



EL SABER DE MIS HIJOS
HARÁ MI GRANDEZA

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

**Intervenciones Psicológicas para el mantenimiento de
comportamientos de adhesión al tratamiento en pacientes con cáncer.
(Rehabilitación y Prevención)**

Memoria de Prácticas Profesionales

Para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

**Elsa Carolina Sabori Acosta
Rosa Nelly Silva Rodríguez**

Dr. Jesús Ernesto Valenzuela Medina
Director de Memoria

M.A. Lidia Díaz Sánchez
Co-Directora

Dr. Raúl Martínez Mir
M.C. Macrina Pineda León
Comité Revisor

Hermosillo, Sonora

Febrero de 2013

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

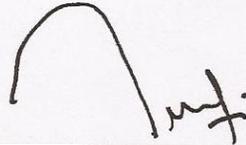
Hermosillo, Sonora, a 4 de Diciembre de 2012

M.A. Abelardo Domínguez Mejía
Jefe de Departamento de Psicología y
Ciencias de la Comunicación
Universidad de Sonora
Presente.-

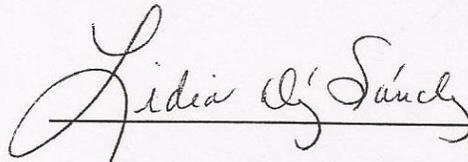
Los abajo suscritos, dictaminadores del trabajo de Memoria de Prácticas Profesionales titulado "*Intervenciones Psicológicas para el mantenimiento de comportamientos de adhesión al tratamiento en pacientes con cáncer*", realizado por los alumnos Elsa Carolina Sabori Acosta y Rosa Nelly Silva Rodríguez con número de expedientes 207214636 y 207215406, que presentan para obtener el grado de Licenciado en Psicología, después de revisar el escrito, manifestamos nuestro acuerdo sobre el mismo, por lo que no tenemos inconveniente en extender la presente aprobación para que se realicen los trámites correspondientes para el examen profesional.

Atentamente

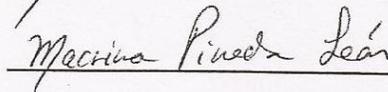
Dr. Ernesto Valenzuela
Asesor Dictaminador Director



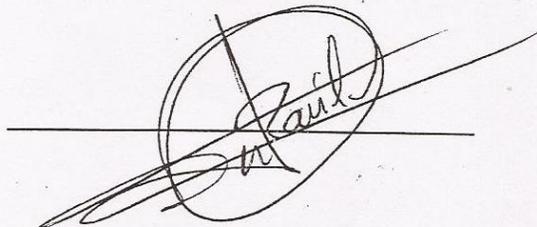
M.A. Lidia Díaz Sánchez
Asesor Dictaminador Co-Directora



M.C. Macrina Pineda León
Asesor Dictaminador



Dr. Raúl Martínez Mir
Asesor Dictaminador Suplente



Agradecimientos

En primer lugar, queremos en esta memoria agradecer a Dios que nos ha conservado con vida, con salud, que nos dio inteligencia, nos ha guiado y cuidado hasta hoy por esto y más le dedicamos este gran logro.

En segundo lugar, hacemos patente nuestro reconocimiento principalmente al Doctor Ernesto Valenzuela Medina y a la Maestra Lidia Díaz Sánchez por la paciencia, por los consejos y el ánimo que nos brindó. Porque han constituido un poderoso estímulo capaz de obligar a nuestra pluma, disponer de nuestra inteligencia, ocupar nuestro tiempo y dedicar el mejor de nuestros esfuerzos en pro del logro de nuestros objetivos.

¡Gracias por haber confiado en nosotras y por la dirección de este trabajo!

En tercer lugar, queremos agradecer a nuestros padres y familia, que nos han conducido por la vida con amor y paciencia; hoy ven forjado un anhelo, una ilusión, un deseo... Gracias por enseñarnos lo que han recogido a su paso por la vida, por compartir nuestras horas grises nuestros momentos felices, ambiciones, sueños e inquietudes. También hacemos patente nuestro reconocimiento a su esfuerzo y apoyo incondicional que nos han brindado en el transcurso de nuestra vida y estudios...

¡Porque hoy recibimos una de sus más valiosas herencias: Nuestra Profesión!

Índice General

1. INTRODUCCIÓN -----	1
2. PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES -----	3
2.1 Objetivos y metas de la practica -----	3
2.2 Objetivos y Metas del programa de Rehabilitacion-----	4
2.3 Objetivos y Metas del programa dePromocion/Prevencion -----	6
2.4 Línea Metodológica-----	7
2.5 Actividades realizadas por los practicantes -----	15
2.6 Actividades programadas para la intervención -----	17
2.7 Soporte Académico del estudiante -----	18
3. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO -----	19
4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA POR FASES -----	23
4.1 Competencias y habilidades profesionales-----	27
4.2 Evaluación de las dificultades -----	30
5. RESULTADOS Y APORTES -----	31
5.1 Análisis general del programa de Rehabilitacion -----	31
5.2 Análisis general del programa dePromocion/Prevencion-----	32
5.3 Análisis de los aportes a la unidad receptora-----	33
5.4 Análisis de los aportes en la formación profesional del estudiante-----	34
5.5 Análisis de los aportes obtenidos de los pacientes de Rehabilitacion-----	35
5.6 Análisis de los aportes obtenidos de los pacientes de Promocion Prevencion-----	38
6. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES -----	41
7. REFERENCIAS -----	43
8. ANEXOS -----	46

1. Introducción

Esta memoria tiene como objeto la exposición de los conocimientos que hemos adquirido en las prácticas que realizamos en la "Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo" en el periodo comprendido entre Agosto-Diciembre de 2011, a razón de diez horas semanales y al amparo del convenio entre la Universidad de Sonora y la unidad receptora para las prácticas de Psicología en Salud. Durante este tiempo hemos consolidado abundante aprendizaje, así como diversificada orientación personal por parte de los profesionales de la Unidad receptora y de los tutores encargados de nuestra práctica.

La institución en la que se trabajó fue la Agrupación George Papanicolaou que tiene como objetivo la prevención del cáncer de mama, cervicouterino y de próstata en toda la comunidad, brindar tratamientos a quienes padecen cualquier tipo de cáncer y no cuentan con recursos económicos ni seguridad social.

El cáncer es una enfermedad que afecta la calidad de vida de los pacientes, debido al número de complicaciones a los que están expuestos, esta problemática exige la investigación de estrategias para la adhesión al tratamiento que prevenga las complicaciones a corto y largo plazo del cáncer y con esto mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Para abordar esta problemática se presentó la propuesta de diseñar, probar y evaluar dos programas de intervención psicológica uno con el objetivo de Rehabilitación para lograr el mantenimiento de los comportamientos de adhesión al tratamiento; brindando apoyo social y otorgar educación sobre cáncer a través de la reestructuración cognitiva, y otros aspectos para motivar el aumento de conductas de adhesión.

El segundo programa tuvo objetivo de promoción de conductas Pro-Saludables para prevenir las complicaciones de la salud en pacientes y/o

personas cercanas, por los efectos secundarios del tratamiento (quimioterapia), por medio de una transferencia de información sobre riesgos.

El trabajo se realizó con el enfoque sistemático para la planificación de sistemas educativos del modelo de Kaufman, (1990). Las intervenciones propuestas fueron con modalidad grupal-abierto y de forma directa, el programa de rehabilitación constó de seis sesiones de dos horas cada una, el programa de promoción/prevención tuvo una duración de dos sesiones de dos horas c/u, estos se realizaron dentro de las instalaciones de la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo.

En este documento se presentan evidencias de la efectividad de los programas, consistentes en observaciones de campo y testimonios de los participantes.

Un reto importante para las practicantes fue el aportar un ambiente humano durante las intervenciones que proporcionará confianza, compañerismo y apoyo social entre los pacientes con el objetivo de disminuir el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación, ya que, el no tener una red de apoyo social, puede favorecer a que se presenten éstas, por lo contrario el apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad (Ashing, Kagawa, Padilla, Tejero, Hsiao, Chhabra, 2004).

Otro reto fue el realizar una intervención multi-componente en donde se incluyeran los factores de riesgo que afectan a la adhesión al tratamiento, como son: las ideas irracionales, la escasa información sobre la enfermedad, la desmotivación y el enfrentamiento inefectivo en las situaciones vinculadas al estrés que enfrentan los pacientes, el propósito fue siempre que estos factores fuesen incluidos de manera integral con las variables del modelo explicativo en que se basó la intervención, este fue el Modelo Psicológico de Adhesión al Tratamiento en Personas con VIH de Piña y Sánchez (2007), los programas orientados a incrementar los niveles de Adhesión en la enfermedad crónica

cumplen generalmente condiciones de ser multi-componentes (Amigo, Fernández & Pérez, 1998; Cáceres, 2004; Lyngcoln et al., 2005; Samper & Ballesteros, 1999).

2. Programa de Prácticas Profesionales

2.1 Objetivos y metas de la práctica profesional

General

Se propuso a la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo dos intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con cáncer, que asisten al albergue de la misma, con la finalidad de proveer herramientas para el aumento de la frecuencia de sus comportamientos de adhesión a los usuarios del servicio de salud y la promoción de conductas saludables.

Los Objetivos Específicos fueron:

- Ofrecer dos intervenciones psicológicas a los pacientes, basada en competencias, en técnicas de reducción del estrés y en motivación para el mantenimiento de comportamientos de adhesión al tratamiento.
- Sensibilizar a las psicólogas de la institución para que participen como agentes informantes y técnicos en la aplicación de intervenciones dirigidas a los usuarios.

Las Metas fueron:

- Que la Agrupación George Papanicolaou, cuente con un programa de rehabilitación en adhesión al tratamiento al finalizar la intervención.
- Que la Agrupación George Papanicolaou, cuente con un programa de promoción en conductas pro-saludables al finalizar la intervención.
- Planear el establecimiento de fases y el planteamiento de las acciones para llevarlas a cabo, a partir del 15 de Agosto al 9 de Septiembre 2011.
- Organizar y programar la elaboración de objetivos generales y específicos así como la elaboración de metas del programa a partir del 19 de Septiembre al 28 de Octubre 2011.

- Poner en marcha el producto de sesiones conforme al régimen descrito en los criterios éticos y deontológicos, aplicando métodos y procedimientos para la evaluación de proceso a partir del 31 de Octubre al 01 de Diciembre 2011.
- Elaborar el reporte académico y ejecutivo en los que se plasmará por escrito todo lo relacionado con la intervención de manera sistemática a partir del 01 de diciembre al 09 de diciembre.

2.2 Objetivos y Metas del programa de Rehabilitación

El programa llevo por nombre “Cuidarte es tu Responsabilidad”, realizado por estudiantes de psicología de la Universidad de Sonora para pacientes con cáncer con tratamiento clínico en la Agrupación George Papanicolaou en el mes de Noviembre de 2011. Se establecieron los siguientes objetivos necesarios para el desarrollo del programa.

General: Los participantes, valoren de manera coherente, por medio de una transferencia de información pertinente sobre el cáncer, situaciones vinculadas con el estrés y aspectos que motiven el aumento de la frecuencia en comportamientos que les permitan cumplir de modo eficiente su adhesión al tratamiento, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud.

- Meta: Fomentar dentro del programa un ambiente de confianza y solidario entre los pacientes para propiciar una mejora en sus comportamientos de adhesión al término del programa de intervención.

Los objetivos Específicos fueron los siguientes:

Los usuarios identificarán en su caso individual, por medio de información pertinente del cáncer, la alimentación, ejercicios físicos y la práctica de relajación por respiración profunda, necesarios para la mejora de sus comportamientos de adhesión.

Metas:

- Los usuarios adquirirán aprendizaje sobre el cáncer, en temáticas como concepto, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad al término de la primera sesión.
- Los usuarios expresarán su testimonio en el proceso de la detección y diagnóstico de cáncer, de manera verbalizada, en un círculo de conversación
- Los usuarios explicarán los efectos negativos y positivos que han experimentado en el tratamiento, de manera escrita y grupal sin error en el transcurso de la primera sesión.
- Los usuarios identificarán los alimentos sanos y los no sanos dentro de un círculo de conversación y aprenderán los efectos de la alimentación en las células cancerígenas en el transcurso de la segunda sesión.
- Los usuarios practicarán efectivamente, por medio de un entrenamiento básico de calentamiento para el organismo, al término de la segunda sesión.
- Los usuarios aplicarán efectivamente la técnica de relajación por respiración profunda, al término de la segunda sesión.

Los usuarios interpretarán de manera congruente las ideas irracionales, en situaciones vinculadas al estrés relacionadas con el cáncer, por medio de la orientación de la Terapia Racional Emotiva.

Metas:

- Los usuarios identificarán las diferencias entre lo racional y lo irracional en sus vivencias personales en el proceso de la tercera sesión.
- Los usuarios explicarán sus situaciones de estrés relacionadas con el cáncer y las posibles ideas irracionales en el transcurso de la tercera sesión.
- Los usuarios valorarán las consecuencias en la salud por ideas irracionales en situaciones de estrés al término de la tercera sesión.
- Los usuarios apreciarán una nueva filosofía de sus ideas irracionales sobre cáncer, en el transcurso de la cuarta sesión.

Los usuarios valorarán de manera coherente los motivos por los cuales adherirse al tratamiento clínico, por medio de la motivación situacional.

Metas

- Los usuarios evaluarán los motivos por los cuales adherirse al tratamiento así como los motivos para abandonar el tratamiento al transcurso de la quinta sesión.
- Los usuarios especificarán los motivos más convenientes para enfrentar la enfermedad de cáncer al transcurso de la quinta sesión.
- Los usuarios expresarán su plan de vida, como motivo para adherirse al tratamiento clínico al término de la quinta sesión.
- Los usuarios interpretarán los testimonios de mujeres sobrevivientes al cáncer, estableciendo los motivos por los cuales lo lograron al término de la quinta sesión.
- Los usuarios valorarán la dedicación del tiempo al tratamiento como requisito para un mejor resultado de salud, al transcurso de la sexta sesión.
- Los usuarios apreciarán la convivencia del grupo de apoyo, mencionando sus cualidades en el transcurso de la sexta sesión.
- Los usuarios convivirán con sus compañeros y psicólogas, en un almuerzo breve, para reflexionar sobre lo visto en toda la intervención al término de la sexta sesión.

