiestructurada al director y presidenta del comité de ética del centro -Encuesta a profesionales de la consulta de Psicología del centro(análisis de frecuencia y por ciento) -Entrevista semiestructurada a profesionales que laboran en la consulta de Psicología del centro. -Observación
<p>Etapa 2</p> <p>Valoración de la definición de Psicoeducación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sistematizar la información tanto a nivel nacional como internacional referente a la Psicoeducación. -Valorar la definición de Psicoeducación propuesta a partir del juicio de especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis documental -Cuestionario sobre juicio de especialistas(análisis de frecuencia y por ciento) -Procesamiento estadístico - matemático(análisis de frecuencia y por ciento) -Triangulación(teórica, metodológica y de fuente)
<p>Etapa 3</p> <p>Elaboración de una propuesta preliminar de programa psicoeducativo</p>	<p>Ofrecer un propuesta preliminar de un programa psicoeducativo, dirigido a potenciar el afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis documental -Métodos teóricos

2.3 Concepción metodológica de la Etapa I

2.3.1 Selección y descripción de la muestra

En esta primera etapa la muestra quedó conformada por los psicólogos que laboran en la consulta de Psicología del Policlínico Docente Chiqui Gómez Lubián del municipio de Santa Clara. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. Para la selección se establecieron los siguientes criterios:

Criterios de selección muestral

El Policlínico Docente “Chiqui Gómez” tiene en su plantilla un total de 10 graduados de la carrera de Psicología, de ellos 7 se encuentran vinculados a la labor asistencial en la consulta de psicología de la institución, el resto de los 3 ocupan otras responsabilidades. Por tanto, la muestra quedó conformada por 7 psicólogos, de ellos 3 son responsables de los distintos Grupos de Trabajo Básico (GBT), y 4 se dedican por completo a la asistencia.

Criterios de inclusión

- Psicólogos del Chiqui Gómez con disposición a participar en la investigación.
- Estar vinculado a la labor asistencial en la consulta de psicología del Policlínico Docente “Chiqui Gómez”

Criterios de exclusión

- Psicólogos del Chiqui Gómez que no desean participar en la investigación.
- No estar vinculado a la labor asistencial en la consulta de psicología del Policlínico Docente “Chiqui Gómez”

También se incluyen dentro de la muestra dos directivos de la institución:

1. Director del Policlínico Docente “Chiqui Gómez”.
2. Presidenta del Comité de Ética Municipal.

2.3.2 Procedimientos de la Etapa I

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se realizó una entrevista semiestructurada al director del centro y a la presidenta del Comité de Ética del municipio de Santa Clara en el ámbito de la Salud, que posibilitó la entrada al campo de estudio. Seguidamente se procedió al trabajo con los psicólogos del policlínico Chiqui Gómez, donde se les realizó una entrevista semiestructurada y un cuestionario, explorando tanto las necesidades vinculadas al trabajo psicoeducativo con pacientes supervivientes con cáncer de mama, como la concepción educativa que sustenta la labor de los mismos. Además se analizaron documentos necesarios (Base de Datos del cáncer en el policlínico Chiqui Gómez, 2009) para el conocimiento de la incidencia del cáncer de mama en el centro, enfatizando en aquellas mujeres que se encuentran en intervalo libre de enfermedad.

2.3.3 Descripción de las técnicas empleadas en la Etapa I

- Revisión de documentos oficiales

Objetivo:

- Revisar los datos epidemiológicos sobre el cáncer de mama.
- Obtener características sociodemográficas y clínicas relevantes para la descripción inicial de la muestra.

Descripción:

La revisión y el análisis de documentos es importante en cualquier investigación para obtener una información inicial que permita la elaboración del diseño investigativo. Este procedimiento se emplea para analizar todo material normativo concebido formalmente a nivel organizacional en sus diversos formatos y soportes para luego enfrentarlos con la práctica. En este caso el documento revisado fue: La Base de

Datos de Oncología del policlínico Chiqui Gómez estructurada en el 2009, siendo la fuente más actualizada.

- Entrevista semiestructurada dirigida al Director del Policlínico “Chiqui Gómez Lubián” y a la presidenta del Comité de Ética Municipal (Ver anexo 3)

Objetivos:

- Obtener el consentimiento informado para el desarrollo del estudio.
- Presentar los objetivos de la investigación.
- Indagar sobre los antecedentes de investigaciones similares que se hayan hecho o se estén llevando a cabo en el área de salud.

Descripción:

Según Ibarra (2001) la entrevista semiestructurada combina las preguntas previamente elaboradas y estandarizadas con la forma no estandarizada de abordar un tema o aspecto de interés, se le da libertad y flexibilidad para que el entrevistado lo desarrolle y, a la vez, en el transcurso de la entrevista se realizan las preguntas que el entrevistador entienda sean necesarias hacer para buscar, ampliar o profundizar en la información buscada; además le permite al entrevistado expresar sus criterios de manera no tan rígida y pueda profundizar en el tema de forma autorreflexiva.

- Entrevista semiestructurada dirigida a profesionales de la consulta de Psicología del centro (Ver anexo 4).

Objetivos:

- Presentar los objetivos de la investigación.
- Precisar funciones de las profesionales en la institución.
- Identificar la concepción de afrontamiento y psicoeducación, que sustenta la labor del centro en relación a las pacientes con cáncer de mama que pertenecen al área de salud.

Descripción:

En la entrevista dirigida a los profesionales de la psicología, después de presentarles los objetivos de la investigación, se procede a la realización de una serie de preguntas de las cuales algunas se encuentran previamente elaboradas, otras

surgen en el espacio de interacción cara a cara. Los participantes pueden expresarse libremente.

- Cuestionario sobre juicio de profesionales de la consulta de Psicología del centro (Ver anexo 5).

Objetivos:

- Conocer elementos relacionados con la atención psicológica que actualmente se está brindando a las pacientes con cáncer de mama en el intervalo libre de enfermedad desde la atención primaria de salud.
- Evaluar la necesidad de un programa psicoeducativo y las exigencias que el mismo debe cumplir.

Descripción:

El cuestionario como instrumento de recogida de información, es ampliamente utilizado en los estudios cuantitativos, se refiere a un “conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir” (Hernández et al., 2006). Las preguntas que en él se emplean poseen características propias (abiertas y cerradas), a la vez que existe un formato estándar para la elaboración y presentación del instrumento. “El cuestionario debe ser y parecer corto, fácil y atractivo” (León & Montero, 2003, citado en Hernández, et al., 2006).

El cuestionario dirigido a profesionales de la psicología del policlínico Chiqui Gómez, está conformada por 6 preguntas elaboradas con formato semi - estructurado y abierto. Con esta encuesta se evalúa no solo el trabajo realizado con las pacientes portadoras de cáncer de mama, sino que se recogen consideraciones acerca de la pertinencia de un programa psicoeducativo y las características que este debiera tener para que fuera aplicable y efectivo. Su calificación se realizó de manera cuantitativa y sus resultados fueron tomados en consideración al elaborar el diseño del programa.

2.4 Concepción metodológica de la Etapa II

2.4.1 Selección y descripción de la muestra

Utilizando un muestreo intencional, se trabajó con 9 profesionales, los que debían reunir los criterios de selección siguientes:

Criterio de Inclusión:

- Especialistas que ofrecieran su Consentimiento Informado.
- Que laboren en el área de las Ciencias Psicológicas.
- Con cinco o más años de experiencia profesional.
- De ambos sexos.
- Que ostenten grado académico o grado científico.
- Motivación sobre el tema que garantice el compromiso con el problema abordado.

Criterio de Exclusión:

- Especialistas que no ofrecieran su Consentimiento Informado.
- Que no se sientan motivados con sobre el tema, no garantizando el compromiso con el problema abordar.

2.4.2 Procedimientos de la Etapa II

A partir de la revisión de la literatura para obtener información relevante sobre temas de la investigación se realiza la valoración del concepto de Psicoeducación concebido en el marco de la investigación, la cual fue obtenida a partir de la aplicación del cuestionario sobre juicios de especialistas.

2.4.3 Métodos y técnicas empleados en la Etapa II

Métodos a nivel teórico:

- El 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, 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.

-El Método Analítico - Sintético. El método analítico sintético se aplica en el tratamiento teórico de la temática investigada a partir de un estudio documental y de casos que permite profundizar el conocimiento de este asunto que ha sido poco estudiado.

-El 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.

-El 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.

Método a nivel empírico

- Cuestionario sobre juicio de especialistas

Objetivo: Valorar el concepto de Psicoeducación como constructo clave de la investigación (Ver anexo 6).

Descripción:

En la evaluación que realizan los especialistas de la propuesta conceptual, se siguió la vía empleada por Aguilar & González en el año 2009, la cual se realizó mediante un cuestionario. Una vez seleccionados los profesionales y con la determinación de los elementos que deberán evaluar, se les ofrece la propuesta del concepto anexo a un cuestionario para que emitan sus valoraciones.

En este caso se empleó el tipo de cuestionario autoadministrado, en su variante individual, está constituido por preguntas abiertas y cerradas, diseñado en forma de tabla utilizando las escalas del uno al tres, el valor de 1 se corresponde con totalmente en desacuerdo, 2 parcialmente en desacuerdo y el 3 totalmente de acuerdo. Además de brindar la posibilidad de incorporar parámetros que consideren

deban evaluarse y que no se hayan referido en el mismo. También se recogen señalamientos y sugerencias a los mismos y los aspectos a tener en cuenta para realizar una propuesta de intervención psicológica para potenciar afrontamiento en mujeres supervivientes con cáncer de mama, partiendo de los resultados el concepto.