2.3 Objetivos y Metas del programa de Promoción/Prevención

El programa llevo por nombre “Higiene por ti y por mi”, realizado por estudiantes de psicología de la Universidad de Sonora para pacientes con cáncer con tratamiento clínico en la Clínica Agrupación George Papanicolaou en el mes de Noviembre de 2011.

Se establecieron los siguientes objetivos necesarios para el desarrollo del programa.

General:

Que los usuarios, identifiquen de manera diferenciada, por medio de una transferencia de información pertinente del tratamiento de cáncer, las conductas higiénicas 48 horas posteriores al tratamiento, que les permita disminuir los riesgos de complicaciones en la salud.

Específicos:

Los usuarios nombraran las conductas higiénicas, de manera diferenciada, sin error, por medio de información pertinente del tratamiento.

Los usuarios ejecutaran de manera efectiva, sin error, las conductas higiénicas, por medio de un entrenamiento.

Metas

Que los usuarios adquieran información efectiva sobre el riesgo de no realizar conductas higiénicas, sin error, por medio de un cuestionario al término de la primera sesión.

Que los usuarios identifiquen conductas higiénicos, dentro de la institución, por medio de carteles informativos en lugares estratégicos, a lo largo de la intervención.

Que los usuarios ejecuten las conductas higiénicas, por medio de un auto-registro, durante cuatro días posteriores a la intervención.

2.4 Línea Metodológica

El Modelo explicativo del fenómeno de adhesión permite comprender el cómo se realizó la intervención, para ello utilizamos el Modelo Psicológico de Adhesión al Tratamiento para personas con VIH de Piña y Sánchez Sosa (2007), el cual fue adecuado para personas con Cáncer, que por la similitud de la cronicidad de las enfermedades no hubieron grandes modificaciones.

Este modelo fue desarrollado con base en la propuesta interconductual de campo de Kantor (1959) del Modelo de Salud Biológica de Ribes (1990). Es un modelo interactivo y funcional en el que se reconoce que los factores biológicos se presentan a partir de las reacciones integradas a la actividad de la persona, en tanto los factores sociales caracterizan a éstas en su interrelación con el medio, con base en su historia psicológica (figura 1). El supuesto del que parte este modelo es que la practica consistente y eficiente de las conductas de adhesión podrá verse afectada por la interacción de un conjunto de variables psicológicas y biológicas (de proceso y resultados) que interactúan a lo largo de cuatro fases.

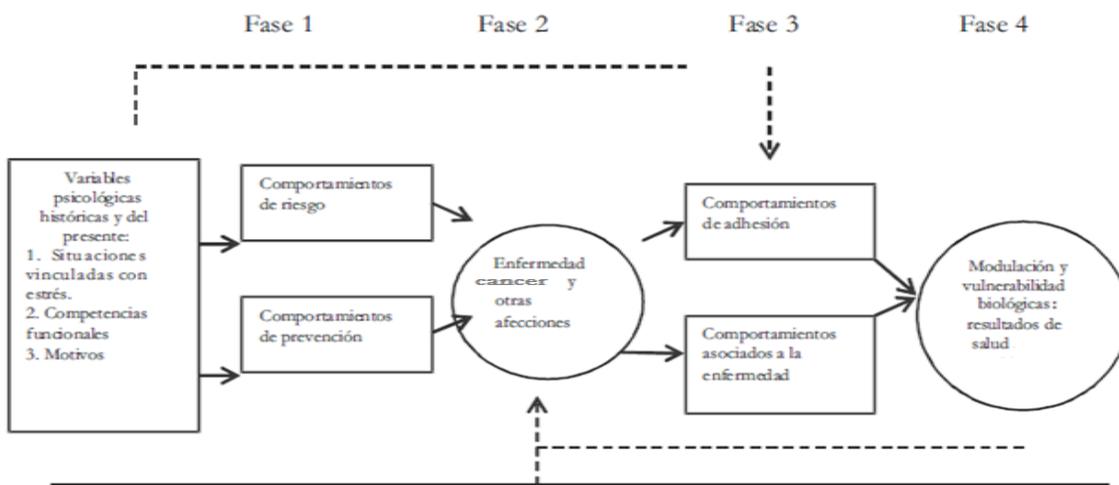


Figura 1. Representación Conceptual del Modelo Psicológico de Adhesión al Tratamiento en Personas con cáncer.

En la primera fase se encuentran tres variables psicológicas históricas, la primera, situaciones vinculadas con el estrés, tiene que ver con el fenómeno de la personalidad en su modalidad. Estas se definen como todos aquellos eventos, circunstancias de la vida cotidiana o ambos que se relacionan con la propia enfermedad y el tratamiento (Sánchez Sosa, Fierros, Robles y Piña, 2011), las seis situaciones o estilos en cuestión son las siguientes: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, tendencia al riesgo, impulsividad/no-impulsividad y reducción de conflicto. Constituyen situaciones que pueden afectar de manera directa a las personas con cáncer, propiciando estados de estrés transitorios o relativamente permanentes que de manera eventual dificultarían su ajuste psicológico a la enfermedad y al tratamiento como tal. La segunda variable, competencias conductuales pasadas, supone hacer referencia a los recursos de que se dispone y que antes han probado ser eficientes, (Sánchez Sosa, Fierros, Robles y Piña, 2011) respecto de otras enfermedades. Ser competente, para ser una persona diagnosticada con cáncer, implicaría saber antes del diagnóstico de la enfermedad: qué es el cáncer, que tipo de cáncer padece; cuales son las causas del cáncer; cómo se puede evitar el cáncer, es decir, qué comportamientos son pertinentes –por ejemplo, evitar alimentos altos en grasa o realizar ejercicio frecuentemente. Una vez diagnosticada la enfermedad, ser competente supondría, entre otros conocimientos: saber cuáles son los estadios del cáncer; qué tratamientos existen, cada cuanto se proporciona; cual es el requerimiento para tomar el tratamiento; cómo funcionan estos tratamientos sobre las funciones del organismo, en particular, sobre el sistema celular; qué efectos secundarios producen y cómo hay que atacarlos; por qué es importante evitar el consumo de determinados alimentos o de sustancias como alcohol o drogas; en qué consisten la resistencia, etc. La tercera variable, motivos, que se definen como inclinaciones o propensiones a comportarse de determinada manera en situaciones en donde existen consecuencias socialmente valoradas, decir que una persona con cáncer se encuentra motivada para practicar comportamiento de adhesión al tratamiento de quimioterapia, supone que no sólo

es competente –sabe hacer las cosas-, sino que adicionalmente quiere hacerlas porque es oportuno y pertinente (Ribes, 2005).

Por su parte, en la fase dos, y una vez practicadas las conductas instrumentales de riesgo se tiene la presencia del diagnóstico de Cáncer, es decir ya diagnosticado, dependiendo de si se practican o no los comportamientos de adhesión propias de la fase tres, la probabilidad de que se generen efectos directos sobre el funcionamiento biológico del organismo y que se facilite el acaecimiento de otras patologías serán menores o mayores, (Sánchez Sosa, Fierros, Robles y Piña, 2011).

Así mismo, en la fase tres, dos tipos de comportamientos que corresponden a las de adhesión y a las asociadas a la enfermedad. Los primeros constituyen conductas instrumentales, en tanto que su ejercicio sirve como “instrumento que coadyuvarían mantener estables las funciones biológicas del organismo y proporcionara el ajuste psicológico a las demandas que imponen en la enfermedad, son así mismo y de acuerdo con los supuestos del modelo teórico conductas que se pueden ver afectadas en su ejercicio por las variables disposicionales históricas de la fase uno (situaciones vinculadas con estrés, competencias conductuales pasadas y motivos), pero también por las conductas asociadas a la enfermedad que tradicionalmente se enmarcan en los rubros de depresión, ansiedad, ira, coraje, impulsividad y otros (Sánchez Sosa, Fierros, Robles y Piña, 2011).

Finalmente, en la fase cuatro se incluyen la modulación y vulnerabilidad biológicas y los resultados de salud que darían cuenta de una menor o una mayor probabilidad de mantener la salud o de desarrollar otras patologías resultantes, como por ejemplo El síndrome de compresión de la médula espinal, El síndrome de la vena cava superior, entre otros, siendo estas complicaciones específicas del cáncer, que se insertarían en la fase dos.

Este modelo fue de gran utilidad, para el programa de rehabilitación dado que objetivo de esta intervención fue abarcar las tres variables psicológicas

históricas y del presente de la fase uno y aplicarlas en la fase tres, ya que los pacientes se encuentran diagnosticados y vulnerables a realizar los comportamientos de adhesión o los asociados a la enfermedad.

En primer lugar, la variable de competencia funcional se abarcó por medio de educación del cáncer que fue basada en la taxonomía funcional de Ribes y López (1985) en el nivel contextual se abordara el tema de concepto del cáncer, en el nivel suplementario se abordara el tema de tipos de cáncer, a nivel selector se explicara los temas de causas del cáncer, como evitar cáncer y los comportamientos pertinentes, en el nivel sustitutivo referencial se abordararan los temas de tratamiento, tiempo de tratamiento, requerimientos del tratamiento, función y efectos secundarios del tratamiento en el organismo, y por último en el nivel Sustitutivo no Referencial se explicaran los temas de como atacar los efectos secundarios del tratamiento, importancia de la alimentación y ejercicio físico saludable y en qué consiste la resistencia.

En segundo lugar, la variable situaciones vinculadas con el estrés, hace referencia a su definición que es la evaluación que las personas hacen de la situación; en otras palabras no solo hay sobre-activación biológica del organismo sino que también se hace una valoración cognoscitiva. Por lo tanto el estrés es un proceso que involucra características personales, la forma en que la evalúan las posibles amenazas o estresores y los recursos personales que disponen para hacerles frente (Lazarus, 2000). Las situaciones estresantes o estresores son acontecimientos emocionales intensos; también se conocen como sucesos o eventos vitales que se refieren a circunstancias que requieren un ajuste por parte de las personas debido a cambios en su entorno (Peñacoba y Moreno, 1999), Los sucesos vitales son considerados habitualmente, como acontecimientos no planificados o imprevistos perjudiciales tanto física como psicológicamente.

Para las personas que viven con cáncer, aprender a manejar las situaciones que generan estrés pueden disminuir la negación y la depresión, además de facilitar la práctica de comportamiento de adhesión a los tratamientos médicos (Schneiderman y otros., 1998), ya que no es posible evitar que las

personas con cáncer vivan situaciones vinculadas al estrés, es necesario modificar la valoración que hace la persona de la situación, así como fortalecer los mecanismos de afrontamiento al estrés en las personas que viven con cáncer, es por ello que dentro del programa se ofreció la Reestructuración Cognitiva (RC), como alternativa para lograr este objetivo.

La RC, consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Beck, 1976). Esta fue la base del entrenamiento en modificación de la evaluación de las situaciones estresoras.

En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis, terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña técnicas conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989). Ha sido frecuente hablar de las denominadas terapias de reestructuración cognitiva, dentro de las que se incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck (Bados, 2008; Carrasco, 1995; Carrasco y Espinar, 2008).

El proceso de la terapia racional emotiva es cuando el paciente descubre un procedimiento para identificar ideas irracionales y se capacita para modificarlas (Ellis, 1980). Dentro del programa; constó de cuatro fases, 1) la explicación del esquema A-B-C al cliente, es decir, como las personas crean y destruyen sus perturbaciones. 2) la detección de las ideas irracionales. 3) el debate, distinción y discusión de las creencias irracionales y 4) la consecución de un nuevo efecto o filosofía.

En tercer lugar, la motivación es un concepto relativo a gustos y preferencias, su definición se plantea en función de las circunstancias en las que

hacer o comportarse de determinada manera es evaluado como oportuno y pertinente, siempre y cuando una persona quiera hacer las cosas o practicar diferentes comportamientos (Ribes, 2005).

La motivación fue abordada por la Teoría de la Atribución, esta se encuentra dentro de la categoría de teorías de motivación al logro, ya que está presenta un fuerte interés en el desarrollo de la motivación y en cómo esta afecta la conducta del hombre (Murray, 1992 en Hernández, 2002). La teoría descansa en tres premisas, (Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Walins y Weiner, 1972); en primer lugar supone que tratamos de determinar las causas de nuestra conducta y de la ajena, es decir; muchos piensan que nos sentimos motivados a buscar información con el fin de hacer atribuciones referentes a las relaciones causales. La segunda premisa es que las causas no se asignan a la conducta en forma aleatoria, es decir, que hay reglas que explican cómo llegamos a las conclusiones concernientes a la causa de la conducta. La tercera y última premisa de las teorías de la atribución, es que las causas atribuidas a algunas conductas influirán en las subsecuentes conductas emocionales y no emocionales, es decir, las atribuciones activan otros motivos. En resumen, las teorías de la atribución postulan que nos sentimos motivados para interpretar el ambiente donde estamos inmersos. El entorno abarca a las personas con quienes tratamos y las situaciones ocurren están interacciones, cuando reunimos suficiente información, la procesamos cognoscitivamente atendiendo a reglas bastante fijas y tomamos decisiones con respecto a la relación entre dos hechos (Hernández, 2002).

La Teoría de la Covariación de Kelley (1972,1973) él estaba convencido de la necesidad de controlar el ambiente en el que vivimos. Según Kelley cuando hacemos una atribución acerca de los eventos, elegimos la explicación que “mejor concuerde” con las observaciones, ya se trate de atribuciones sobre nuestra conducta, o ya se trate de conductas ajenas. Kelley describió tres dimensiones de la conducta que nos ayudan a decidir que atribución hacer. La primera es la distintividad, la cual indica hasta qué punto la conducta es única. En igualdad de

condiciones, las conductas poco distintivas dan origen a atribuciones disposicionales en cambio las conductas muy distintivas producen atribuciones situacionales. Un ejemplo en pacientes con cáncer sería ¿si las pacientes toman el tratamiento prescrito por los beneficios que ofrece? Si la respuesta es afirmativa, su conducta es poca distintiva (las pacientes son fáciles de convencer), pero si la respuesta es negativa su conducta es muy distintiva (las pacientes no se convencen fácilmente). La segunda dimensión es el consenso, ósea que analizamos la conducta que otros que se hallen en la misma situación. Si sabemos que son pocas personas es poco consenso y estaremos tentados a hacer una atribución disposicionales. Si muchas personas el consenso será considerable y esto nos impulsara a hacer una atribución situacional. Siguiendo con el ejemplo anterior, si existe en alto consenso de personas que asisten a la toma del tratamiento para cáncer esto será una atribución situacional, pero si poco consenso de toma del tratamiento esto será una atribución disposicional. La tercera dimensión es la congruencia, ósea la frecuencia con que el actor realiza la conducta en cuestión. Siguiendo el mismo ejemplo, si las pacientes llevan mucho tiempo invirtiendo en su tratamiento La conducta tendrá mucha congruencia, estas conductas estimulan atribuciones disposicionales o situacionales, si las pacientes solo toman el tratamiento una vez la conducta tendrá poca congruencia y en igualdad de circunstancias seguramente la atribución será situacional. Dado que las tres dimensiones de Kelley ofrecen dos resultados posibles (mucho y poco) hay ocho escenarios ($2 \times 2 \times 2 = 8$) que combinan distintividad, congruencia y consenso.

Tomando en cuenta esta diferenciación se tomó la decisión de proporcionar herramientas a los pacientes por medio de tres acciones: 1) Explicando el cuidado que deben tener en los comportamientos de adhesión en beneficio de su salud, 2) Mostrando datos estadísticos reales de pacientes adherentes que se han visto beneficiados por sus comportamientos de adhesión, 3) Mencionando la importancia de completar su tratamiento a largo plazo.

Del mismo modo este modelo también fue utilizado para la elaboración del programa promoción prevención dado que el objetivo fue desarrollar competencias funcionales para esto se propuso la intervención con la finalidad de aumentar y fomentar los comportamientos de adhesión al tratamiento en pacientes con cáncer, específicamente en conductas pro-saludables. Según la taxonomía de intervención profesional del psicólogo el programa, tuvo como objetivo la prevención, que se refiere a las acciones para evitar y minimizar problemas o condiciones nocivas, como es el caso de lesiones en la piel, defectos congénitos entre otros a causa del efecto del tratamiento clínico, la forma de intervención fue directa ya que se trabajo con las personas de riesgo, la modalidad fue grupal, puesto que las condiciones en que se presentaron los usuarios así lo dispuso y por último el nivel de intervención fue el de asesoría y orientación, puesto que se pretendió proporcionar información y educación tendiente a la comprensión de factores que coadyuven a la prevención.

Como síntesis del marco conceptual, se presenta (tabla 1), Las teorías en las que se basaron las dos estrategias de intervención.

Variables Psicológicas abarcadas	Teoría	Porque
Competencia Funcional	Taxonomía funcional de Ribes y López (1985).	Los niveles de esta teoría van dirigidos de lo más simple a lo más complejo, lo que le da un orden al aprendizaje y hace competente a las personas.
Situaciones Vinculadas al estrés	Reestructuración Cognitiva (RC) (Beck,1976) por medio de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1980).	Modifica la valoración de las situaciones vinculadas al estrés que viven las personas.
Motivos	Teoría de la Covariación (Kelley, 1972).	Selecciona la atribución de los eventos del medio, lo que motiva a realizar conductas.

Tabla 1: Teorías abarcadas en las intervenciones.

2.5 Actividades realizadas por los practicantes

Durante el periodo de intervención las actividades principales que los practicantes realizaron fueron:

- presentarse como profesional de psicología, así también presentar el objetivo general del programa a los usuarios.
- Informar detalladamente a los usuarios de circunstancias, factores y efectos, que se relacionan con su comportamiento, con el objetivo de desarrollar las competencias funcionales necesarias para aumentar la frecuencia de comportamientos de adhesión.
- Auspiciar, consistió en crear las condiciones necesarias para que se presente una interacción abierta a las emociones y sentimientos que los usuarios tienen hacia el Cáncer.
- Entrenar, tuvo que ver con ejercitar al usuario en las conductas específicas, por ejemplo en el entrenamiento de relajación por relajación profunda y en la reestructuración cognitiva.

A continuación se presenta (Figura 2) un diagrama ilustrativo de cómo se trabajó durante el periodo de prácticas.

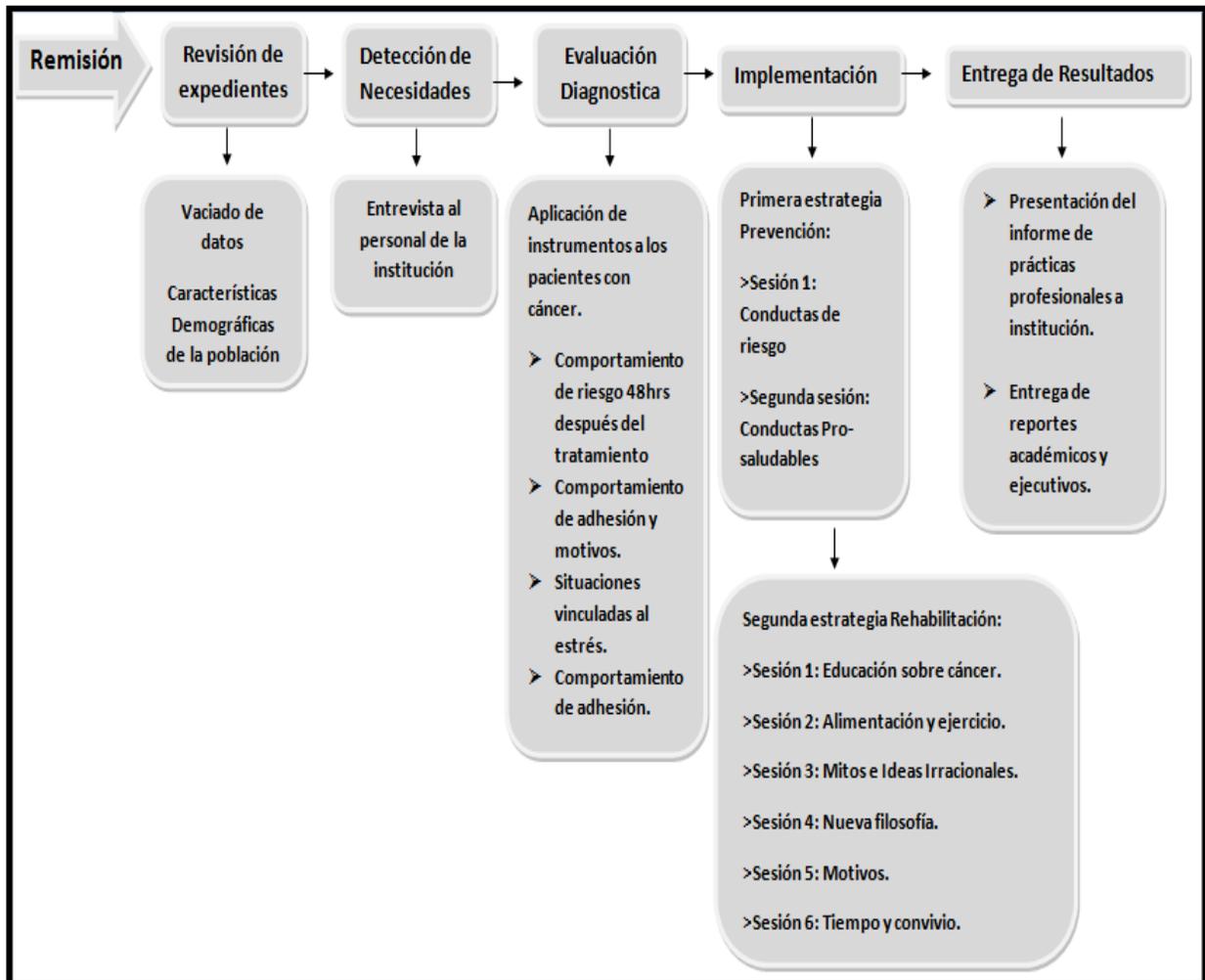


Figura 2: Diagrama ilustrativo del trabajo de práctica.

2.6 Actividades programadas para la intervención

La calendarización se llevó a cabo la intervenciones, las cual constaron de cuatro semanas en las que se programó 8 sesiones de dos horas cada una (Figura 3).



Figura 3: Calendarización de las intervenciones.

2.7 Soporte Académico del estudiante

Los días de trabajo y actividades realizadas durante el periodo de prácticas dentro de la Universidad de Sonora, permitió dar el soporte para la solución de la problemática con una óptima intervención, por medio de colegiados, tutorías y

asesorías en clase, en donde se analizó temas pertinentes, se presentó avances y se atendió a cada caso individual y grupalmente (tabla 2).

Colegiados	Tutorías	Asesoría en clase
Del 12 al 16 de septiembre 1er colegiado: Identificación y Diagnostico	Entre 22 de agosto al 9 de septiembre: 1ra y 2do Asesoría Individual para la elaboración del diagnostico	19, 26 de septiembre y 3 de octubre: asesoría grupal en salón de clases, se vieron temas en relación a la elaboración de programas.
Del 10 al 14 de Octubre 2do Colegiado: Elaboración del programa	Entre el 19 de septiembre al 7 de Octubre: 3ra y 4ta Asesoría Elaboración del programa	17, 24, 31 de octubre, 7 y 14 de noviembre: se vieron temas sobre la aplicación de programas.
Del 21 al 25 de Noviembre 3er Colegiado: Resultados	Del 17 de Octubre al 18 de Noviembre: 5ta, 6ta y 7ma Asesoría Puesta en Marcha	28 de noviembre y 5 de diciembre: se vieron temas sobre interpretación de los resultados
26 de Enero 4to Colegiado: Informe de resultados a Institución.	19 de enero: asesoría para presentación de resultados en institución.	

Tabla 2: Fechas del soporte académico.

3. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

El locus, el escenario institucional y los recursos humanos en que se desarrollo la práctica, fue el siguiente:

- a) El entorno donde se ubica la unidad receptora: Agrupación George Papanicolaou se encuentra dentro de la zona urbana del municipio de Hermosillo, Sonora. Con la siguiente dirección: Olivares S/N entre camelia y Blvd. Las Torres, Col. Luís Encinas.
- b) El tipo de unidad receptora es una institución privada con fines no lucrativos. Aída Isibasi de Hodgers, Fundadora de Agrupación George Papanicolaou, A. C. El 17 de octubre de 1984, se constituye esta Institución, está tuvo como objetivos iniciales, Fundar un banco de medicamentos oncológicos, construir un albergue para pacientes foráneos y dotar a Hermosillo de una unidad de radioterapia lo cual hasta ahora sigue su función.
- c) La característica principal de la unidad receptora es la prevención del cáncer de mama, cervicouterino y de próstata a toda la comunidad y brindar tratamientos a quienes padecen cualquier tipo de cáncer y no cuentan con recursos económicos ni seguridad social y su misión es disminuir la incidencia y prevalencia del cáncer en la comunidad, a través de programas de prevención y apoyo con tratamientos oncológicos a personas de escasos recursos y sin seguridad social, fortaleciendo con ello nuestro crecimiento personal y espiritual y así lograr que las nuevas generaciones gocen de una mejor calidad de vida. Para ello cuentan con los siguientes programas: Pláticas a la Comunidad, Módulo de detección oportuna de cáncer, Módulos temporales de detección oportuna de cáncer en colonias populares, Unidad Móvil de detección oportuna de cáncer, Apoyos a Pacientes y Club Voluntades: Un programa de rehabilitación integral.
- d) Los vínculos con el entorno que tiene la unidad receptora en lo económico es por medio de donaciones ya que, Por ser carácter altruista la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo, A.C requiere del apoyo económico de empresas, fundaciones, gobierno, otras organizaciones y de personas

dispuestas a contribuir a esta gran causa. En el ámbito cultural la institución fomenta a la ciudadanía la prevención del cáncer. La institución no se involucra en temas o negociaciones con las políticas del Estado.

e) Las Instalaciones y equipamiento con que cuenta la Unidad Receptora son las siguientes:

- Un albergue tiene la capacidad para atender a 37 pacientes, 25 mujeres y 12 hombres acompañados de un familiar, además de brindar el apoyo de traslado hacia el Hospital Oncológico u otro centro médico que se requiera a través de un medio de transporte de la misma institución.
- Una Sala de Quimioterapia
- Una sala de Juntas
- Una Oficina Administrativa
- Una Oficina de Trabajo Social
- Un consultorio Ginecológico
- Un Modulo de Detección Oportuna, dentro de este se encuentra un Vestidor y Un Consultorio.
- Un Laboratorio de Análisis de Toma de Muestras Estatal.
- Una Cocina
- Una Lavandería
- Dos Bodegas
- Cuatro Baños
- Un Estacionamiento
- Estancia o Sala de espera
- Una Clínica Contra el Tabaquismo.

f) La normatividad o reglas de operación de la unidad receptora se dividen en tres categorías de reglamentos que van dirigidas tanto a usuarios del servicio de salud como al equipo de trabajo aprobado por el comité directivo:

Para Recepción de Pacientes:

- Solo se recibirán pacientes que no cuenten con familiares en Hermosillo, siempre y cuando acudan para recibir tratamientos oncológicos o a consulta.
- Solo se recibirá un familiar por paciente y solo cuando sea necesario.
- Llevar consigo todos los objetos personales que le sean necesarios para su estadía en el Albergue, tales como: toalla, papel sanitario, jabón, pasta y cepillo dental.