Un especialista es aquella persona que participa 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 (Fernández, 2012).

El juicio de especialistas permite obtener realmente la experiencia y sabiduría de un grupo de personas (especialistas), 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 especialistas (Fernández, 2012).

Este método permite encontrar el consenso de opinión de los especialistas 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 (Portal, 2011).

Aspectos metodológicos o comunes del juicio de especialistas:

-Se equipara el nivel de información que se brinda a los especialistas sobre el problema tratado, con el propósito de limitar a cierto rango la variedad de opiniones emitidas por los mismos.

-La medición cualitativa de los fenómenos que se evalúan, de tal modo que se pueda valorar la utilidad o importancia relativa de unos con respecto a los demás, haciendo corresponder valores numéricos a estas apreciaciones comparativas.

- La selección de los especialistas es uno de los aspectos más importantes para realizar el método con resultados positivos. Es necesario analizar cuál es la posición a priori del especialista antes de hacerlo participar del trabajo.

-Los especialistas seleccionados deben ser tales, que sus motivaciones e intereses no se superpongan con el problema que deben abordar, evidenciando imparcialidad.

Los elementos que determinan la idoneidad son:

- La especialidad del profesional.
- La experiencia acumulada.
- El nivel de conocimientos.
- El grado de compromiso ante el problema que se analiza

2.5 Concepción metodológica de la Etapa III

2.5.1 Operacionalización de variables

Afrontamiento efectivo: Pautas y esfuerzos cognitivos- conductuales que la persona pone en marcha para controlar y reducir tanto el malestar emocional como la interferencia en la vida cotidiana que causa la enfermedad y su tratamiento que contribuirán a que las personas adquieran mejores niveles de bienestar (Moorey y Greer, 1995)

A partir de esta definición se establecen un grupo de indicadores que permiten comprender el contenido del afrontamiento efectivo:

-Valoración de la enfermedad como reto: Se relaciona con una visión optimista del diagnóstico, generándose estrategias activas de afrontamiento como búsqueda de apoyo.

-Percepción de control: Creencia adecuada del nivel de control que posee la persona para el afrontar la enfermedad.

-Habilidades de afrontamiento centradas en el problema: Sería el afrontamiento enfocado a redefinir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica, que pueden operar sobre uno mismo (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente.

-Estrategias funcionales en dependencia de las características personalógicas, situación y contexto: conductas que posibilitan el logro de objetivos propuestos por el individuo en el proceso de afrontamiento a la enfermedad.

-Vivencias emocionales positivas: Aquellas que generan una experiencia agradable como alegría, felicidad.

2.5.2 Procedimientos de la Etapa I

En la tercera etapa de la investigación se procuró construir una propuesta preliminar de un programa psicoeducativo, para lo que inicialmente fueron consultadas varias investigaciones tanto nacionales como internacionales en cáncer de mama. Fue necesario elegir determinadas estrategias y recursos psicoterapéuticos, así como recursos y técnicas psicoeducativas que estuvieran en correspondencia con los fundamentos teóricos del programa.

El programa ha sido concebido como 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 (Fernández, 1992).

El propósito del programa se constituye en potenciar las habilidades de afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad para el logro de una mejor adaptación a la misma. En este caso se elaboraron las bases tanto teóricas como metodológicas para el diseño de un programa psicoeducativo. El programa psicoeducativo se identifica a partir del conjunto de acciones educativas orientadas a la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de las personas, en las que se propicia la activación de las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa.

Para el diseño de las bases metodológicas, se hizo necesario precisar y elaborar los elementos fundamentales contenidos en las mismas:

- Justificación
- Objetivos generales y específicos
- Descripción de los beneficiarios, límites y recursos con los que se cuenta.
- Diseño lógico- metodológico
- Prever la evaluación de los resultados.

2.6 Análisis de los Datos

El análisis de los principales resultados de la investigación se realiza a partir de los objetivos planteados, incorporándose la valoración estadística-matemática para cada caso, así como la explicación psicológica de los hallazgos resultantes que son mostrados en el capítulo próximo.

✓ Cualitativo.

En la investigación se realiza un análisis cualitativo de datos, esencial para conocer la realidad con profundidad.

✓ Cuantitativo:

Como parte del análisis cuantitativo de los datos, se utilizó el análisis de frecuencia y por ciento.

2.7 Aspectos éticos de la investigación

La investigación se realizó respetando los principios éticos de la ciencia psicológica, garantizando la confidencialidad de las informaciones expresadas por los sujetos durante la investigación. Para ello se contó con un consentimiento informado en el que se explican las generalidades de la investigación, así como la declaración voluntaria que deben hacer las pacientes para acceder a la misma (Ver anexo 1 y anexo 2).

Capítulo 3

CAPITULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez aplicados los instrumentos de evaluación en la muestra seleccionada, tanto los profesionales del Policlínico “Chiqui Gómez Lubián” como los especialistas pertenecientes a la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, consultados para la valoración del concepto de Psicoeducación, los resultados obtenidos formaron parte de los fundamentos para la elaboración de un programa psicoeducativo. Con ello, quedaron diagnosticadas las particularidades de la labor psicoeducativa de los psicólogos que laboran en el Área de Salud “Chiqui Gómez”. A continuación se describen los resultados alcanzados en las etapas de investigación.

3.1 Etapa I: Exploración de las particularidades de la labor psicoeducativa de los psicólogos del centro

3.1.1 Análisis de resultados de las técnicas aplicadas en la Etapa I

Revisión de documentos

A través de la revisión de la Base de Datos de Cáncer del Policlínico Chiqui Gómez, se percibió cuan alta es la incidencia de cáncer en el área asistencial y la elevada prevalencia del cáncer de mama en específico (150 mujeres), resaltando el gran número de mujeres supervivientes a esta patología crónica (135 supervivientes). Además se lograron conocer características de las unidades asistenciales de esta atención primaria de Salud, en cuanto a las cifras de cáncer que existen en cada una de ellas así como los territorios que abarcan. En este sentido se identificó que el GBT1 abarca el reparto de Escambray y el GBT2 el reparto Vigía. Aun cuando la base de datos se corresponde con el año 2009, se abordan cuestiones relacionadas con el tratamiento, evolución y seguimiento que están vigentes. Sin embargo no se registran estadísticamente datos que pudieran aportar estimaciones sobre la etapa de supervivencia en mujeres con cáncer de mama.

Entrevista semiestructurada al director y presidenta de comité de ética municipal

Mediante la entrevista semiestructurada realizada al director y presidenta de comité de ética municipal, se obtuvo la aprobación para el desarrollo de la investigación y

fueron presentados los objetivos de la misma. No se refieren investigaciones precedentes sobre el tema en la institución. Además se logró el consentimiento institucional para la posterior revisión de documentos.

Encuesta a profesionales

Con el objetivo de conocer las particularidades de la atención psicológica que actualmente se está brindando a las pacientes con cáncer de mama en el intervalo libre de enfermedad desde la atención primaria de salud y de evaluar la necesidad de un programa psicoeducativo desde el criterio de los usuarios, se aplicó un cuestionario a 7 psicólogos pertenecientes los diferentes grupos de trabajo básico (GBT), en la atención primaria de salud: Policlínico Docente Chiqui Gómez Lubián, que son encargados de la atención psicológica de las pacientes en esta fase de la enfermedad.

Los resultados obtenidos en el Cuestionario permiten identificar que el 100% de los profesionales reconocen el papel que desempeñan las variables de afrontamiento y calidad de vida en la evolución de los pacientes oncológicos y en especial en el cáncer de mama. También señalan que desde la labor asistencial que realizan existen dificultades en la atención psicológica con estos pacientes, y en particular en el trabajo con estas categorías, pues 5 profesionales que representa el 71% del total, refiere que en esta institución no se están llevando a cabo acciones psicoeducativas con las pacientes con cáncer de mama, por lo que valoran de inadecuado el trabajo que actualmente se está realizando sobre este particular, mientras que 2 profesionales que representa el 33% de la muestra, manifiesta que lo consideran parcialmente inadecuado.

En la definición de los factores que influyen en la calidad de la atención que se está brindando actualmente a las pacientes con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad, se observa la dispersión en las respuestas que varían desde carencias en la experiencia en el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama, limitaciones de locales y recursos, no se encuentra dentro del contenido de trabajo de su puesto laboral.

Sin embargo a pesar de esta limitaciones el 100% de los profesionales encuestados valora como muy útil la propuesta de un Programa Psicoeducativo para las pacientes

con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad que sirva de guía metodológica para su quehacer en este campo.

En cuanto a las características que debería reunir este Programa para garantizar la factibilidad de su aplicación el 100% de los profesionales señalaron que debía ser breve y preferiblemente de aplicación grupal (por la falta de tiempo), el 100% señaló considerar los recursos materiales atendiendo a la carencia de estos. A pesar de que estas respuestas son coincidentes para la totalidad de los profesionales, otras sugerencias estuvieron en función de que se brinde una capacitación previa sobre el tema de los determinantes psicológicos que influyen en el cáncer de mama, así como sobre las técnicas más empleadas en su tratamiento.

Entrevista semiestructurada a profesionales

Una vez presentados los objetivos de la investigación se obtuvo la disposición a participar por parte de los profesionales pertenecientes a la consulta de Psicología del policlínico “Chiqui Gómez Lubián”, los que además de brindar asistencia, participan en consultas multidisciplinarias así como en distintos programas vinculados a la atención primaria de Salud. Se puede constatar que los entrevistados refieren insuficiencias en el trabajo psicoeducativo con pacientes supervivientes con cáncer de mama, en tanto no existen en el plan de trabajo de los psicólogos del centro la planificación de espacios de atención a estas pacientes.