Para uso de las Instalaciones y Horario:

- Solo se recibirán a nuevos internos en horario de 08:00 am a 04:00 pm
- Las puertas de acceso general del Albergue se cierran a las 07:00 pm, después de esta hora no se permitirá la entrada a ningún paciente o familiar que sin permiso especial, permanezca fuera de las instalaciones.
- El horario de visita es de 4:00 pm a 6:00 pm, sin excepción alguna y se recibirá en el área destinada para ello (sala de espera).
- El descanso general es a partir de las 09:00 pm, y la hora para levantarse es a partir de las 06:00 am
- El horario de la cocina, tanto para preparar alimentos como para ingerirlos será:

DESAYUNO: 7:00 – 09:00 am

COMIDA: 12:00 – 3:00 pm

CENA: 6:00 – 8:00 pm

Obligaciones de los pacientes y/o familiares:

- No se permite la entrada de niños.
- Todo paciente y acompañante tiene obligación de bañarse diariamente.
- Deberán de dejar en perfecto orden y aseo la instalación que utilicen (cocina, dormitorio, baños y lavadero).
- Cuidar el agua y luz, no malgastarlas.
- En área de dormitorios NO introducir alimentos y/o bebidas.

- La ropa de cama que se le facilite deberán entregarla lavada antes de abandonar el Albergue.
 - Favor de cuidar y traer consigo los objetos de valor (dinero, joyas, celulares, etc.)
 - No introducir bebidas alcohólicas (y/o drogas) o presentarse en estado de embriaguez en las instalaciones del Albergue, (ni fumar).
 - Comportarse y vestir decentemente (no shorts o faldas demasiado cortos, o escotes llamativos).
 - La transportación únicamente será al paciente para llevarlo a su tratamiento y podrá ser acompañado por su familiar *cuando lo amerite*.
- g) El ambiente institucional y humano con el que cuenta la unidad receptora son los siguientes:
- Tres psicólogos, encargados de la Clínica Contra el tabaquismo
 - Dos Cito-tecnólogos que se encargan del laboratorio Estatal, para analizar anomalías en las tomas de muestras.
 - Un administrador
 - Una Trabajadora Social
 - Dos enfermeras, que se encuentran dentro del área del consultorio Ginecológico y/o en el Modulo de Detección Oportuna.
 - Una Doctora Ginecóloga.
 - Un velador.
 - Una encargada de Limpieza y de Cocina.
 - Un chofer.
 - Un grupo de personas que forman parte del Consejo Medico y Financiero
 - Un grupo de 41 Voluntarias para la prevención del cáncer.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA POR FASES.

El trabajo que se expone en este escrito es sistemático, dado que se baso en las fases del modelo de Kaufman, denominado originariamente Enfoque sistémico para la Planificación de Sistemas Educativos (1990) se caracteriza por el

trato individualizado del educando (usuario) como eje del aprendizaje y es apropiado para el diseño y la evaluación de las programaciones. Este enfoque siguiendo un modelo de planificación, identifica las necesidades existentes estableciendo alternativas y seleccionando las soluciones que predecimos más factibles. El modelo consta de 6 fases las cuales se llevaron a cabo de la siguiente manera:

1ª. Identificación del Problema a partir de las Necesidades. El objetivo de esta fase fue el de evaluar a la psicóloga de la institución dentro de sus instalaciones, por medio de una entrevista para dar a conocer las necesidades que se presentan esta fase fue realizada antes del 19 de agosto de 2011.

a. Detección de necesidades: Aquí se entrevistó a los encargados de la institución para identificar la necesidad que demanda la misma, se llegó a la conclusión de que la necesidad de la población es la falta de comportamientos de adhesión.

b. Evaluación Diagnóstica: Aquí se elaboró instrumentos y se realizó la búsqueda de instrumentos que midieran las variables psicológicas que están involucradas con la problemática, con esto se llegó a un diagnóstico psicológico el cual indicó que ciertamente existe un baja frecuencia de comportamientos de adhesión en pacientes con cáncer.

c. Revisiones Bibliográficas: Con los resultados del diagnóstico se obtuvo la conclusión de investigar en la literatura especializada en el tema los factores de riesgo, protección y variables que influyen en la problemática con el objetivo de verificar y analizar el tema con más profundidad, para así abarcar temas relacionados con la problemática realizando un proyecto de calidad y objetividad,

d. Búsqueda de Modelo Explicativo, Antecedentes de intervención: Esta etapa tuvo como objetivo investigar y seleccionar el modelo explicativo desde una perspectiva psicológica más viable y pertinente que describa el cómo se relacionan las variables que afectan a la problemática, así también se realizó una búsqueda de los antecedentes de intervención que abarca el

tema de la adhesión al tratamiento que se han realizado de preferencia con pacientes con cáncer o con algunas enfermedades similares, con el objetivo de conocer las formas y técnicas que han utilizado verificando los resultados, de manera que sirva de guía para posibles soluciones ante la problemática.

Productos terminales: Como producto de estas etapas fue un anteproyecto, donde se explicó factores, variables, modelo explicativo y propuestas de posibles soluciones así como de la selección de la propuesta más pertinente.

2ª. Determinación de los requisitos y alternativas para la solución. El objetivo de esta fase fue el de priorizar la problemática y definirla por medio de la búsqueda diaria de investigación literaria para así planificar las fases de intervención para antes del 12 de septiembre de 2011. .

- a. *Establecer características de inclusión:* Se establecieron criterios de inclusión para los usuarios que entraran al programa de intervención.
- b. *Elaborar Sesiones:* Las sesiones se elaboraron conforme a los objetivos específicos y a las metas establecidas en horas pertinentes a la demanda de la población (Anexo 1 pág. 51).
- c. *Contemplar fechas:* La contemplación de fechas fue conforme a los horarios que nos prescribió la institución así como también a los intereses de los practicantes llegando a acuerdos en los cuales las dos partes sean beneficiadas.

Producto terminal: Proyecto terminado y aprobado por la institución a cargo de los practicantes que son los profesores especializados en prácticas profesionales de la universidad de Sonora.

3ª Selección de estrategias de solución entre las alternativas. El objetivo de esta fase es el de analizar los costos y beneficios de la propuesta de intervención, por medio del presupuesto y viabilidad antes del 7 de octubre para seleccionar las

estrategias y la solución del problema. Las metas para esta etapa fueron: 1) realizar el presupuesto de los costos monetario de materiales, 2) verificar la necesidad de los recursos humanos, 3) ajustar la calendarización a las necesidades de la población, 4) realizar la viabilidad del programa, 5) seleccionar la estrategia y solución que sea más pertinente. Todas estas metas para antes del 7 de octubre de 2011.

4ª Implantación de la estrategia de solución. El objetivo de esta fase fue el de controlar y administrar la consecución de los objetivos previstos mediante un instrumento de control (técnica de revisión y evaluación de programas) y el método de trayectoria crítica en el proceso de implementación del programa dentro de la institución, a partir del 17 de octubre hasta el 25 de noviembre a mas tardar.

Desarrollar el sistema de medición de impacto del programa: El sistema de medición fue por medio de cuestionarios escritos, entrevistas y por registros de comportamientos de adhesión que los usuarios utilizaron dentro de su vida cotidiana (ver anexo 2 en pág. 64).

Producto terminal: Bitácora actualizada y firmada por la institución receptora con el objetivo de verificar detalles para el mejoramiento de éstos y mantener un control sobre la elaboración del programa conforme a fechas.

5ª Determinación de la eficacia de la realización o control de la ejecución del proceso. El objetivo de esta fase fue evaluar la eficacia de la ejecución del programa en base al grado en que se han satisfecho las necesidades a partir del 05 al 09 de diciembre.

- a. *Verificación de los logros y metas obtenidos:* Esta etapa con llevó la evaluación del programa y el contraste entre los logros esperados y los logros obtenidos (ver anexo 5 pág. 72)
- b. *Realizar recomendaciones:* Esta etapa tuvo como propósito expresar por escrito las recomendaciones para en un futuro mejorar el programa.

- c. *Discusión de los resultados:* la discusión de los resultados tuvo como propósito interpretar y analizar los resultados de la intervención de donde salieron los elementos para plantear las conclusiones, también se hicieron cuestionamientos sobre la problemática estudiada y se pusieron nuevas corrientes y perspectivas para futuras investigaciones o dificultades que se tuvieron dentro del desarrollo de la intervención.
- d. *Conclusión de la intervención:* Aquí se elaboró una conclusión de todo el proceso del programa y se aclaró la importancia de la intervención.
- a) *Producto Terminal:* Reporte entregado y presentar un informe de manera presencial de resultados de los programas a las autoridades encargadas de la institución, este fue el último paso del programa para que la institución tome la decisión de continuar con el programa haciéndole mejoras para futuras intervenciones o dejarlo como una experiencia.
 - b) *Reporte Académico:* El reporte académico fue entregado a los tutores de prácticas profesionales de la Universidad de Sonora, Departamento de Psicología el cual tuvo como objetivo una evaluación de éste, así mismo se presentó un colegiado final para la evaluación en el que se abarcó los temas más importantes del proyecto.

6ª Retroalimentación del sistema. Esta fase tuvo como objetivo realizar revisiones periódicas a lo largo de la planeación, de forma continua y permanente para controlar la satisfacción de las necesidades a partir del 15 de agosto hasta el 05 de diciembre. Las metas para esta fase fueron, 1) presentar 1er presentación colegiado en la universidad a partir del 15 de agosto hasta el 19 del mismo mes, 2) presentar 2do presentación colegiado en la universidad a partir del 10 de octubre hasta el 14 del mismo mes, 3) presentar 3er presentación colegiado en la universidad a partir de 05 al 09 de diciembre, 4) asistir a asesorías constantes con el maestro encargado de las residencias a partir del 15 de agosto hasta el 05 de diciembre.

4.1 Competencias y habilidades profesionales

Las habilidades del estudiante para el desempeño de la práctica requeridas fueron desempeñarse con eficacia, efectividad de manera pertinente, con responsabilidad, respeto hacia las instituciones y sus participantes con sentido humanitario en equipos tanto multidisciplinarios como interdisciplinarios en el campo profesional de la salud.

La práctica profesional en clase ayudó a fortalecer las habilidades en varias cuestiones, respecto a la responsabilidad el grado de exigencia fue más elevado que en otras prácticas esto reforzó el compromiso y la calidad del trabajo realizado, así también la eficacia se vio reforzada por tanto que las metas y objetivos establecidos en clase fueron bien definidos en relación al tiempo, lugar y calidad en donde se llevó la intervención, de la misma forma la efectividad fue analizada dentro del salón de clase para alcanzar los objetivos con los mínimos recursos y tiempo disponibles con que se contaron, la pertinencia también se fue afinada en el sentido que en clase se expusieron temas de cómo realizar una intervención conveniente y oportuna, las cuales se vieron reflejadas en la práctica, el respeto para las instituciones se fortificó en el sentido de que se dieron asesorías en clase para aclarar las reglas y normas con las que cuentan las instituciones, así también del mismo modo se le aclaró y entregó en físico a la institución el programa de prácticas profesionales en las que se estipulaban las reglas y normas establecidas que debe acatar el estudiante.

El sentido humanitario se reflejó en la comunicación maestro-estudiante y en el compañerismo en clase, esto ayudó a transmitir esta comunicación efectiva en las intervenciones y en el trato humano.

Las competencias del estudiante para el desempeño de la práctica requeridas fueron: identificar con objetividad, sistematización y orden los eventos y factores que intervienen en los fenómenos psicológicos utilizando como

herramientas la revisión bibliográfica de modelos explicativos, conceptualización de la problemática y búsqueda de alternativas de solución.

Otra competencia es aplicar con efectividad y rigor metodológico las principales técnicas y procedimientos establecidos para la detección de problemas psicológicos utilizando diseños de investigación pertinentes. Así también el diagnosticar con precisión problemas psicológicos mediante la selección, adaptación o elaboración de instrumentos o medios pertinentes a la naturaleza de los casos particulares con el objetivo de tener un sustento viable para las intervenciones y con esto elaborar programas congruentes con el tipo de problemas psicológicos y por ultimo evaluar y contrastar planes, programas y acciones de intervención psicológica en forma coherente con los criterios metodológicos, teóricos y éticos de la psicología con la finalidad de analizar y llegar a una discusión y conclusión de los resultados obtenidos.

Las competencias se vieron reforzadas dentro del aula ya que se retroalimentaban, se practicaban por medio de asesorías y correcciones individualizadas, presentación es de avances frente a compañeros y maestros encargados, la motivación por parte de los maestros fue indispensable para ajustar técnicas creativas e innovadoras para beneficio de la comunidad que se atendió. Otra forma de ayuda para fortalecer las competencias fue el hecho que los maestros siempre estuvieron a disposición de asesorías y atención en el seguimiento de avances para lograr los objetivos y metas establecidas.

Las competencias que se adquirieron y/o fortalecieron, se sintetizan en la figura 4.

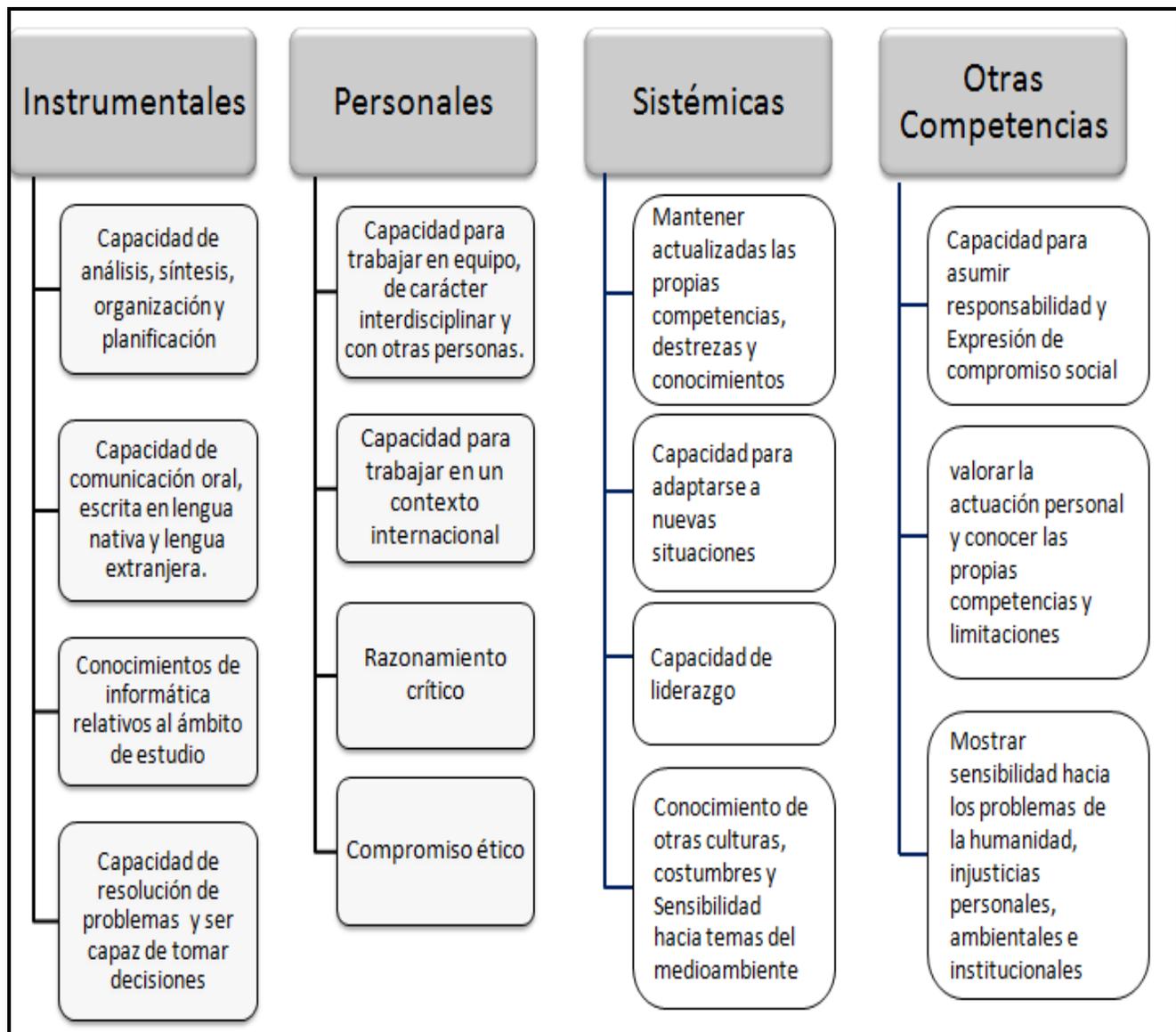


Figura 4: Competencias del profesional de la psicología.

4.2 Evaluación de las dificultades

Cabe resaltar que en la práctica no se presentaron limitantes por parte de la unidad receptora ni por la Universidad de Sonora, en el caso de las deficiencias en la formación profesional se puede mencionar el deseo de integrar más componentes en la intervención que pudieran mejorar la adhesión al tratamiento en los pacientes, esto no fue posible por el corto tiempo de asignación para la intervención.

Una desventaja que fue expuesta en la intervención, fue el hecho de que la comunidad a la que se atendió no es estable en el albergue ya que su vivienda está ubicada fuera de la ciudad, esto afecta en relación a la evaluación del programa ya que no se puede tener datos cuantitativos, por otra parte cabe destacar que en la población se encontraban pacientes de edad avanzada, lo cual afectó la obtención de resultados cuantitativo ya que en algunos casos los sentidos físicos (visuales y auditivos) de los pacientes estaban deteriorados.

5. RESULTADOS Y APORTES

5.1 Análisis general del programa de rehabilitación:

Diseño

Se empleó un diseño cuasi-experimental, de corte longitudinal; es decir no fue posible tener un grupo experimental y de control, sin embargo se pretende manipular deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto en variable dependiente, el diseño transversal se refiere a que se pretende tener conocimiento sobre el nivel de las variables que se relacionan con la falta de adhesión al tratamiento en un momento determinado.

Participantes

15 Personas que tengan como diagnóstico médico Cáncer.

Características de inclusión: Personas que se encuentren dentro del albergue Dora Alicia Mazón de Molina de la Agrupación George Papanicolaou y que sean usuarios del servicio de salud del Hospital Oncológico del Estado de Sonora y/o dentro de la institución Agrupación George Papanicolaou.

Procedimiento

El programa estuvo dirigido a un grupo abierto, este llevó en un total seis sesiones, con una duración de dos horas por sesión, en la sala de conferencias dentro de la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo.

Primeramente se invitó a los pacientes para asistir al programa, ya dentro de la primera sesión se explicó los objetivos del programa y sus reglas, luego de esto se realizaron las seis sesiones en donde se abordaron los temas: Que es el cáncer, tipos y causas, su diagnóstico y tratamiento, la importancia de la alimentación, alimentos saludables para pacientes con cáncer, ejercicios físicos pertinentes a realizar, ideas irracionales, situaciones vinculadas al estrés, mitos y etiquetaciones, efectos de la salud, estrés y relajación, relajación por medio de la respiración profunda, motivos, consenso, sobrevivientes del cáncer y por último se abordó el tiempo, tratamiento y su tiempo de llevarlo a cabo, estos temas estaban en conjunto con ejercicios vivenciales los cuales tenían como objetivo expresar lo aprendido.

Organización

La intervención fue a nivel de tratamiento con modalidad grupal-abierta y de forma directa, consto de seis sesiones de dos horas cada una, estas se realizaron dentro de las instalaciones de la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo.

5.2 Análisis general del programa de Promoción/Prevención:

Diseño

Se empleó un diseño cuasi-experimental, de corte longitudinal; es decir no fue posible tener un grupo experimental y control, sin embargo se pretende manipular deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto en variable dependiente, el corte transversal se refiere a que se pretende tener conocimiento sobre el nivel de las variables que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento en un momento determinado.

Participantes

5 personas que tengan como diagnostico medico Cáncer.

Características de inclusión: Personas que se encuentren dentro del albergue Dora Alicia Mazón de Molina de la Agrupación George Papanicolaou y que sean usuarios del servicio de salud del Hospital Oncológico del Estado de Sonora y/o dentro de la institución Agrupación George Papanicolaou.

Procedimiento

El programa se llevó a cabo entre el mes de Noviembre de 2011, fue dirigido a un grupo abierto, este llevó en un total dos sesiones, cada una con dos horas por sesión, las sesiones fueron establecidas en la sala de conferencias dentro de la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo, para complementar este programa se llevó a cabo una campaña informativa dentro de las instalaciones de la institución, por medio de carteles en los lugares pertinentes y trípticos para pacientes.

Primeramente se invitó presencialmente a los pacientes para asistir al programa, ya dentro de la primera sesión se explicó los objetivos del programa y sus reglas, luego de esto, se realizaron las dos sesiones en donde se abordaron los temas: conductas higiénicas, Motivos de las conductas higiénicas y los riesgos de no realizarlas, estos temas estaban en conjunto con ejercicios vivenciales los cuales tenían como objetivo expresar lo aprendido, así también se presentó un auto-registro que incorporó las conductas higiénicas al repertorio de su vida cotidiana.

Organización

La intervención fue a nivel de promoción/prevención con modalidad grupal-abierto y de forma directa, consto de dos sesiones de dos horas cada una, estas se realizaron dentro de las instalaciones de la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo.

5.3 Análisis de los aportes a la unidad receptora

La intervención se basó en la gran necesidad que presentó la población de estudio y de la demanda por parte de la Agrupación George Papanicolaou de Hermosillo, dado que está no contaba con antecedentes de intervención psicológica en los pacientes. También los elementos psicológicos que se abarcaron en dicha intervención son de gran calidad y utilidad ya que son básicos en otras intervenciones revisadas en literatura especializada que han reportado excelentes resultados. Los materiales que se utilizaron son elementos básicos para la ejecución de intervención y se encuentran al alcance de muchas instituciones de salud, los recursos humanos que se manejaron dentro del programa fueron dos psicólogas que contaban con experiencia previa en intervenciones similares en el área de salud con usuarios con diagnóstico de cáncer.

El costo monetario fue bajo ya que varía en relación al número de participantes, también así el diseño de esta intervención fue para un grupo abierto

lo cual genera una mayor apertura a la población, por lo tanto se hace conveniente aplicarlo en otras poblaciones con enfermedades crónico-degenerativas.

En general, la relación costo-beneficio de los efectos de las intervenciones psicológicas en padecimiento crónico es notable, aun en terapia individual, considerablemente más costosa en tiempo. Se ha documentado que el tratamiento psicológico reduce la tasa de complicaciones y hospitalizaciones, que mejora la adhesión al tratamiento y el control de los cuadros clínicos. Algunas estimaciones en países como Canadá calculan que cada dólar gastado en intervenciones psicológicas en salud, redunda en cinco dólares ahorrados en tratamiento médico (Hunsley, 2002).

La conducta es un elemento clave en cualquier proceso de recuperación, ya que regula buena parte del efecto de las intervenciones medicas (ir a consulta, tomar fármacos, hacerse estudios de laboratorio y llevar un dieta, entra otros), la motivación para mantener la salud y la búsqueda de bienestar.

Con esto se concluye que el aporte a la unidad receptora fue un programa de apoyo social y psicológico para la atención a pacientes con diagnostico de cáncer, para el mejoramiento de la calidad de vida y así evitar la baja frecuencia de los comportamientos de adhesión al tratamiento, con esto se espera que se le de continuidad y seguimiento para nuevas poblaciones.

5.4 Análisis de los aportes en la formación profesional del estudiante

La experiencia de contar con tutores académicos y profesionales de la salud entusiastas, de hacer de nuestra experiencia académica un logro satisfactorio y sus deseos de enseñar se conjugan con sus intenciones de aportar ideas que enriquecen nuestra tarea en relación a la responsabilidad, compromiso y creatividad en nuestro desarrollo profesional el cual tiene un efecto para nuestro desempeño laboral.

Una mirada más atenta en el ámbito profesional en donde desarrollamos nuestra intervención nos conduce a profundizar en el campo de la salud y a

exigirnos como profesionales una formación mas solida en el mismo, con ayuda del intercambio de ideas y opiniones que se manifestaron durante el transcurso de la práctica, esto nos ayudó a modificar nuestras creencias y nuestros esquemas previos en relación con el valor del trabajo psicológico. También la practica nos permitió constatar la necesidad del apoyo psicológico a los pacientes desde el inicio de su diagnostico como en el transcurso de su tratamiento.

Esta práctica nos permitió valorar la importancia del apoyo humano y psicológico como un elemento imprescindible para la mejora de la calidad de vida de las personas. Como es el caso de los pacientes con cáncer que acceden a instituciones de salud que desconocen la complejidad de su enfermedad, con esto aprendimos que el conocimiento del mismo permite enfrentar de manera positiva las situaciones que se presentan a lo largo del tratamiento.

5.5 Análisis de los aportes obtenidos de los pacientes en el programa de rehabilitación

Evaluación de proceso:

- Contenido de la 1ra. Sesión: Prueba objetiva de cinco preguntas abiertas, que evalúa el conocimiento de las principales características del Cáncer el cual, se obtuvo un promedio de 4.1, mientras que el esperado era de 5, es decir, se obtuvo un resultado satisfactorio por parte de los participantes, solo en un usuario se mantuvo bajo, esto es porque en la población existen sujetos de edad avanzada, es decir que tienen dificultades auditivas y visuales. En relación a los reactivos del cuestionario el que tuvo menos respuestas correctas fue el que preguntaba que es el cáncer y las posibles causas del mismo con 8 respuestas de 11.
- Contenido de la 2da. sesión: Ejercicio vivencial “Adivina mi beneficio”: aquí se evaluó el conocimiento sobre la alimentación adecuada para pacientes con cáncer, fueron 8 preguntas y se hubieron 3 errores por parte de los participantes, un comentario que hizo un participante fue “aprendí que alimentos son bueno” (Dangel, 65 años). Al realizar los ejercicios de estiramiento, “Vamos a estirarnos”, de los doce ejercicios que se solicitaron,

todos los usuarios participaron correctamente, una usuaria mencionó “me gustaría hacer más ejercicio” (Alis, 50 años).

- Contenido de la 3ra. sesión: se evaluó por medio de un cuestionario, la discriminación entre mitos y realidades, el promedio obtenido en esta prueba fue de 5.2 y el esperado era 6, se puede decir que el resultado fue satisfactorio por parte de todos los usuarios (Ver anexo 3 pág.70)
- Contenido de la 4ta. sesión: Ejercicio vivencial “Falso/Verdadero” aquí se evaluó de forma verbal y de análisis los mitos y realidades del cáncer, los usuarios respondieron correctamente a todas las preguntas, una reflexión que hizo una de las usuarias fue “no sabía que eso era mito lo de las hierbas” (Guada, 35 años). Al realizar la Técnica de Relajación por respiración profunda todos los usuarios participaron y 7 usuarios mencionaron sentirse mejor.
- Contenido de la 5ta. sesión: Plan de Vida: los 13 usuarios que asistieron a esta sesión respondieron satisfactoriamente a 9 preguntas que se les presentó sobre su plan de vida, esto con el fin de dar motivación a sus compañeros para seguir adelante con su tratamiento, así también, cada uno agregó una reflexión sobre su vida, uno de ellos mencionó “aunque todo este un contra uno debe luchar y salir adelante, porque si se puede” (Alis, 50 años).
- Contenido de la 6ta. sesión: “Buenos Deseos”, los 13 usuarios que asistieron a esta sesión valoraron y comprendieron el tiempo que debe de transcurrir para su tratamiento y satisfactoriamente cada uno expresó un deseo positivo para todos sus compañeros uno de los deseos más emotivos fue “les deseo a todos que se mejoren que sigan adelante con su tratamiento, que no lo abandonen, nosotros somos una familia y no estamos solos, les deseo una feliz navidad y un prospero año nuevo” (Andrés, 47 años).

Evaluación de impacto

Se estableció un ambiente solidario para los pacientes, con el objetivo de que percibieran el apoyo social tanto en sus compañeros como en los profesionales de la salud, dado al tipo de población no se obtuvieron datos cuantitativos, sin embargo es posible hacer una clasificación de expresiones que reflejan emociones dentro de la intervención (tabla 3).