En la labor que desempeñan estos especialistas desde los Grupos de Trabajo Básico, no figura la intervención orientada a la rehabilitación de estas pacientes, puesto que el tiempo con que cuentan para su labor es limitado, además en esta institución se atienden a las mujeres con cáncer de mama en un estadio inicial, donde la Especialista en mama realiza el autoexamen mamario y de acuerdo a la impresión diagnóstica se deriva o no al Hospital Oncológico. En cualquiera de sus variantes estas pacientes no regresan al policlínico, al menos por esta causa, lo que de alguna forma ha condicionado la ausencia de acciones dirigidas a la calidad de vida de estas personas.

Atendiendo a la concepción de afrontamiento que poseen los profesionales, se evidencia un predominio en la comprensión de este constructo desde un referente conductual, donde se analiza el comportamiento como una respuesta automática

ante el estímulo que sería la situación estresante. Además es concebido desde una postura esquemática en tanto se considera como un proceso estático en el que la persona tiende siempre al mismo afrontamiento por estar vinculado a la personalidad.

Por otra parte, no existe una concepción adecuada de psicoeducación en el centro, pues se le otorga un papel preponderante a la transmisión de información obviando las potencialidades del individuo así como el carácter procesual, preventivo y rehabilitatorio de la psicoeducación. Por otro lado, los propios especialistas refieren que no cuentan con suficientes recursos auxiliares para desarrollar la educación a estas pacientes oncológicas (videos, recursos gráficos, guías, trípticos.)

Se perciben, por parte de los profesionales, necesidades fundamentales en pacientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, tales como: apoyo social, informativas (dieta, ejercicios) y de reinserción en la vida cotidiana. Ante estas cuestiones sugieren un abordaje grupal para estas pacientes desde la consideración de elementos individuales. Se propone la terapia cognitivo-conductual como punto de partida. Además se sugiere la previa capacitación de los profesionales usuarios del programa con vistas a la comprensión de la patología en si misma así como de los procesos psicológicos asociados a la misma y alternativas de tratamiento.

3.1.2 Análisis integrador de la Etapa I

Las técnicas empleadas durante esta etapa inicial permitieron establecer los contactos pertinentes para el acceso al contexto de investigación, policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Además se logró conocer las particularidades de la labor psicoeducativa de los psicólogos pertenecientes a la consulta de Psicología del centro así como lo referente a los datos epidemiológicos sobre el cáncer de mama en el Área de Salud objeto de estudio.

En este sentido se logró identificar que aun cuando las políticas nacionales de lucha contra el cáncer priorizan la atención integral de estos pacientes desde los distintos niveles de atención en Salud y la incidencia y prevalencia del cáncer de mama es elevada en el centro, desde este nivel de atención no se realiza un abordaje asistencial a las pacientes con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre

de enfermedad, lo que de alguna forma está condicionado tanto por características del contenido de trabajo, recursos materiales, así como la insuficiente preparación desde el punto de vista teórico- metodológico para asumir la asistencia integral que merecen estas pacientes.

Se pudo constatar además que si bien estos profesionales, encargados de la atención psicológica a las pacientes con cáncer de mama, reconocen las necesidades que experimentan las mismas desde la fase clínica en que se encuentran y el papel determinante de variables psicológicas como el afrontamiento, para la calidad de vida y la completa recuperación así como la prevención de la recidiva, estos han adoptado una postura pasiva en la rehabilitación psicológica a estos pacientes atendiendo a las tareas que como psicólogos de la atención primaria de salud deben cumplimentar.

No existe una concepción apropiada de la labor psicoeducativa por parte de los profesionales de Psicología del centro en tanto no integran determinantes psicológicos al proceso educativo que sustenta esta modalidad terapéutica. Sin embargo destacan la pertinencia de la propuesta de un Programa Psicoeducativo para las pacientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, cumpliendo como características: breve, con una metodología grupal y economía de recursos.

A pesar de las debilidades referentes a la labor que, como redes asistenciales de estas pacientes, deben ejercer, se identifican como fortalezas la motivación hacia la superación en esta temática quedando demostrado a partir de la solicitud de una capacitación previa a la implementación del programa psicoeducativo.

3.2 Etapa II: Valoración de la definición de Psicoeducación

3.2.1 Análisis de resultados de la Etapa II

Esta etapa estuvo orientada en un primer momento a revisar y analizar las diferentes propuestas teóricas vinculadas a la Psicoeducación y posteriormente a valorar la propuesta de definición de Psicoeducación, construida en el marco de la investigación, a través del juicio de especialistas.

A partir del análisis previo de las diferentes fuentes nacionales e internacionales que abordan la psicoeducación actualmente se destacan, de acuerdo a la división que

propone la OMS, dos regiones: Europa y América. Los países que han tenido una mayor participación en la teorización de la psicoeducación son por Europa: España, Francia y por América: Argentina, Estados Unidos, México y Cuba.

Dentro de los principales autores se encuentra Muela, refiriéndose a una aproximación terapéutica en la cual se les proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Muela, 1997).

Sin embargo Bäuml comprende la psicoeducación como intervenciones psicoterapéuticas didáctico-sistémicas, que son adecuadas no solo para informar a familiares sino además a los pacientes sobre la enfermedad que padecen y su tratamiento, facilitando tanto la comprensión y el manejo de la enfermedad y el apoyo a los afectados para hacer frente a las raíces afectadas (Bäuml, 2003).

Algunas de las investigaciones revisadas relacionan la psicoeducación con la rehabilitación psicológica y social, educación respecto a la enfermedad y su significado, la mayoría centrados en etapas diagnósticas y de tratamiento por las que transitan los pacientes y tomando en consideración la dimensión afectada (Bárez, Blasco y Fernández, 2003; Rose, 2005; Albarrán, A.J; Macías, M, 2007; Merino, 2012).

Se señala por otra parte la postura de Bulacio quien aboga por el tratamiento de la psicoeducación como herramienta terapéutica siendo viable utilizarla en diferentes tipos de abordajes: individual, familiar, pareja, grupal (Bulacio, 2008).

Para Colom, la psicoeducación nace a partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad en la medida en que se sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima (Colom, 2005).

En este sentido Antoni Font destaca que la evaluación de la intervención psicoeducativa se alinea con el criterio de calidad de vida y se les enseña a los pacientes una variedad de técnicas cognitivo- conductuales para reducir las dificultades emocionales derivadas del diagnóstico, facilitar la adaptación y mejorar la calidad de vida (Front y Rodríguez, 2009).

Marina Roustan por su parte concibe la psicoeducación como un proceso que persigue que las personas descubran y tomen conciencia de sus fortalezas y posibilidades, basadas en lo que tienen y pueden hacer en el aquí y el ahora, al tiempo que la individualidad de cada una de ellas pone al descubierto sus debilidades, incertidumbres, encrucijadas y desánimos. Esta formación psicoeducativa incluye el aprendizaje vicario de las demás participantes y la ganancia en resiliencia y perspectivas de futuro (Roustan, 2008).

Lo anterior indica que si bien para algunos la psicoeducación implica un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento (Duglas, 1998), otros reflejan que la psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Scott, 2008).

De esta forma se plantea que es posible entrenar a los individuos para que como sus propios agentes de cambio, sean competentes en desarrollar habilidades de autocuidado (Zaldívar, 1996). Esto se logra desde la potenciación de un cambio conductual desde los procesos de enseñanza- aprendizaje trascendiendo la mera estimulación del nivel cognitivo para insertarse en la afectividad de las personas (Ruis, 2000; Pérez, 2009; González & Aguilar, 2009; Castillo, 2012).

En las diferentes posturas anteriormente referidas se logran reconocer invariantes relacionadas con el carácter procesual, terapéutico y educativo de la psicoeducación y diferencias enfocadas sobre todo al objeto y funciones de este proceso, como se logra apreciar en la siguiente tabla:

Análisis del concepto de Psicoeducación atendiendo a Regiones OMS

Regiones OMS	Invariantes	Diferencias
<u>Región de las Américas</u> (12 fuentes)	-Concepción como proceso de aprendizaje	-Función informativa/cambio conductual

<p>Duglas, 1998; Scott, 2008; Zaldívar, 1996; Andersen, 1992; Stanton, 2006; Ruis, 2000; Pérez, 2009; González y Aguilar, 2009; Castillo, 2012; Albarrán, A.J; Macías, M, 2007.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Concepción como proceso de aprendizaje con alcance educativo. -herramienta terapéutica -abordaje individual y grupal 	<ul style="list-style-type: none"> -Beneficiarios: familia/paciente/familia-paciente-comunidad -Papel pasivo/activo del psicoeducando -centro de atención: dimensión afectada/ dimensión conservada -carácter rehabilitatorio del proceso -aplicada a individuos sanos/enfermos mentalmente -carácter preventivo y rehabilitatorio del proceso
<p><u>Región de Europa</u> (12 fuentes) Bulacio, 2008; Colom, 2005; Front y Rodríguez, 2009; Roustan, 2008; Bárez, Blasco y Fernández, 2003; Rose, 2005; Merino, 2012; Bäuml, 2003 y Muela, 1997.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -proceso educativo -papel activo del psicoeducando en el proceso -herramienta terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> -función informativa/cambio conductual -centro de atención: dimensión afectada/ dimensión conservada -aplicada a individuos sanos/enfermos mentalmente -carácter preventivo y rehabilitatorio del proceso

A partir de la sistematización de esta información se construye el concepto de Psicoeducación:

Proceso interventivo con alcance educativo, que parte del diagnóstico de necesidades que portan los beneficiarios, orientándose hacia la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de los mismos, utilizando como principal arma las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa.

Cuestionario sobre juicio de especialistas

Se aplicó un cuestionario dirigido a 9 profesionales pertenecientes a la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu de las Villas” para valorar los elementos teóricos fundamentales que incluye el concepto de psicoeducación sometido a su consideración.

A partir de aquí se obtuvo que el 55% estuvo totalmente de acuerdo con el mismo, justificando su elección con elementos como: una perspectiva amplia e integradora que parte de una visión procesual, se tiene en cuenta las potencialidades de la persona como ente activo en el proceso, además de trascender el carácter informativo que se ha manejado por diferentes autores en la declaración del alcance educativo del proceso. También se destaca la concepción de formación psicoeducativa en tanto es lo que se persigue en cada intervención de este tipo, persiguiendo el logro de un cambio personalógico que contribuya al bienestar de la persona.

El restante 45% está parcialmente de acuerdo con el concepto de psicoeducación propuesto. Si bien estos profesionales están de acuerdo con algunos de los aspectos anteriormente abordados, se manejan criterios entorno a la palabra arma, sugiriendo sustituirla. Se valora la posibilidad de especificar las diferencias de la psicoeducación con otras modalidades de intervención, tales como Psicoterapia y Orientación. Se comparte además la necesidad de profundizar en las funciones de la psicoeducación así como el vínculo entre lo interno y lo externo.

Atendiendo al papel de la psicoeducación en el desarrollo de la personalidad, coinciden el 100% de los especialistas, en el criterio de que se percibe una estrecha relación entre estos elementos pues es necesario partir de un enfoque personalógico para llevar a cabo este proceso, teniendo en cuenta que el mismo estimula la adquisición de recursos personalógicos en el marco de una situación educativa.

Así consideran pertinente para realizar una propuesta de programa psicoeducativo, dirigida a potenciar el afrontamiento a la enfermedad en mujeres supervivientes con cáncer de mama, tener en cuenta aspectos como: autoimagen, autoestima, autoconocimiento, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, proyección futura, aceptación de la enfermedad, apoyo familiar y relaciones de pareja.

Partiendo de las observaciones realizadas por los especialistas se constata la pertinencia del manejo psicoeducativo orientado al afrontamiento de las mujeres con

cáncer de mama que se encuentran en un intervalo libre de enfermedad, por lo que el concepto es reestructurado quedando de la siguiente manera:

Concepto de psicoeducación:

Proceso interventivo con alcance educativo, que parte del diagnóstico de necesidades que poseen las personas, portadores o no de una alteración psicológica, orientándose hacia la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de los mismos, en el que se propicia la activación de las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa.

3.3 Etapa III: Elaboración de una propuesta preliminar de programa psicoeducativo

3.3.1 Propuesta preliminar de un programa psicoeducativo dirigido a potenciar el afrontamiento de mujeres supervivientes con cáncer de mama.

Como referente para la elaboración de la propuesta psicoeducativa, se toma la caracterización de la dinámica de afrontamiento de 55 pacientes con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad, pertenecientes al Área de Salud del Policlínico Docente “Chiqui Gómez Lubián” de Santa Clara. Esta caracterización se realiza a partir de un estudio exploratorio-descriptivo, que fue desarrollado de manera simultánea a la presente investigación, por lo que se logró participar en el intercambio con las pacientes directamente.

De ellas, 28 residen en el Reparto “Vigía” y 27 en el Reparto “Escambray”. La media de las edades se encuentra en los 59 años de edad. Se identificaron como principales fuentes de estrés las situaciones de tensión crónica mantenida dentro de las que se destaca la posibilidad de la recidiva y el impacto de la misma en la familia. Otras fuentes lo constituyen las secuelas físicas como ausencia de la mama, el dolor, linfedema, debilidad muscular, que las limitan para el desempeño de actividades domésticas, elementos que generan estrés en las pacientes debido a su intensidad y durabilidad.

Independientemente de que estas fuentes de estrés sean comunes para las pacientes, se identifica un significado personalizado en ellas, quienes las valoran como amenazantes o retadoras para su bienestar.

En este sentido, existen 26 mujeres que perciben el estresor como una amenaza, presentan un locus de control externo, sustentado en las creencias religiosas, y depositando el control de la enfermedad en manos de los médicos. Existen además creencias asociadas al tratamiento, en especial el hecho de que el tratamiento oncológico primario eliminó la enfermedad, y que en la actualidad no hay nada más que se pueda hacer para combatir la enfermedad, determinado por el locus de control externo, lo que ha condicionado dificultades en la adherencia terapéutica, expresado no solo el incumplimiento del tratamiento adyuvante, sino también en estilos de vida no saludables. Las habilidades de afrontamiento se centran en la búsqueda de significado, utilizando como estrategia de afrontamiento el fatalismo, desde la cual adoptan una aceptación pasiva de la enfermedad aun cuando la perciban como amenazante.

Estas pacientes poseen recursos ambientales como el apoyo social. En lo referente a los recursos personológicos, se observa una tendencia a la rigidez, dificultades para reestructurar su campo de acción en respuesta a las demandas que se le presentan, ausencia de proyecciones futuras y realizan pocos esfuerzos volitivos en función del afrontamiento. Esto les genera vivencias negativas como ansiedad, tristeza, sufrimiento e inquietud.

Por su parte, 24 de las 55 mujeres que perciben el estresor como un reto, tienden a presentar un locus de control interno, conduciendo a la habilidad de afrontamiento centrada en el problema, fundamentada por la búsqueda de apoyo e información. Sin embargo es necesario destacar que en estas pacientes también se muestra el incumplimiento del tratamiento, expresado en la inasistencia a consultas de seguimientos donde se le realizan exámenes en función de prevenir la recidiva. La estrategia adoptada por estas pacientes es el Espíritu de Lucha donde cuentan con recursos personológicos como las creencias positivas y la presencia de flexibilidad, capacidad de reestructurar el campo de acción, la presencia de proyectos futuros, así como los esfuerzos volitivos, que condicionan una respuesta eficaz al afrontamiento. Esto se asocia a vivencias positivas como la esperanza, seguridad y confianza. Sin embargo, resulta interesante destacar las vivencias de emociones negativas en este grupo de pacientes, tales como la ansiedad, la tristeza, sufrimiento y la inquietud.

De forma general, se destacan en este grupo de pacientes, las necesidades de información relacionadas con la dieta y el ejercicio que deben estar desarrollando como parte de su tratamiento integral. Estos aspectos pudieran ser controlados por las pacientes, sin embargo, debido a la carencia de información, presentan un locus de control externo en este sentido.

Programa Psicoeducativo dirigido al afrontamiento de mujeres con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama en Cuba es la localización oncológica más frecuente en la mujer y a su vez la primera causa de muerte por tumores en este grupo poblacional. Se observa una tendencia ligeramente creciente del riesgo de enfermar por cáncer de mama a través del tiempo, especialmente en los grupos de edades por encima de los 50 años y la supervivencia global observada a 5 años en Cuba es del 54 %. Su índice de curabilidad es alto siempre que el diagnóstico se realice en estadíos tempranos, constituyendo así una de las pocas localizaciones oncológicas que reciben múltiples tratamientos con vistas a la remisión.

De aquí precisamente la pertinencia de la labor que en los diferentes niveles de atención en salud desempeñan los profesionales para disminuir la frecuencia de pacientes en estadíos avanzados y reducir la mortalidad por esta afección a partir del diagnóstico preclínico y precoz del cáncer de mama, así como del tratamiento y seguimiento después de este. Para responder a esta problemática de salud se ha llevado a cabo el Programa Nacional de Control del Cáncer de Mama, que contiene acciones que engloban los aspectos de la atención integral de los pacientes oncológicos en las diferentes fases de la enfermedad, donde desempeña un importante papel la Atención Primaria de Salud pues es la asistencia médica en la que desarrollan actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación, y encargada de potenciar al mismo tiempo la auto responsabilidad del individuo y la comunidad con su participación activa.

Así se identifican entre sus principales objetivos: promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos y hábitos de vida saludables, prevenir la

aparición de enfermedades y daños a la salud de la población atención médica integral ambulatoria, desarrollar la rehabilitación con base comunitaria dirigida a la población incapacitada física o psíquicamente. En este sentido se destaca lo siguiente: “Hay que tener en cuenta la rehabilitación de los aspectos psicosociales y la reinserción a la sociedad siendo parte de nuestro trabajo por encontrarnos frente a un ser biopsicosocial que debe ser valorado integralmente” (Mendoza, 2005, p. 8).

En este sentido la participación del Equipo Básico de Salud en la lucha contra el cáncer, adquiere especial relevancia en la medida en que se considera el indicado para aplicar las medidas de prevención y promoción en el cáncer de mama. Su amplio margen de acción en la atención primaria brinda la posibilidad no tan solo de atender a las personas que enferman, sino también a aquellas que o no lo están o que han logrado superar la enfermedad y son susceptibles a la rehabilitación.

A pesar de estas proyecciones en la práctica asistencial no se les brinda atención especializada a las pacientes con cáncer de mama que se encuentran en un intervalo libre de enfermedad, donde la mujer ya cierra tratamiento activo y regresa a su vida habitual, viéndose inmersa en un proceso en el cual la enfermedad crónica y la realidad demanda el empleo de concesiones con su familia y su vida en general.