Emoción	Expresión oral
Confianza	<p>Los usuarios compartieron sus testimonios de diagnóstico y tratamiento.</p> <p>"a mí me da pena hablar de mi proceso pero aquí me pude expresar porque todos somos iguales" (Rosy, 30 años). "yo nunca había hablado de mi enfermedad con tanta profundidad, aquí sí pude hacerlo" (Francisca, 35 años)</p>
Bienestar	<p>Manifestaron sentirse con menos carga emocional negativa.</p> <p>"Ahora que deje ir mis pensamientos negativos me siento más libre" (Dangel, 65). "Entiendo que mi enfermedad es muy común y me siento más cómoda sabiendo que puedo hacer algo para mejorar" (Martha, 45)</p>
Fortaleza	<p>Algunos usuarios expresaron sentirse más fuertes para seguir adelante.</p> <p>"Cuando llegue aquí pensaba que el cáncer era otra cosa, pero ahora me doy cuenta que es una enfermedad más, en la que hay que trabajar" (Agus, 40 años) "me motiva el saber que existen personas que sobreviven al cáncer con un adecuado tratamiento, yo quiero ser una de ellas" (Jorge, 50)</p>
Compañía	<p>La mayoría de los pacientes percibieron un apoyo social más empático.</p> <p>"no estamos solos, todos estamos en la lucha contra el cáncer" (Lola, 43 años). "Todos aquí somos una familia que nos apoyamos unos a otros" (Antonia, 60)</p>
Alegría	<p>Casi todos los usuarios pasaron momentos de alegría dentro de la intervención.</p> <p>"me reí mucho hoy, con los juegos que trajeron, Muchas gracias" (Agus, 40 años). "Hoy salí muy contento de la sesión, porque estuvo muy bonita y entretenida" (Don Angel, 68).</p>
Institución	
Efecto en la Institución	<p>Las psicólogas de la clínica del tabaquismo brindaron sus servicios ante la necesidad que presentaban las usuarias dentro de la intervención. La coordinadora de la institución mencionó que estuvo muy bien y solicitó los resultados. La trabajadora social manifestó el gusto por satisfacer la necesidad de los usuarios y sugirió que se continuará trabajando con esta población.</p>

Tabla 3: Resultados cualitativos del programa de rehabilitación

5.6 Análisis de los aportes obtenidos de los pacientes en el programa de Promoción/prevención.

Resultados de proceso:

- Contenido: Se aplicó un cuestionario de conocimiento de los factores de riesgo después de quimioterapia, los usuarios obtuvieron un puntaje de 43, lo que da una diferencia de 12 puntos en contraste con el objetivo de intervención que era de 55 puntos, es decir que no se alcanzó el objetivo, sin embargo el puntaje es aceptable.
- Productos de sesión: Se realizaron carteles informativos por parte de los pacientes y se establecieron en lugares pertinentes dentro de la institución receptora, los cuales fueron evaluados por 3 personas, la puntuación máxima por cartel es de 60 puntos. El cartel de “ir al baño” obtuvo una puntuación de 51, el de “lavar ropa” fue calificado con una puntuación de 46, “lavarse las manos” tuvo un puntaje de 56 y por último “ir a vomitar” alcanzó un puntaje de 50, esto nos dice que los carteles tuvieron un resultado relativamente aceptable. (tabla 4).

Cartel	Ortografía	Creatividad	Limpieza	Claridad	Presentación	Puntaje
“ir al baño”	9	7	12	11	11	51
“lavar ropa”	9	7	11	9	10	46
“lavarse las manos”	11	9	12	12	12	56
“ir a vomitar”	9	8	10	11	11	50
Lo esperado	12	12	12	12	12	60

Tabla 4: puntuación de lista de cotejo de carteles informativos.

- Presentación de la sesión: Aquí se evaluó el desempeño de los instructores por parte de los usuarios, en una escala Likert de satisfacción de cuatro opciones, la calificación máxima a obtener es de 20 puntos por sesión. Estos alcanzaron en la primera sesión 19 puntos, en la segunda consiguieron un puntaje de 20. Los resultados nos mencionan que la mayoría de los evaluadores estuvieron satisfechos con el desempeño de los instructores.
- Materiales: Los materiales utilizados en la intervención fueron evaluados por la trabajadora social y una psicóloga de la institución, la puntuación máxima por material es de 32, la guía de presentación PowerPoint obtuvo 29 puntos, los ejercicios vivenciales alcanzaron 28 puntos y el auto-registro logró una puntuación de 22, los resultados fueron aceptables desde el punto de vista de los evaluadores puesto que el puntaje se encuentra arriba de la media. (ver tabla 5).

Cartel	Coherencia	Creatividad	Claridad	Presentación	Puntaje
guía de presentación PowerPoint	8	7	7	7	29
los ejercicios vivenciales	6	6	7	8	28
auto-registro	7	4	7	5	22
Lo esperado	8	8	8	8	32

Tabla 5: puntuación de lista de cotejo para materiales

Resultados de impacto

- Tareas: Se entregó a los pacientes un auto-registro de conductas higiénicas, de los cinco registros que se entregaron, tres fueron los que respondieron a este. Los registros demuestran que la conducta de *bajar la*

tapa antes de tirar de la cadena fue efectuado en 47 ocasiones por parte de los pacientes, 33 fue la frecuencia con que *tiraron de la cadena dos veces*, en 75 ocasiones se *sentaron completamente en el inodoro* así como también se *lavarón las manos* después de ir al baño por último al *vomitár*, *limpiaron las salpicaduras y tiraron de la cadena* en 20 veces, todo esto durante cuatro días después de la intervención, con estos resultados se puede decir que en un 60% de los usuarios hubo un efecto el cual se ve reflejado en el auto-registro.

- Pre y post intervención: Se llevo a cabo una evaluación pre-post intervención, en donde se evaluaban los conocimientos de los riesgos y de las conductas pro-saludables, en el pre-intervención, los usuarios obtuvieron un puntaje de 42, mientras que en el post alcanzaron 144 puntos, esto nos da un promedio de Pre 9.4 y Post 29.2 lo cual indicó un incrementó del 61.9%.
- Testimonios del Impacto de los carteles

Persona	Testimonio
Intendente	"Que bueno que pusieron esos carteles en los baños, ya que soy yo la que tiene contacto directo con los desechos de los pacientes"
Trabajadora social	"He visto mas limpieza en los baños, ya que los pacientes tienen mas cuidado en su higiene"
Paciente	"Hay mas orden al lavar la ropa y cada quien se encarga de la suya"

6. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Los programas fortalecen el desarrollo de habilidades por parte de los pacientes para interactuar positivamente con sus familiares, amigos y profesionales de la salud, en especial en los acuerdos y negociaciones relacionados con cambios en la alimentación y rutinas familiares que pueden interferir en el logro de los objetivos del tratamiento de adhesión.

La relevancia de los datos arrojados por la práctica sugiere para la evaluación de los comportamientos de adhesión, es necesario tener en cuenta una diversidad de factores psicológicos y sociales que nos ayuden a comprender mejor porqué se practican o no estos comportamientos.

Con base en los resultados obtenidos, se sugiere que las intervenciones en pacientes con cáncer deben consistir en un trabajo interdisciplinario que garantice una intervención no solo médica sino también en el plano psicosocial, esto es, en la intervención con paciente con cáncer es necesario evaluar e intervenir tanto sobre las variables personales del paciente como las emociones negativas y positivas del cáncer al igual las variables de su entorno social o interpersonales. Establece esta la garantía para proporcionar a los pacientes que se encuentran diagnosticados con la enfermedad, sus familiares y/o personas cercanas, recursos que permiten un mejor conocimiento de la enfermedad y de las características del tratamiento. Base en la experiencia vivida de los autores de éste trabajo, se recomienda a próximas intervenciones que traten el mismo tema, siempre incluir el apoyo social ya que es fundamental para los pacientes de cáncer, otra recomendación sería buscar apoyo económico para la realización de convivios o paseos que propicien la convivencia entre los pacientes

Las intervenciones realizadas aportan estrategias que permiten mejorar los niveles de conocimiento acerca de la enfermedad y las consecuencias de la falta de cumplimiento, incrementan el nivel de responsabilidad, modifica las creencias erróneas que interfieren en la vinculación activa del paciente con el tratamiento. En esta práctica se trató de entender que todo programa de intervención en ámbito de rehabilitación demanda la colaboración activa y absoluta del paciente, de sus personas cercanas y de los profesionales de la salud, esto es lo que hace realmente un equipo interdisciplinario.

La información, el reforzamiento de conocimientos sobre la enfermedad y riesgos por los efectos del tratamiento para cáncer (como es la quimioterapia), donde los conocimientos básicos van a garantizando, la adopción de conductas saludables, la auto-eficacia y la responsabilidad personal en la conducción del

tratamiento. Varios estudios en adhesión y enfermedades crónicas han destacado la importancia de las intervenciones grupales y el trabajo interdisciplinario (Correa, 2001; Gutiérrez, 2001; Pomeroy, Kiam & Green, 2000). Así mismo, se debe destacar que la intervención en la educación de paciente contribuye a los resultados positivos en la salud y de los cambios en el estilo de vida.

La educación e información ha sido reportada como relevante en muchos estudios sobre adhesión, en especial con relación a la enfermedad crónica (Adewale & Olarenwaju, 2004.)

La intervención educativa que se ha realizado tuvo resultados efectivos, porque aporta estrategias que permiten mejorar los niveles de conocimiento acerca del tratamiento y las consecuencias de la falta de cumplimiento de conductas higiénicas, incrementan el nivel de auto-eficacia y competencias para actuar eficazmente ante los riesgos esperados, a causa del tratamiento clínico.

7. REFERENCIAS

- Adewale, D. & Olarenwaju, E. (2004). Misconceptions of hypertension. *Journal of the National Medical Association*, 96(9), 1121-1224.
- Amigo I., Fernández, C. & Pérez, M. (1999). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

- Ashing-Giwa KT, Kagawa-Singer M, Padilla GV, Tejero JS, Hsiao E, Chhabra R, (2004). The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psychooncology*; 13: 709-28.
- Bados, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 517-533). Madrid: Pirámide
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Clark, D.M. y Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches. En C. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp. 362-385). Nueva York: Pergamon
- Correa, D. (2001, junio). Intervención grupal cognitivo conductual con portadores del VIH/SIDA. *Memorias VI Curso Internacional de enfermedades infecciosas y VII Seminario Integral del SIDA*, Cali.
- Ellis, A. y A. Elliot (1980): *Terapia racional emotiva*, México, D.F., Editorial Pax.
- Gutiérrez, J. (2001). Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. *Colombia médica*, 32, 83-86.
- Hernández, "Guanir" P. (2002). *Moldes Mentales: Más allá de la inteligencia emocional*. Tenerife y Madrid: Tafor y Narcea.
- Hunsley, J. (2002). The Cost-Effectiveness of Psychological Interventions. En Internet. <http://www.cpa.ca/documents/cost-effectiveness.pdf> (revisado en 23/06/2009).
- Kantor, J. R. (1959) *Interbehavioral Psychology*. Chicago, IL: The Principia Press.
- Jones, D. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, & B. Weiner (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (pp. 79-94). Morristown, NJ: General Learning Press. Valins y B. Weiner (Eds), *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, NJ: General causes of behavior. In E. E.

- Kaufman, R.A. (1990) Planificación de sistemas educativos. México editorial: Trillas.
- Kelley, H.H. (1972). Attribution in social interaction. In E. E. Jones, D. Kanouse, H.Kelley, R.Nisbett, S.
- Kelley, H.H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107-128.
- Labrador, f. Cruzado, J. y Muñoz, M. (2006). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: Pirámide. (Cap.1).
- Lazarus, R. (2000). Estrés y Emoción. Manejo e Implicaciones en nuestra Salud. Bilbao Descleé de Brouwer. Learning Press.
- Peñacoba, C. y B. Moreno (1999). Escala de estresores Universitarios (EEU), Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas, *Ansiedad y Estrés* 5, pp. 61-78.
- Piña, J.A., Sanchez, J.J. (Mayo-Agosto 2007), Modelo Psicológico para la Investigación de los Comportamientos de Adhesión en personas con VIH, *University of Psychology of Bogotá Colombia*, Vol. 2 pág. 399-407.
- Pomeroy, E., Kiam, R. & Green, D. (2000). Reducing depression, anxiety and trauma of male inmates: An HIV/AIDS psychoeducational group intervention. *Social Work Research*, 24(3), 156–168.
- Ribes, E. & López, F. (1985) Teoría de la Conducta: Un modelo de campo y paramétrico. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Ribes, E. (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? El asunto de las diferencias individuales. *Acta Comportamentaria*, 13, 37-52.

Sánchez Juan, Fierro Luis, Casares Oscar, Piña Julio (2011), Estudio Longitudinal de variables psicológicas y conductas de apego en personas con VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral, Trastornos y enfermedades crónicas, una aproximación psicológica. Pág. 137-154 México: Editorial El manual Moderno.

8. ANEXOS

1. Planes de actividades de los programas por sesiones -----	47
1.1 Programa de Rehabilitacion-----	47
1.2 Programa de Promoción/prevención-----	57
2. Formas de evaluaciones -----	61
2.1 Programa de Rehabilitacion-----	61
2.2 Programa de Promoción/Prevención -----	63

3.Resultados del programa de Rehabilitacion	67
4.Resultados del programa de Promoción/Prevencion	68
5. Evidencia fotográfica	69
5.1 Programa de rehabilitación	69
5.2 Programa Promoción/prevención	70

ANEXO 1: PLANES DE ACTIVIDADES DE LOS PROGRAMAS POR SESIONES

1.1 Programa de rehabilitación

El programa llevo por nombre “cuidarte es tu responsabilidad”, esto porque va dirigido a las personas directamente responsables del mantenimiento de la salud, como es el caso de pacientes con diagnóstico de cáncer, con funcionalidad física y biológica, este es propuesto por estudiantes de psicología de la Universidad de Sonora, y se propone impartirlo en los meses de Octubre y Noviembre de 2011. A continuación se presenta la descripción del plan de actividades por sesiones, estas son seis y cada una contempla dos horas de duración

Primera sesión

Objetivo: los usuarios identificaron de manera diferenciada por medio de información pertinente del cáncer, el concepto, tipos, causas, diagnóstico y tratamiento.