En esta etapa la mujer se enfrenta tanto a desafíos físicos, psicológicos como sociales, por lo que es susceptible a intervención psicológica en la medida en que la meta principal del personal de salud en esta etapa es lograr la calidad de vida de estas pacientes lo que a su vez previene la recurrencia de la enfermedad. En este sentido, se conoce que el estrés está asociado a recidivas del cáncer de mama, en tanto influye en el sistema inmunológico de las personas, de aquí la pertinencia de potenciar el bienestar emocional. El estrés como fenómeno multifactorial constituye una respuesta adaptativa del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos. Sin embargo cuando estas respuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas el estrés puede traer complicaciones en la salud ya sea desencadenando la aparición de un trastorno, complejizando su cuadro clínico o perpetuando su sintomatología.

En el caso de la paciente superviviente con cáncer de mama, este se ve invadido por una serie de factores estresantes que se relacionan con la impredecibilidad de su

evolución, el pronóstico, la toma de conciencia de la finitud de la vida y limitaciones en los proyectos de vida, por lo que los pensamientos y el comportamiento del individuo se centran en el proceso de supervivencia. Es así como se adoptan una serie de estrategias de afrontamiento que vienen a desempeñar un importante papel en la adaptación a la enfermedad así como en el bienestar biológico, psicológico y social de la misma.

Investigaciones recientes han demostrado la existencia de dificultades para afrontar activamente sucesos estresantes por la persona (Pino, 2014), entendiendo el afrontamiento como aquellos procesos 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 y Folkman, 1986).

Estas dificultades guardan estrecha relación con la morbilidad asociada al cáncer y son determinantes de la misma, lo que se relaciona con emociones de indefensión, desesperanza y depresión (Watson, 1988; Moorey y Greer, 1989; Barreto, Ferrero, Toledo, 1995) además de influir en la recuperación y la supervivencia de estas pacientes, lo que muestra que los factores psicológicos pueden tener importancia en el pronóstico en tanto las consecuencias del cáncer dependen del significado personal y de sus habilidades y estrategias de afrontamiento, siendo el afrontamiento activo un importante predictor de la mejora de la respuesta inmunológica. (Moorey y Greer, 1995; Báñez, 2002; Lipowski, 1969, 1970; Taylor, 1983; Weissman, 1979; Rowland, 1989).

De esta forma se han implementado diversas terapias psicológicas en el cáncer de mama existiendo un predominio de las cognitivas-conductuales, en función de facilitar la comunicación, aprendizaje vicario y apoyo social. Esta modalidad ha sido eficaz para potenciar el bienestar emocional en las pacientes, el afrontamiento a la enfermedad, el autocuidado y el control percibido por ellas (Andersen, 1992; El Meyer & Mark, 1995; Las tumbas, 2000; Roustán, 2008; Martínez, 2009; Merino, 2012). Si bien estas terapias suelen ser muy útiles en este ámbito, la mayoría se centran en la transmisión de información y parten de un enfoque patológico, no considerando las potencialidades de los pacientes, centrándose así en la sintomatología oncológica.

Lo anterior evidencia la necesidad de llevar a cabo acciones psicoeducativas que le permitan a las pacientes desarrollar sus potencialidades a partir de aprendizajes significativos que estimulen un cambio a nivel comportamental. Se aboga por los procedimientos psicoeducativos teniendo en cuenta que tienen como principal ventaja el adoptar un enfoque no patológico, lo que permite brindar a los pacientes la posibilidad de fortalecer capacidades para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo. La meta es que la persona comprenda y sea capaz de responder efectivamente a los desafíos que impone la enfermedad desde sus recursos personológicos. En este sentido la Psicoeducación como estrategia terapéutica facilita que el paciente acepte su patología, mejora la adherencia al tratamiento, además de prever las recaídas a partir de la detección precoz de síntomas.

La efectividad de la Psicoeducación en la atención a pacientes con cáncer ha sido demostrada principalmente a partir de intervenciones psicoeducativas que han probado la existencia de posibilidades de extender la vida de los pacientes con cáncer a partir del establecimiento de un entorno de apoyo social, terapias de apoyo, terapias de grupo, una mayor educación y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento (Brannon, 2001).

Muchos profesionales abogan por diferentes vías de intervención grupal practicadas con enfermos de cáncer, considerando que el trabajo grupal permitirá abordar los problemas psicosociales de temor, insatisfacción, pasividad, falta de motivación o estrés a partir del empleo de técnicas terapéuticas y recursos de autoayuda. De esta forma se propicia una interacción entre personas que atraviesan situaciones similares, logrando una compenetración entre ellas que les proporciona experiencias grupales de cohesión y apoyo. Los pacientes se ayudan entre ellos para afrontar la enfermedad al comentar sus historias de vida y la forma de afrontarla.

En el caso de los grupos de apoyo, estos han sido muy utilizados en las intervenciones orientadas a pacientes con cáncer de mama, donde el profesional de la salud convoca este grupo para ofrecer un marco acogedor y seguro que permita la gestión de las capacidades mutuas de los miembros frente a una situación conflictiva o amenazante. Este tipo de grupos fomentan directamente la salud y la reducción del malestar psicológico (Barrón, 1993); ofrecen recursos de afrontamiento; sensación de control; soporte emocional paliativo; aumento del estado de ánimo positivo, 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. La persona podrá hacer una mejor valoración de su propia situación (Rodríguez Marín, Pastor, y López-Roig, 1993).

Tomando en consideración estos elementos se propone un programa psicoeducativo para el afrontamiento a la enfermedad, el cual podría constituir una herramienta metodológica a aquellos profesionales pertenecientes a la atención primaria de salud, encargados de la prevención y atención psicológica de pacientes con cáncer de mama en un intervalo libre de enfermedad.

El programa psicoeducativo propuesto contiene acciones preventivas y de rehabilitación orientadas a pacientes supervivientes con cáncer de mama. Desde el punto de vista metodológico se combinan técnicas informativas, cognitivas y reflexivo-vivenciales que se nutren de las potencialidades del paciente. Consecuentemente, se propicia una mayor adaptación a la enfermedad y calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Desarrollar habilidades para el afrontamiento a la enfermedad que tribute a potenciar el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad.

Objetivos específicos:

- Desarrollar habilidades para el autocuidado, a partir del conocimiento de la enfermedad, la identificación temprana de síntomas, y la promoción de estilos de vida saludables, aumentando el control personal sobre la enfermedad.
- Fomentar el bienestar emocional de las pacientes, propiciando que disminuyan los niveles de estrés y los estados emocionales negativos que experimentan (ansiedad, tristeza, sufrimiento e inquietud).
- Propiciar un incremento en la percepción de control de mujeres supervivientes con cáncer de mama propiciando que se eleven los niveles de autoeficacia, se desarrollen estrategias activas de afrontamiento, así como creencias individuales sobre el control.

BENEFICIARIOS

1. *Beneficiarios Directos*: Se definen como principales beneficiarios todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en fase de supervivencia específicamente en intervalo libre de enfermedad.
 - No hay límites de edad aunque se sugiere se incluyan las pacientes a partir de los 30 años de edad, y como máximo 70 años, esta última condición en función de evitar síntomas de senilidad.
 - Se excluyen las pacientes que tienen comorbilidad con otras enfermedades crónicas, así como patologías psiquiátricas.
 - No se recomienda incluir aquellas pacientes que presenten metástasis durante el proceso de implementación del programa.
2. *Beneficiarios Indirectos*: Equipos de salud encargados de la atención integral del paciente con cáncer de mama, fundamentalmente los psicólogos que laboran en la atención primaria de salud, así como los familiares y otras personas que interactúan con aquellos pacientes que se benefician del programa.

LÍMITES

-De espacio: El programa está concebido para la Atención Primaria de Salud, instancia del primer contacto del individuo-familia-comunidad, donde el individuo portador de una enfermedad crónica como el cáncer de mama realiza sus actividades de la vida cotidiana y es receptor de un proceso permanente de atención sanitaria que tiene como principal función la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Cualquier unidad de atención secundaria que aborde el tratamiento integral del paciente con cáncer de mama también puede llevar a cabo este programa.

-De tiempo: El programa comienza una vez conformado el grupo. Está concebido para un total de 10 sesiones durante 5 semanas con una frecuencia de dos sesiones semanales. Lo cual se acordará una vez que se establezcan las normas grupales. Cada sesión tendrá una duración de 30 a 45 minutos dadas las características fisiológicas de las pacientes.

RECURSOS

Materiales: Se refiere a los recursos materiales con que se cuenta para la implementación del programa. Se debe utilizar el menor número de recursos, teniendo en cuenta las limitadas condiciones económicas de la Atención Primaria

de Salud y en especial los servicios de psicología que se encuentran ubicadas en dichas instituciones.

1. Computadora para la multimedia y videos educativos.
2. Protocolos para las pruebas psicológicas a aplicar.
3. Papel, lápices para apoyar las técnicas aplicadas durante las sesiones grupales.
4. Trípticos y plegables.
5. Local con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación, espacio, sillas de acuerdo al número de participantes que conformarán cada grupo.

Humanos:

1. Recurso humano principal: Se refiere a los recursos humanos con calificación para aplicar el programa, requiriendo que el terapeuta o facilitador posea el grado de Licenciado en Psicología con un mínimo de dos años de experiencia profesional, haber sido capacitado en el área de Psico-oncología y en la atención a las pacientes con cáncer de mama, conocimientos básicos sobre las técnicas para el trabajo grupal. En este caso se incluye al co-terapeuta, quien estará apoyando la intervención.

2. Recurso humano de apoyo: No se considera un recurso imprescindible dentro del programa, pero puede estar facilitando información sobre las pacientes y sobre el cuidado específico.