Primer Paso: Primeramente se presentaron los instructores como profesionales de la psicología así como el objetivo del programa, con el objetivo de tener una expectativa se les preguntará a los usuarios que datos o información conocen del cáncer en relación al objetivo

1ra Temática: se expuso la temática Que es el cáncer, tipos y causa donde se explicó el concepto de cáncer, sus causas.

1er Ejercicio Vivencial: Yo y el cáncer en el que se pidió la participación verbal de los usuarios, para que asocien su tipo de cáncer con algunas posibles causas.

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo.

Material: espacio amplio e iluminado

Tiempo: 10 minutos

2da temática: Mi diagnóstico y tratamiento en el cual se explicó los tipos de diagnósticos que existen para el cáncer y los tipos de tratamiento, los beneficios de este y los efectos secundarios, con el propósito de que los usuarios asociaran estos con su vida.

2do Ejercicio Vivencial: Mi diagnóstico y mi tratamiento en donde se solicitó la colaboración de los usuarios para realizar un círculo de conversación, con el objetivo de compartir y afrontar su testimonio en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo.

Material: espacio amplio e iluminado

Tiempo: 20 minutos

Receso: se ofreció un receso de diez minutos

3ra temática: Yo y mi tratamiento donde se explicó los requisitos para la toma del tratamiento, la duración y los efectos positivos,

3er Ejercicio vivencial: Exponiendo los efectos del tratamiento los usuarios se agruparon conforme al tratamiento que reciben, para escribir en una cartulina, la cual se dividirá en dos partes en donde escribirán los efectos positivos y negativos que han experimentado, luego se reflexionaron sobre cual tiene más peso.

Objetivo: Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto y Contribuir al mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales. Material: espacio amplio e iluminado

Tiempo: 10 minutos

Retroalimentación: se recordó lo aprendido haciendo preguntas abiertas y por medio de un video informativo.

Evaluación: se evaluó el contenido de la sesión por medio de un cuestionario escrito, también los usuarios evaluarán el desempeño de los instructores así como la sesión.

Despedida: se despidió estableciendo la fecha y hora de la próxima sesión.

Segunda sesión

Objetivo: los usuarios identificaron de manera diferenciada, por medio de información pertinente del cáncer, la alimentación y ejercicios físicos necesarios.

Primer paso: los instructores se presentaron como profesionales de la psicología así como el objetivo de la sesión y se dio un breve resumen de los temas vistos en la sesión pasada.

1er ejercicio vivencial: el grupo formó un círculo, dejando un espacio regular entre uno y otro, el instructor dio turnos al azar, por medio de asignación de números, el usuario que tuvo el número uno empezó, este tuvo que decir cuál es el objeto más valioso para él y por qué, cuando el primer usuario terminó le continuó el número 2 y así sucesivamente.

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo.

Material: espacio amplio e iluminado

Tiempo: 7 minutos

1ra temática: los usuarios mencionaron al final que los alimentos son de su gusto y cuáles les disgustan. La importancia de mi alimentación aquí se mencionó los alimentos pertinentes para consumir en relación con el cáncer y su importancia en los efectos del organismo,

2do ejercicio vivencial: “adivina mi beneficio” el instructor pidió la participación voluntaria del grupo y les presentará imágenes de alimentos saludables y posteriormente se preguntó a ¿Qué beneficios que tienen?, se ofreció una fruta por la emisión de la respuesta correcta.

Objetivo: Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto.

Material: espacio amplio e iluminado

Tiempo: 15 minutos

2da temática: los usuarios mencionaron que los alimentos han dejado de partir que se les diagnostica cáncer, se comenzó con el tema Alimentos anti cancerígenos en donde el instructor mencionó los alimentos que ayudan a mantener a raya el cáncer, así como el elemento cancerígeno del alcohol y tabaco,

Receso: Se otorgó un descanso de 10 minutos.

3ra temática: los participantes mencionaron que los ejercicios realizaban en su juventud y que ejercicio realizaban actualmente luego se empezó con la temática de Beneficios del ejercicio en pacientes con cáncer, se explicó los beneficios del

ejercicio físico así como también que ejercicio son pertinentes para pacientes con cáncer, como es el caminar y el estiramiento del cuerpo,.

3er ejercicio vivencial: “vamos a ejercitarnos” el instructor pidió la participación del grupo, para caminar por diez minutos dentro del salón, luego se modeló el estiramiento del cuerpo y ellos imitaron cada movimiento. Al final los usuarios mencionaron como se sienten y cual sería dificultad para realizarlo en casa.

Objetivo: Estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo y Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 20 minutos

Retroalimentación: se recordó lo aprendido haciendo preguntas abiertas y por medio de un video informativo.

Evaluación: se evaluará el contenido de la sesión por medio de un cuestionario escrito, también los usuarios evaluarán el desempeño de los instructores así como la sesión.

Despedida: se despidió estableciendo la fecha y hora de la próxima sesión.

Tercera sesión

Objetivo: Los usuarios interpretaron de manera congruente las ideas irracionales, en situaciones vinculadas al estrés relacionado con el cáncer, por medio de la orientación de la TRE.

Primer paso: los instructores se presentaron como profesionales de la psicología así como el objetivo de la sesión y se dio un breve resumen de los temas vistos en la sesión pasada.

1er ejercicio vivencial: se les dio a los participantes que se presenten ante el grupo diciendo sus nombres y relacionándolos con alguna cosa que llevarían a una fiesta, “por ejemplo me llamo Ramón y llevaré el jamón”.

Objetivo: Estimular el humor.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 10 minutos

1ra temática: antes de comenzar con la temática cada usuario digo que cree que es el cáncer, luego se explicó lo que son las Ideas irracionales, y sus características, se dio ejemplos claros para un mejor entendimiento.

2do ejercicio vivencial: se presentaron varias ideas, donde los usuarios participaron voluntariamente para identificar si la idea es “idea racional o irracional”, luego de identificarla mencionaron el porqué.

Objetivo: Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 20 minutos

3ra temática: los usuarios mencionaron que situación es la que más los estresa, luego se presentaron varias situaciones vinculadas al estrés que experimentan las pacientes con cáncer y en conjunto con los instructores explicaron el cómo podrían enfrentar estas, para mejorar la salud.

3er ejercicio vivencial: se presentó un testimonio de una joven con cáncer, expresando las situaciones de estrés y como las enfrento de forma positiva, por medio de un video, al terminar el video, cada usuario mencionó las similitudes de las situaciones y el que pensaron, como las enfrentaron ó cual fue su reacción.

Objetivo: Estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo y Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 15 minutos.

Retroalimentación: se recordó lo aprendido haciendo preguntas abiertas y por medio de un video informativo.

Evaluación: se evaluó el contenido de la sesión por medio de un cuestionario escrito, también los usuarios evaluaron el desempeño de los instructores así como la sesión.

Despedida: se despidió estableciendo la fecha y hora de la próxima sesión.

Cuarta sesión

Objetivo: que los usuarios ejecutaron de manera efectiva ante las situaciones vinculadas con el estrés las nuevas filosofías, por medio de la orientación de la TRE.

Primer paso: los instructores se presentaron como profesionales de la psicología así como el objetivo de la sesión y se dio un breve resumen de los temas vistos en la sesión pasada.

1er ejercicio vivencial: los usuarios formaron un círculo y cada uno mencionó su nombre y responderá la siguiente pregunta ¿si, hoy fuera tu último día de vida a quien le agradecerías tu felicidad y porque?

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 15 minutos

1ra temática: los usuario mencionaron algún mito que hayan escuchado del cáncer antes de su diagnostico luego los instructores expusieron algunos mitos y etiquetaciones del cáncer, y mencionaron por qué son falsos.

2do ejercicio vivencial: se presentaron un listado de mitos y etiquetaciones, lo usuarios identificaron si son falsos o verdaderos y el porqué.

Objetivo: Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 15 minutos

2da temática: se explicó el efecto en la salud de las creencias irracionales, mitos y etiquetaciones en la salud y el cómo romper con estos.

3er ejercicio vivencial: los instructores repartieron a los usuarios media cuartilla de hoja de papel en blanco, en donde pudieron escribir las ideas irracionales, sentimientos, eventos ó miedos que el cáncer les haya causados, luego de esto los doblaron para introducirlos dentro de un globo, los instructores les pidieron a los usuarios que tiren sus globos al suelo y los pateen para revolverlos, ya después los reventaron entre todos, las hojas de papel las recogieron los instructores y las leyeron una por una orientando la nueva filosofía y se les pidió voluntariamente a los usuarios dar un consejo a la personas que escribió. Por último todos los papeles se introdujeron a un globo y ahí se quedó, hasta el final de la sesión se tomó la decisión de qué hacer con ese globo lleno negatividad.

Objetivo: Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto, Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo y Estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 30 minutos

3ra temática: los usuarios mencionaron que es lo que más les estresa del cáncer y como se relajan, luego que dio una breve explicación de que es el estrés y la relación, mencionando sus beneficios en la salud.

4ta temática: se dio un breve entrenamiento de relajación por respiración profunda y posteriormente se presentó una sesión de 10 minutos de relación, donde los usuarios siguieron las instrucciones del terapeuta.

4to ejercicio vivencial: los usuarios tomaron la decisión de cómo eliminar el globo del tercer ejercicio vivencial y así se hizo.

Objetivo: Estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 5 minutos

Retroalimentación: se recordó lo aprendido haciendo preguntas abiertas y por medio de un video informativo.

Evaluación: se evaluó el contenido de la sesión por medio de un cuestionario escrito, también los usuarios evaluaron el desempeño de los instructores así como la sesión.

Despedida: se despidió estableciendo la fecha y hora de la próxima sesión.

Quinta sesión

Objetivo: Los usuarios valoraron de manera coherente los motivos por los cuales adherirse al tratamiento clínico, por medio de datos de sobrevivientes de cáncer, motivos para seguir adelante y plan de vida.

Primer paso: los instructores se presentaron como profesionales de la psicología así como el objetivo de la sesión y se dio un breve resumen de los temas vistos en la sesión pasada.

1er ejercicio vivencial: los usuarios formaron un círculo y mencionaron su nombre y enseguida que es lo que se llevarían si se fueran a un viaje a un lugar lejano por un mes.

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo
Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 5 minutos

1ra temática: Motivos los usuarios dieron un motivo por los cuales apegase al tratamiento, luego se habló de los motivos con más incidencia en pacientes con cáncer y su efecto en la salud.

2do ejercicio vivencial: “Plan de vida” a cada usuario se les preguntó acerca de la vida. Cada uno escribió tantas respuestas como se les ocurrió y sin detenerse a reflexionar profundamente, se compararon las respuestas individuales con las del grupo; fue posible consultar con los presentes para profundizar más en el

inventario de la vida. Se comentó el juego y las experiencias vividas. Las preguntas fueron las siguientes: ¿Cuándo me siento realmente vivo?, ¿qué es lo que hago bien?, ¿Qué necesito aprender hacer?, ¿Qué deseos debo convertir en planes?, ¿Qué sé hacer y no hago?, ¿Qué debo de dejar hacer ya?, ¿Qué debo empezar hacer ya?, ¿Qué hace no se lleven a cao mis planes?, ¿porque cuando estoy enfermo me doy cuenta de lo valioso que es vivir?

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de si mismo al grupo y Estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 30 minutos

2da temática: se habló de las estadísticas de sobrevivientes de cáncer y que fue lo que hicieron para sobrevivir.

3ra temática: se expuso varios testimonios de sobrevivientes de cáncer, por medio de un video y voluntariamente se participaron para decir una reflexión sobre el video.

Retroalimentación: se recordó lo aprendido haciendo preguntas abiertas y por medio de un video informativo.

Evaluación: se evaluó el contenido de la sesión por medio de un cuestionario escrito, también los usuarios evaluaron el desempeño de los instructores así como la sesión.

Despedida: se despidió estableciendo la fecha y hora de la próxima sesión.

Sexta sesión

Objetivo: los usuarios valoraron el tiempo dedicado al tratamiento como requisito para mejorar su salud, por medio de información y reflexiones.

Primer paso: los instructores se presentaron como profesionales de la psicología así como el objetivo de la sesión y se dio un breve resumen de los temas vistos en la sesión pasada.

1er ejercicio vivencial: “quien eres tú”, los usuarios formaron un círculo y describieron a la persona que tengan al lado, mencionando su nombre y una cualidad.

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo
Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 10 minutos

1ra temática: los participantes mencionaron voluntariamente el valor del tiempo para ellos, luego se habló de lo valioso que es dedicar tiempo en el tratamiento.

2do ejercicio vivencial: “Deseos para mis compañeros” los usuarios se formaron en un círculo y uno de ellos estuvo en el centro del círculo y mencionó un deseo para su compañero de su lado derecho, y así se hizo consecutivamente hasta que todo los usuarios participen.

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo y Estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo.

Material: espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 30 minutos

Convivio: se realizó un convivio con pastel y bebida en donde los usuarios e instructores dieron reflexiones sobre la intervención en general.

Despedida: los instructores se despidieron con un deseo de salud para los usuarios y le otorgaron a cada uno una foto del grupo como recuerdo de la intervención.

1.2 Programa de Promoción/prevención

A continuación se presenta el plan de actividades del programa de intervención por sesiones de un programa que tiene por nombre “Salud por ti, por

mi”, dirigido a las personas de riesgo, como es el caso de pacientes que tienen tratamiento de quimioterapia, con funcionalidad física y biológica, este programa se propuso por estudiantes de psicología de la Universidad de Sonora, y se propone impartirlo en el mes de Noviembre de 2011 en 2 sesiones de 2 horas cada una.

Primera sesión

Objetivo: Los usuarios diferenciarán las conductas profilácticas precisas de las conductas inadecuadas, sin error, por medio de información pertinente del tratamiento.