- Médico de la familia: Se incluye a este personal pues se encarga del seguimiento a las pacientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Médico que labora en el Equipo de Rehabilitación del área de salud: Se considera un recurso humano de apoyo pues aporta todo lo referente a los cuidados físicos de las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.
- Grupos Básicos de Trabajo del Área de Salud: Estos grupos se encargan de desarrollar acciones que engloban los aspectos de la atención de los pacientes oncológicos en esta etapa. Es pertinente que los diferentes especialistas colaboren como facilitadores del proceso en la atención integral

al paciente, lo cual implica que adquieran conocimientos sobre la intervención psicológica en esta etapa de la enfermedad, sus objetivos y beneficios.

DISEÑO METODOLÓGICO DEL PROGRAMA

Se propone un sistema de acciones psicoeducativas con un enfoque grupal, teniendo en cuenta las fortalezas que posee esta modalidad terapéutica en pacientes oncológicos, específicamente en el cáncer de mama, donde la interacción grupal facilita la adquisición de aprendizajes significativos, constituyendo un importante agente de cambio en la situación educativa que emerge en el espacio de interacción grupal. El programa se basa principalmente en el supuesto de que si se potencian habilidades de afrontamiento se contribuye en buena medida a elevar los niveles de bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama.

La intervención psicoeducativa se estructura en tres módulos:

- 1- Educación para la Salud
- 2- Educación emocional
- 3- Técnicas cognitivo-conductuales

En el módulo de educación para la salud, se trabaja a partir de tres sesiones fundamentalmente. La primera sesión se dirige a la conformación del grupo, seguida por las dos restantes que persiguen incrementar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad mediante técnicas informativas y dinámicas grupales, lo que conduce al desarrollo de habilidades para el autocuidado, generando un aumento en la sensación del control sobre la enfermedad y en la adherencia terapéutica, expresada no sólo en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sino también, en la adopción de modificaciones saludables en el estilo de vida, que forman parte del tratamiento integral, como parte de este módulo se utilizan varios recursos comunicativos como apoyo para las sesiones, dentro de esto se ubica una multimedia, video educativo sobre el autoexamen de mama, así como trípticos y dípticos, todos estos soportes han sido diseñados a partir del análisis de necesidades comunicativas de estas pacientes.

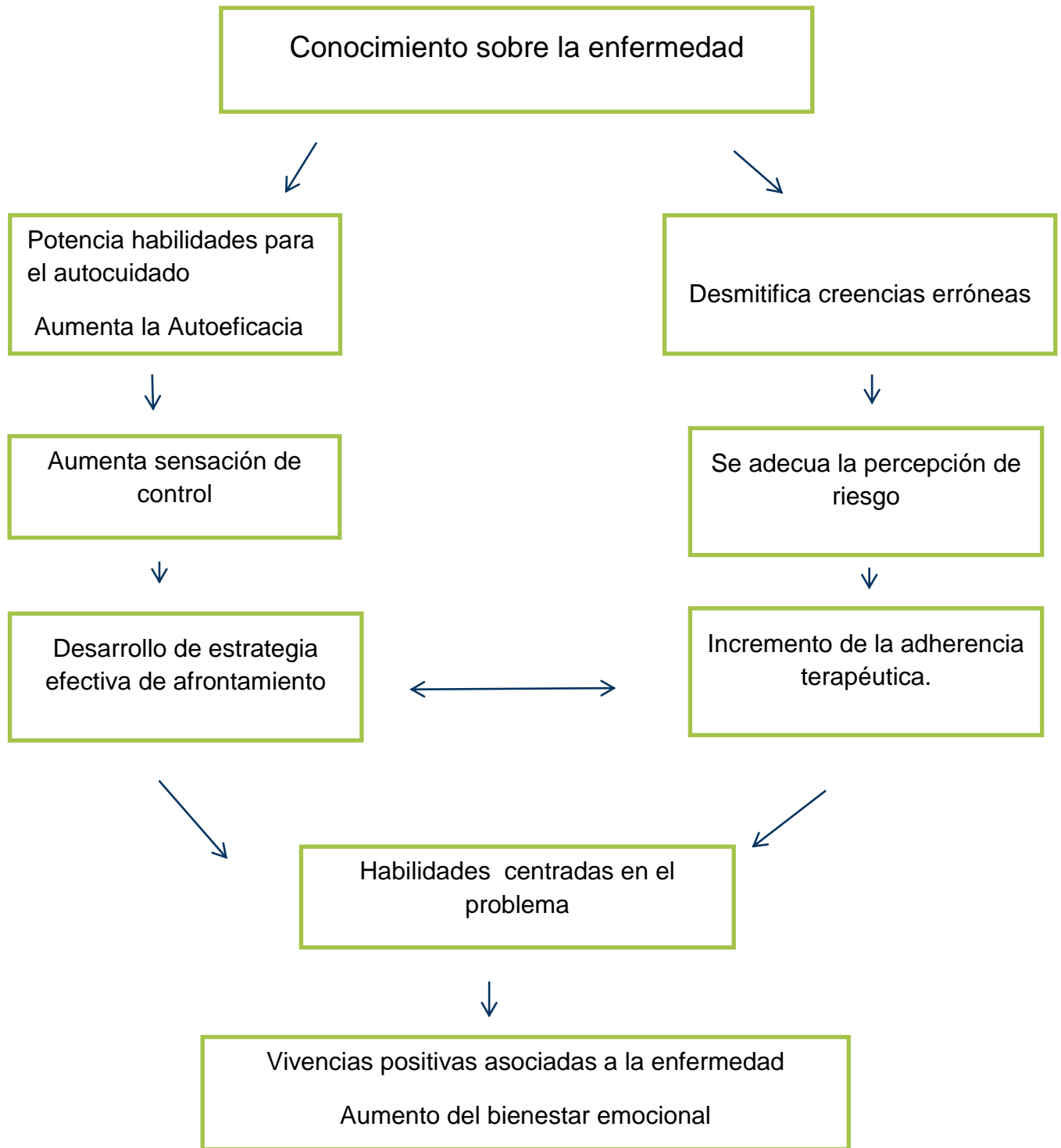
En el segundo módulo orientado a la Educación emocional, se realizan tres sesiones, una de ellas orientada al conocimiento acerca del papel del estrés en la enfermedad, sobre todo se debieran tratar aspectos como las consecuencias de un inadecuada

respuesta al estrés, manejo de las fuentes de estrés y el control ante la vivencia estresante. En las próximas dos sesiones se trabaja sobre la educación en emociones propiamente a partir de la promoción de la autoconciencia emocional, de un adecuado manejo de estados emocionales, expresión de emociones, así como experimentación de las mismas por las pacientes, para lo que se utilizan técnicas informativas, dinámicas grupales, técnicas reflexivo-vivenciales y cognitivas. Como resultado de estas sesiones los pacientes van a estar concientizando la importancia de una adecuada regulación emocional, sensibilizándolos para el logro de un mayor control de las emociones ante la aparición de la fuente de estrés propiciando así una motivación por el programa.

Por otra parte en el módulo de Técnicas cognitivo-conductuales, se realizan cuatro sesiones de trabajo referidas a la significación personal de la enfermedad de los pacientes así como el empleo de estrategias eficaces de afrontamiento donde se desarrollan habilidades en la solución de problemas estimulando un proceso reflexivo en la selección de las estrategias de afrontamiento activas que tomen en consideración las demandas de la situación así como los recursos con que cuenta el individuo para afrontarlas. Se trabaja en este sentido en función de la autoeficacia, y la autoestima.

En estas sesiones se pretende lograr una transformación en la significación que para la persona tiene su enfermedad a partir de la modificación en el sistema de creencias erróneas respecto a la misma. Además se pretende fomentar el espíritu de lucha como estrategia de afrontamiento, para lo que se utilizan fundamentalmente técnicas como la visualización y la reestructuración cognitiva.

DISEÑO LÓGICO DEL PROGRAMA



ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

-Estrategias reflexivo-vivenciales:

Son relevantes en el programa para lograr la autorregulación emocional a partir del empleo de técnicas de reflexión y discusión grupal. Mediante estas se estimula la participación reflexiva del paciente y se estimulan aprendizajes desde la vivencia que se da en el grupo.

- Discusiones grupales.
- Técnicas psicodramáticas

-Estrategias informativas:

Las estrategias de afrontamiento al estrés, va a estar condicionadas en buena medida por el nivel de información que un paciente tiene con relación a su enfermedad. Una adecuación del nivel de información, se asocia no solo a un aumento en la percepción de control en la persona, sino que además ayuda a eliminar las creencias erróneas o mitos que pueden estar influyendo negativamente en la vivencia patológica, a partir de la disminución de la adherencia terapéutica del paciente, dificultades en la relación médico- paciente y el manejo de síntomas clínicos. Se persigue aquí aumentar y adecuar el nivel de información que tienen los pacientes sobre variables relacionadas con su enfermedad, tales como: factores de riesgo, síntomas, necesidad de cumplir el tratamiento.

- Discusiones grupales.
- Video educativo.
- Trípticos informativos.
- Multimedia

-Estrategias cognitivas:

Las técnicas cognitivas buscan modificar los significados personales que tiene para la persona la situación estresante. Estos significados median en la estrategia de afrontamiento empleada así como en la respuesta emocional.

- Técnica de reestructuración cognitiva
- Técnicas de asertividad.

-Estrategias de desactivación fisiológica:

Como objetivo de estas estrategias, se comparte que persiguen reducir el nivel de desactivación psicofisiológico del paciente y consecuentemente estimular el bienestar emocional. Resulta un aprendizaje complejo en el que el individuo toma parte activa en el diseño de su entrenamiento en relajación, personalizándolo, aunque manteniendo los aspectos básicos definitorios de dichas técnicas. En este caso se emplean las siguientes:

- Ejercicios de respiración: Se centran en el control de la respiración diafragmática como estrategia de desactivación fisiológica.
- Técnicas de visualización: Constituyen un procedimiento de imaginación mental en el que a través de metáforas investigativas se provoca una desactivación psicofisiológica.

SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se propone realizar una evaluación inicial, antes de la implementación del programa que implica un diagnóstico psicológico de las pacientes, realizado a partir de la aplicación de pruebas psicológicas que derivarán en resultados, debiéndose tomar en cuenta los mismos para el proceso de implementación del programa.

Durante el proceso de implementación, se pudieran estar realizando estudios de caso o asignación de tareas a desarrollar en el hogar y su posterior evaluación para identificar en qué medida el paciente ha logrado aprendizajes significativos y como los aplica en la cotidianidad.

Además se considera necesario llevar a cabo una evaluación después de la implementación del programa en función de evaluar el impacto producido en los pacientes. Es recomendable utilizar las técnicas empleadas en la evaluación inicial o al menos similar a estas.

Conclusiones

CONCLUSIONES

- La investigación permitió identificar que en el Área de Salud “Chiqui Gómez Lubián”, no resulta suficiente la atención psicológica que desde un referente psicoeducativo se les brinda a las pacientes con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Se aprecian como debilidades fundamentales para asistir a estas mujeres, el manejo inadecuado de la psicoeducación desde el punto de vista teórico y metodológico, la insuficiente preparación en el área de la psicooncología para enfrentar esta tarea, así como limitaciones en la disponibilidad y empleo de recursos de apoyo. Constituye la fortaleza principal, la motivación por la superación en esta área.
- En el criterio de profesionales se constató un predominio en la aceptación de la propuesta del concepto de Psicoeducación, fundamentando una perspectiva amplia e integradora.
- Los especialistas consultados consideran necesario, en la elaboración de una propuesta de programa psicoeducativo para potenciar el afrontamiento en mujeres que se encuentran en intervalo libre de enfermedad, tener en cuenta aspectos como: autoimagen, autoestima, autoconocimiento, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, proyección futura, aceptación de la enfermedad, apoyo familiar y relaciones de pareja.
- Los resultados obtenidos en el juicio de especialistas y en el diagnóstico de necesidades de los psicólogos pertenecientes al “Chiqui Gómez Lubián”, permitió establecer las bases constituyentes de la propuesta de un programa psicoeducativo dirigido a potenciar el afrontamiento de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

-Continuar la línea de investigación, profundizando en el diseño del Programa Psicoeducativo propuesto y en la evaluación del mismo por parte del juicio de especialistas.

-Informar los resultados obtenidos a los profesionales que atienden este tipo de pacientes, con el objetivo de contribuir a la implementación de la propuesta del programa orientado a la atención de mujeres con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad.

- Elaborar una guía psicoeducativa dirigida a propiciar el autocuidado en el proceso de rehabilitación integral del paciente superviviente con cáncer de mama.

*Referencias
Bibliográficas*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. (2012). *Después del diagnóstico una guía para pacientes y sus familias*. Recuperado de <http://www.cancer.org/1800.ACS.2345>.
- American Society of Clinical Oncology. (2012). *Sobrevivencia al cáncer. Próximos pasos para los pacientes y sus familias*. Recuperado de <http://www.aicr.org/patients-survivors.800-843-8114>
- Antoni, M., Lechner, S., Glück, S. y Carver, CH. (2006). How Stress Management Improves Quality of Life After Treatment for Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1143–1152.
- Arraras, J.I., Illarramendi, J. y Manterola, A. (2007). Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. *Revista de Psicooncología*, 4(3), 367-384.
- Arranz, P. (2008). Diseño y validación de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes Oncohematológicos (CMAE-OH). *Revista de Psicooncología*, 1(5), 7-25.
- Bárcena, A., Prado, A., Gerstenfeld, P. y Pérez, R. (2013). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*.
- 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.
- Barroilhet, S. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Bartolomé, M.J., Trueba, M.A. y Talavera, M.A. (2012). *Información: pacientes y familiares*. Santiago de Compostela, España.
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. y 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.
- Bausela, E. (2009). Intervención Psicosocial y Evaluación de Programas en el Ámbito de la Salud. *Intervención Psicosocial*, 18, (1), 91-92.
- Blasco, T & Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología*, 72, 81-90.

- Bonal, R. (2012). La complejidad de la educación al paciente crónico en la Atención Primaria. *Revista Finlay*, 2(3), 146-157.
- Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud*. España: Editorial Paraninfo.
- Builes, M. V. y 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. y Mongiello, E. (2008). *Uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica*. Recuperado de <http://www.fundacioniccap.org.ar>
- Calviño, M. (2004). *Análisis dinámico del comportamiento*. La Habana: Félix Varela.
- Campos, M. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Psiquis*, (82), 25-44.
- Cappiello, M., Cunningham, R.S., Knobf, M.T. y Erdos, D. (2007). Breast Cancer Survivors: Information and Support After Treatment. *Clinical Nursing Research*, 16, 278-293.
- Cassinda, M. 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. (2012). *Intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico*. (Tesis de Doctorado). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Cimprich, B., Janza, N. y Northouse, L. (2005) Taking charge: a self-management Program for women following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 14, 704–717.
- Compton, M.T. (2007). *Recovery: Patients, Families, Communities*. Recuperado de <http://www.medscape.com>
- 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.
- Contreras, F. (2008). Calidad de Vida, Autoeficacia, Estrategias de Afrontamiento y Adhesión al Tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Psicología y Salud*, 18 (2), 165- 179.

- Costa, G. y Gil, F. (2008). Propuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Revista de Psicooncología*, 5(1), 27-37.
- Cruzado, J. (2010). La formación en Psicooncología. *Revista de Psicooncología*, (1), 9-19.
- De Cáceres, M.L., Ruiz, F., Germá, J.R. y Carlota, C. (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Universidad de Barcelona.
- Di, T. (2009). *Health-related quality of life among breast cancer survivors: Town and country experiences*. (Thesis submitted for the award of Doctor of Philosophy). Queensland University. Australia.
- Die-Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Revista de Psicooncología*, 4(3), 405-415.
- Domínguez, F. (2010). *Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares*. Hospital de Pamplona, España.
- Durá, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología social*, 6(2), 257-271.
- Fernández, E. (2009). *Emociones Positivas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, L. (2003). *Pensando en la personalidad: Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
- Fernández, R. (1996). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Fernández, R. (1997). Personalidad y cáncer: Hans, J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(4), 447-464.
- Ferrero, J., Toledo, M., y 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(1), 87-102.
- Font, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Revista de Psicooncología*, 1(6), 27-42.
- González, D. y Aguilar, K. (2009). *Bases de una estrategia de intervención psicológica en mujeres mastectomizadas dirigida a potenciar la autovaloración*. (Trabajo de Diploma). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.

- González, F., y Mitjans, A. (1992). *La personalidad su educación y desarrollo*. URSS: Progreso.
- González, F. (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. La Habana: Félix Várela.
- González, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 4(2), 225- 243.
- González, M. (2013). *Evaluación de la efectividad de la guía psicoeducativa para la preparación del cuidador principal de adultos con enfermedades oncológicas*. (Trabajo de Diploma). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- González, P. (1997). *Psicología de los grupos. Teoría y Aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Guadarrama, P. (2012). *Dirección y asesoría de la investigación científica*. La Habana: Ciencias Sociales.
- Hernández, E. y Grau, J. (2005). *Psicología de la Salud, fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (Cuarta ed.). México: McGraw Hill.
- Herrera, P. (2003). Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Juárez, G., Mayorga, L., Hurria, A. y Ferrell, B. (2013). Survivorship Education for latina breast cancer survivors: Empowering survivors through education. *Revista de Psicooncología*, 10 (1), 57-68.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lev, E. y Steven, V. (2000). Counseling women with breast cancer using principles developed by Albert Bandura. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36(4), 131-138.
- Link, J. (2008). *Cáncer de mama y Calidad de vida. Guía práctica para conocer los mejores tratamientos y los cuidados que hay que seguir*. Barcelona: Robinbook.
- Londoño, Y.C. (2009). El proceso de adaptación en mujeres con cáncer de mama. *Revista Investigación y Educación en enfermería*, 27(1), 70-77.

- Llorens, S. (2013). *Programas psicoeducativos en el Trastorno Bipolar*. Recuperado de <http://aprendiendopsicologia-sara.blogspot.com/>
- Luis, O. (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.
- Maldonado, J. R. y Arevalo, G. (s.f.). *Psicoeducación en salud. Psicología de la educación para padres y profesionales*. Recuperado de <http://www.psicoPedagogia.com>
- Martín, D. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Revista Psico-USF*, 8(2), 175-182.
- Martínez, M.R., Méndez, C., Ballesteros, B. P. y Javeriana, P. U. (2004). *Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología*. Universidad de Psicología de Bogotá.
- Martínez, P. (2009). Educación sexual en mujeres mastectomizadas. *Nure investigación*, (49), 10-11
- Mendoza, M. (2005). *La oncología en la atención primaria de salud*. Hospital Provincial Docente de Oncología "María Curie", Camagüey.
- Meneses, K., McNees, P. y Loerzel, V. (2007). Transition From Treatment to Survivorship: Effects of a Psychoeducational Intervention on Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Academic Journal Oncology Nursing Foru*, 34(5), 1007.
- Merino, D. (2012). *Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Alicante. España.
- Meza, M. P. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum*, 21(2), 72-80.
- Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial*. (Tesis de Doctorado). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Mols, F. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41, 2613-2619.
- Monereo, CH. (2005). *La Orientación e Intervención Psicoeducativa desde un punto de vista Constructivista*. Universidad Autónoma de Barcelona.

- 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.
- Navarro, E. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Revista de Psicooncología*, 1(7), 127-141.
- Navas, C. (2007). Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 19(1), 84-93.
- Navarrete, N. (2006). *Efectos de la terapia de afrontamiento del estrés cotidiano en pacientes con Lupus*. Universidad de Granada.
- Nodarse, L. (2013). *Estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa en el centro de Atención al Diabético de Villa Clara*. (Trabajo de Diploma). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Núñez, M. (2013). Hablando desde la experiencia: las mujeres cubanas de hoy y el cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2 (39), 63- 68.
- Olivares, J., Rosa, A y Sánchez, J. (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España. *Anuario de Psicología* 31(1), 43-61.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas sanitarias mundiales.
- Páez, M.B. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre las estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Revista de Psicooncología*, 1(4), 75-95.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: Una reflexión ¿fundada? Con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 3-14.
- Perales, V.J. (2008). *Calidad de vida en pacientes supervivientes con cáncer de mama*. (Trabajo de Diploma). Universidad de Bogotá. Colombia.
- Pérez, C. (2009). Propuesta de intervención en pacientes con cáncer de mama en la atención primaria de Salud. *Revista Psicología Científica*, 11(8), 32-44.
- Petrovski, A. V. (1982). *Psicología General*. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación.
- Pulgar, M.A., Garrido, S. y Muela, J.A. (2009). Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Revista de Psicooncología*, 6(1), 167-190.

- Ram, S., Narayanasamy, R. y Barua, 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), 34- 39.
- Richardson, A., Sitzia, J., Brown, V. y Medina J. (2005). *Patients Needs Assessment Tools in Cancer Care: Principles and Practice*. King's College London Robles.
- Robles, H. y Peralta, M.I. (2009). *Programa para el control del estrés*. Granada: Sider.
- Roca, M. (2000). *Psicología Clínica: Una visión general*. La Habana: Félix Varela.
- Rodríguez, J. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*,(5), 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. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Clínica Médica. Condes*, 17(4), 194 – 197.
- Romero, R. (2010). *Cuestionario de creencias, atribuciones y afrontamiento al cáncer*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Valencia. España.
- Roustan, M. (2008). *Estudio observacional de ayuda interactiva en el postratamiento de cáncer de mama: reuniones GAFA*. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rowland, J. H. y Yancik, R. (2006). Cancer Survivorship: The Interface of Aging, Comorbidity, and Quality Care. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(8), 504-505.
- Ruis, N. (2000). Alternativas preventivas en cáncer de mama. *Revista de cancerología*, 46(4), 232-236.
- Sanchez, N., Sirgo, A. y Hollenstein, M. (2005). Preferencias de comunicación y apoyo de pacientes oncológicos españoles. Adaptación del "Measure of Patient's Preferences". *Revista de Psicooncología*, 2(1), 81-90.
- Solana, C.A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Revista de Oncología*, 28(3), 157-163.
- Urquidi, L.E., Montiel, M.M. y Gálvez, M.A. (1999). Ajuste Psicosocial y Afrontamiento en Pacientes con Cáncer de Mama. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(1), 30-36.

- Varela, B. (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Ciencia y Enfermería* (2), 33-40.
- Vázquez, C. (2007). Nuevos horizontes en el tratamiento del cáncer de mama. *Revista de Psicooncología*, 4(3), 229-230.
- Vázquez, C. (2009). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Veloso, A.G., Sperling, C. y Holm, L.V. (2012). *Meeting cancer patients' needs of rehabilitation a patient survey*. University of Southern Denmark.
- Victoria, C.R. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 70-80.
- Wonghongkul, T., Sawasdisingha, P. y Aree, P. (2008). Effect of Educative-Supportive Program on Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Thai J Nurs Res*, 12 (3), 179 – 194.
- Woo, B. y Yeon, S. (2012). Unmet Needs of Breast Cancer Patients Relative to Survival Duration. *Yonsei Med Journal*, 53(1), 118-125.
- Yélamos, C. y Fernández, B. (2006). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Revista de Psicooncología*, 20 (1), 14-21.
- Yi, M. (2007). Informational Needs of Korean Women with Breast Cancer: Cross-Cultural Adaptation of the Toronto Informational Needs Questionnaire of Breast Cancer. *Asian Nursing Research*, 1(3), 176-186.
- Zaldívar, D.F. (2002). *El estrés en directivos. Técnicas para su afrontamiento y reducción. Selección de Lecturas*. La Habana: Félix Varela.
- Zaldívar, D. F. (2007). *La intervención psicológica*. La Habana: Félix Varela.

Anexos

Anexo 1

CARTA DEL CLIENTE DE PROYECTO

La entidad Policlínico Universitario Chiqui Gómez Lusián

Con domicilio en Calle A entre Hospital y Río



Representada por Yandry Gattorno Águila en su
carácter de Director del centro y en el uso de las
facultades que le han sido conferidas declara y conviene en introducir
y generalizar los resultados de la investigación titulada:

Programa Psicoeducativo para el ajuste
psicológico de mujeres sobrevivientes de
Cáncer de mama.

del gerente: Maria Pina Ruiz y Sonay Bautista Jarama
y para que así conste se expide el presente documento en
Santa Clara a los 2 días del mes Mayo
del año 2014.

Firma

Cuño


Dr. Gattorno Águila Yendry
 110376



Anexo 2 Consentimiento informado del Comité de Ética Municipal

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD, SANTA CLARA.

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

AVAL.

A las 12:00 horas del 28 de abril del 2014 se reunió el Comité de Ética de la Investigación de Santa Clara para evaluar el proyecto de Investigación titulado:

“Programa psicoeducativo para el ajuste psicológico de mujeres sobrevivientes con Cáncer de mama.”

presentado por: María Pino León y Danay Bartusé Harrero

Como resultado del análisis y discusión de dicho proyecto, este Comité de Ética acordó:

- Aprobar sin modificaciones.
- Aprobar tras modificaciones propuestas por el CEI
- Que se reelabore y vuelva a presentar a este CEI
- No aprobar

el proyecto, teniendo en cuenta los requisitos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, última versión correspondiente a la 52 Asamblea Médica Mundial celebrada en Edimburgo/ Escocia (2000)

Para que así conste, firma el presente AVAL.



Msc. Lic. Esther Lilia de la Pedraja García
Presidente Comité de Ética de la Investigación.
Municipio Santa Clara

Anexo 3

Entrevista semiestructurada a directivos del centro.

Objetivos:

- Obtener el consentimiento informado para el desarrollo del estudio.
- Presentar los objetivos de la investigación.
- Indagar sobre los antecedentes de investigaciones similares que se hayan hecho o se estén llevando a cabo en el área de salud.

Indicadores:

- Consentimiento informado
- Presentación de objetivos generales de la investigación
- Investigaciones precedentes sobre el tema en la institución
- Solicitar documentos oficiales para su posterior revisión.

Anexo 4

Entrevista semiestructurada a psicólogos que laboran en la consulta de Psicología del centro

Objetivos:

- Presentar los objetivos de la investigación.
- Precisar funciones de las profesionales en la institución.
 - Identificar la concepción de afrontamiento y psicoeducación, que sustenta la labor del centro en relación a las pacientes con cáncer de mama que pertenecen al área de salud.

Indicadores:

- Presentación de los objetivos de la investigación
- Funciones que desempeña en el centro
- Acciones psicoeducativas desde la atención primaria dirigidas a estas pacientes.
- Concepción de afrontamiento y psicoeducación.
- Papel de la psicoeducación en la calidad de vida de estos pacientes.
- Necesidades de la etapa
- Tratamiento sugerido para estas pacientes

Anexo 5

Encuesta a profesionales.

Nombre: _____

Años de experiencia: _____

Nivel de atención donde labora: _____

1. ¿Conoce UD. si en su Unidad asistencial se están llevando a cabo acciones desde el punto de vista psicoeducativo para el afrontamiento de mujeres supervivientes con cáncer de mama?

Sí _____ No _____

2. ¿Cómo evalúa el trabajo que desde el punto de vista psicoeducativo 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 una estrategia psicoeducativa para el afrontamiento del paciente superviviente 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 6

Nombre y apellidos
Categoría Científica

Años de experiencia profesional

A continuación se presenta un cuestionario en el que se le pide su valoración sobre la definición de Psicoeducación. Ud. deberá responder cada una de sus preguntas a partir de su experiencia profesional.

Concepto de Psicoeducación

Proceso interventivo con alcance educativo, que parte del diagnóstico de necesidades que portan los beneficiarios, orientándose hacia la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de los mismos, utilizando como principal arma las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa.

1-Marque con una X su coincidencia con el concepto de psicoeducación ofrecido.

Está usted:

- 1- Totalmente en desacuerdo _____
- 2- Parcialmente de acuerdo _____
- 3- Totalmente de acuerdo _____

1.1 Con independencia de la respuesta justifique su selección.

2-Según su experiencia como profesional qué papel desempeña la psicoeducación en el desarrollo de la personalidad.

3-Si Ud. fuera a realizar una propuesta de intervención psicológica para potenciar el afrontamiento en mujeres con enfermedad oncológica mamaria que aspectos tendría en cuenta.

4-Si desea añadir otras sugerencias respecto a la temática se sugiere expresarlas a continuación.