Primer paso: Primeramente se presentaron los instructores como profesionales de la psicología así como el objetivo del programa, con el objetivo de tener una expectativa se les preguntará a los usuarios qué datos o información conocen de su tratamiento.

1er ejercicio vivencial: “Papa Caliente”, el instructor organizó a los usuarios para que formen un círculo, luego se pasaron una papa o pelota entre ellos, y cuando el instructor diga la indicación papa caliente, el usuario que tenga la pelota dirá su nombre y el tratamiento que recibe.

Objetivo: Crear un espacio para que cada uno brinde algo de sí mismo al grupo en un contexto relajado que propicie la relajación.

Material: Pelota, espacio amplio e iluminado

Tiempo: 10 minutos

1ra temática Tratamiento y riesgos aquí se expuso una breve descripción del concepto de quimioterapia y radioterapia, así como de los riesgos durante 48hrs después del tratamiento.

2do ejercicio vivencial: “Identificación”, cada usuario debe decir 2 cosas con las que se identifique su personalidad, luego debe decir una complicación en la salud por efecto de su tratamiento.

Objetivo: Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto y Contribuir al mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales.

Material: Espacio amplio e iluminado

Tiempo: 15 minutos

2da temática. Los usuarios responderán voluntariamente ¿qué crees que se deba hacer ante los riesgos ya mencionados? Luego se expuso el tema conducta higiénica para pacientes con cáncer, en donde se mencionaron los efectos del tratamiento clínico y cuales conductas higiénicas son pertinentes para pacientes con cáncer.

3er ejercicio vivencial “Mis motivos”, en donde los usuarios escribieron en una hoja de papel cuatro motivos personales por los cuales realizar conductas higiénicas, luego el instructor los leerá al grupo.

Objetivo: Contribuir al mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales.

Material: Espacio amplio e iluminado, hojas de papel, lápices.

Tiempo: 10 minutos

4to ejercicio vivencial: “Haciendo propaganda”, se seleccionaron grupos de trabajo y se proporcionaron a cada grupo materiales para la elaboración de letreros promocionando las conductas higiénicas, los cuales fueron colocados en lugares pertinentes dentro de la Institución.

Objetivo: Estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo y Contribuir al conocimiento de los usuarios sobre el tema anterior visto.

Material: Espacio amplio e iluminado, cartulinas, plumones y revistas.

Tiempo: 30 minutos

Retroalimentación: Se recordará lo aprendido haciendo preguntas abiertas y un breve resumen

Evaluación: Se evaluará el contenido de la sesión por medio de un cuestionario escrito, también los usuarios evaluarán el desempeño de los instructores así como la sesión.

Despedida: Se despedirá estableciendo la fecha y hora de la próxima sesión.

Segunda sesión

Objetivo: Los usuarios ejecutarán de manera efectiva, los comportamientos Pro-saludables por medio de un auto-registro.

Primer paso: Los instructores se presentaron como profesionales de la psicología, así como también, se dio a conocer el objetivo de la sesión, para después continuar con un breve resumen de los temas vistos en la sesión pasada.

1er ejercicio vivencial: “Nombre y animal”, los usuarios se formaran en círculo y por turno mencionaron su nombre y un animal que empiece con la primera letra de su nombre, como si fuera su apellido, por ejemplo: me llamo María mariposa.

Objetivo: Estimular el sentido del humor

Material: Espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 10 minutos

Recordación: Se recordarán las cinco conductas higiénicas pertinentes para el tratamiento y se demostrará paso por paso el cómo realizarlas correctamente.

1ra temática: “Auto-registro”, donde se y proporciono a los usuarios un formato de auto-registro de actividades higiénicas que deben realizar durante el día por una semana. El cual, tiene como objetivo que los usuarios auto-registren por cuatro días la frecuencia de conductas higiénicas que realicen durante cuatro días posteriores a la intervención, después de este lapso de tiempo se les entregará a los instructores.

3er Ejercicio vivencial: “El electrizado”, uno de los usuarios sale del lugar, mientras que los demás se ponen de acuerdo para elegir a alguien que será el electrizado. Cuando se han puesto de acuerdo, entra el voluntario que se salió y le

piden que adivine quien es el electrizado. El voluntario podrá hacer preguntas y comentarios para tratar de adivinar quién es, los demás podrán decir pistas no muy obvias, pero verdaderas. Cuando adivine quien es todos gritaran electrizado.

Objetivo: Estimular el sentido del humor y estimular la cooperación, desinhibición e integración del grupo

Material: Espacio amplio e iluminado.

Tiempo: 10 minutos

Retroalimentación: Se recordará lo aprendido haciendo preguntas abiertas y con un breve resumen.

Evaluación: Se evaluará el contenido de la sesión por medio de una lista de cotejo sobre el llenado del auto-registro, también los usuarios evaluarán el desempeño de los instructores así como la sesión.

Despedida: Se termino la sesión dando las gracias por la asistencia y participación dentro del programa.

ANEXO 2. FORMA DE EVALUACIÓN

2.1 Programa de rehabilitación

A continuación se presenta el cuestionarios que se utilizaron para la evaluación de los participantes del programa que tuvo por nombre “Cuidarte es tu responsabilidad”, dirigido a las personas de riesgo, como es el caso de pacientes que tienen tratamiento de quimioterapia, con funcionalidad física y biológica, este programa fue realizado por estudiantes de psicología de la Universidad de Sonora, y fue impartirlo en el mes de Noviembre de 2011 en 6 sesiones de 2 horas cada una

Evaluación de Contenido de la 1ra. Sesión: Prueba objetiva de cinco preguntas abiertas, la puntuación mínima es de 0 y la máxima de 5.

¿Qué es el cáncer?

¿Qué tipo de cáncer padeces?

Menciona dos posibles causas de cáncer

Menciona dos tratamientos para cáncer

Menciona un efecto positivo y uno negativo del tratamiento

¿Qué te pareció la sesión de hoy?






Excelente____ Bien____ Mala____ Muy mala____

¿Cómo te pareció la actitud de las psicólogas?





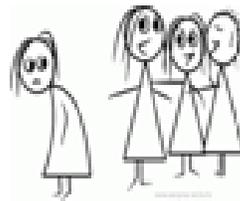

Excelente____ Bien____ Mala____ Muy mala____

Evaluación de Contenido de la 3ra. Sesión: Prueba objetiva de seis preguntas dicotómicas. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 6, para el grupo 60

Señala en cada figura el de manera consecutiva (1, 2 y 3) según como corresponda.



Me siento triste,
me deprimó y lloro
mucho



Hago todo lo que me indica
el médico y mi familia no
se interesa en apoyarme.



Mi familia es la peor
que existe, deberían
ser castigados por no
estar cuando más los
necesito.

Subraya la idea irracional

- a) Es terrible el hecho de que el tratamiento no de los resultados que me gustaría.
- b) El tratamiento no me da los resultados que espero, pero estoy aprendiendo a ser paciente.

Subraya la idea irracional

- a) Es más fácil evitar seguir la dieta del nutriólogo que hacerme responsable de lo que como.
- b) Si me es difícil seguir la dieta pero si planifico lo que, estableciendo metas a corto, medio y largo plazo, mejorara mi salud.

Subraya la idea irracional

- a) Por culpa del doctor, no podré ir a la boda de mi hijo, porque me puso la cita el mero día, deberían correrlo.
- b) El doctor no toma en cuenta mis actividades, pero esto no me tranquilizara porque él lo hace por mi salud.

2.2 Programa de Promoción/Prevención

Evaluación de contenido: Prueba objetiva de opción múltiple; de siete reactivos con calificación individual máxima de 11 puntos

Señala con una x los riesgos hay después de tu tratamiento en familiares y/o personas cercanas?

Lesiones en piel_____

Debilidad visual_____

Falta de apetito_____

Defectos congénitos en fetos_____

Puede causar otro tipo de cáncer_____

Señala con una x lo que se debe de hacer dentro de 48 horas después de tu tratamiento

Si vas al inodoro tú debes:

Tirar de la cadena dos veces_____

Sentarse en el excusado_____

Hacer de gallinita o aguilita_____

No bajar la tapa cuando tire de la cadena_____

Si te lavas las manos tu debe de:

Lavarte con agua fría_____

Secarte con papel para manos_____

Si vomitas tu debe:

Limpier salpicaduras y tirar de la cadena dos veces_____

Si vomito en un recipiente debo limpiarlo y guardarlo_____

Los que te cuidan deben:

Usar guantes, si tocan líquidos corporales (orina, heces, sudor, lágrimas),_____

Si usaron guantes, no es necesario lavarse las manos_____

Al tener intimidad debes:

Usar condón_____

No usar condón_____

Al lavar la ropa debo:

Usar maquina lavadora_____

Lavarla en agua fría, solo una vez_____

Lavarla mi ropa separada de la ropa de otras personas, pero si no es posible debo de separar mi ropa con una bolsa de plástico _____

Los pañales o ropa interior los debo tirar sin precauciones_____

¿Qué te pareció la sesión de hoy?



Excelente_____

Bien_____

Mala_____

Muy mala_____

¿Cómo te pareció la actitud de las psicólogas?



Excelente_____

Bien_____

Mala_____

Muy mala_____

Lista de cotejo considerando los aspectos a evaluar con una escala Likert de cuatro opciones (Excelente: 4, bien: 3, Mala: 2 y Muy mala: 1) para Productos de la sesión “Carteles”

Lista de cotejo						
	Ortografía	Creatividad	Limpieza	Claridad	presentación	Puntuación
Ir al baño	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Lavar ropa	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Lavarse las manos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Ir a vomitar	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

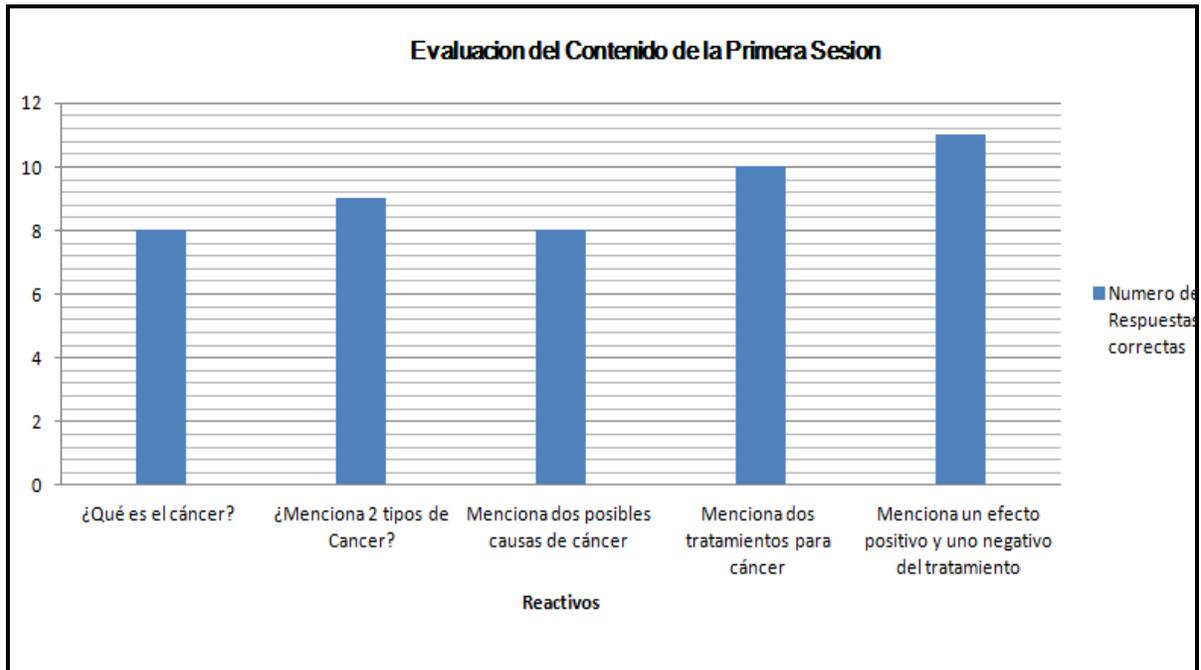
Pre y post intervención: cuestionario de ocho preguntas que evalúa a cinco usuarios el nivel de conocimiento respecto a los riesgos en la salud luego del tratamiento.

Instrucciones: Subraya honestamente la respuesta con la cual te relacionas

- 1. ¿Conoces los riesgos hay después de tu tratamiento (quimioterapia y/o radioterapia) en familiares y/o personas cercanas?**
1) si los conozco 2) los conozco poco 3) los conozco muy poco
4) no los conozco
- 2. ¿conoces las indicaciones que debes realizar durante 48 horas después de tu tratamiento al ir al inodoro?**
1) si los conozco 2) los conozco poco 3) los conozco muy poco
4) no los conozco
- 3. ¿conoces las indicaciones que debes realizar durante 48 horas después de tu tratamiento al lavarte las manos?**
1) si los conozco 2) los conozco poco 3) los conozco muy poco
4) no los conozco
- 4. ¿conoces las indicaciones que debes realizar durante 48 horas después de tu tratamiento al vomitar?**
1) si los conozco 2) los conozco poco 3) los conozco muy poco
4) no los conozco
- 5. ¿conoces las indicaciones que debes realizar durante 48 horas después de tu tratamiento al tener relaciones sexuales?**
1) si los conozco 2) los conozco poco 3) los conozco muy poco
4) no los conozco
- 6. ¿conoces las indicaciones que debes realizar durante 48 horas después de tu tratamiento al lavar tu ropa?**
1) si los conozco 2) los conozco poco 3) los conozco muy poco
4) no los conozco
- 7. ¿conoces las indicaciones que deben realizar durante 48 horas después de tu tratamiento las personas que te cuidan?**
1) si los conozco 2) los conozco poco 3) los conozco muy poco
4) no los conozco
- 8. ¿si conoces las indicaciones que deben realizar durante 48 horas después de tu tratamiento las practicas?**
1) Si las práctico 2) las práctico poco 3) las practico muy poco
4) no las practico

ANEXO 3: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

- a) Respuestas correctas de la Evaluación del contenido de la 1ra. Sesión.

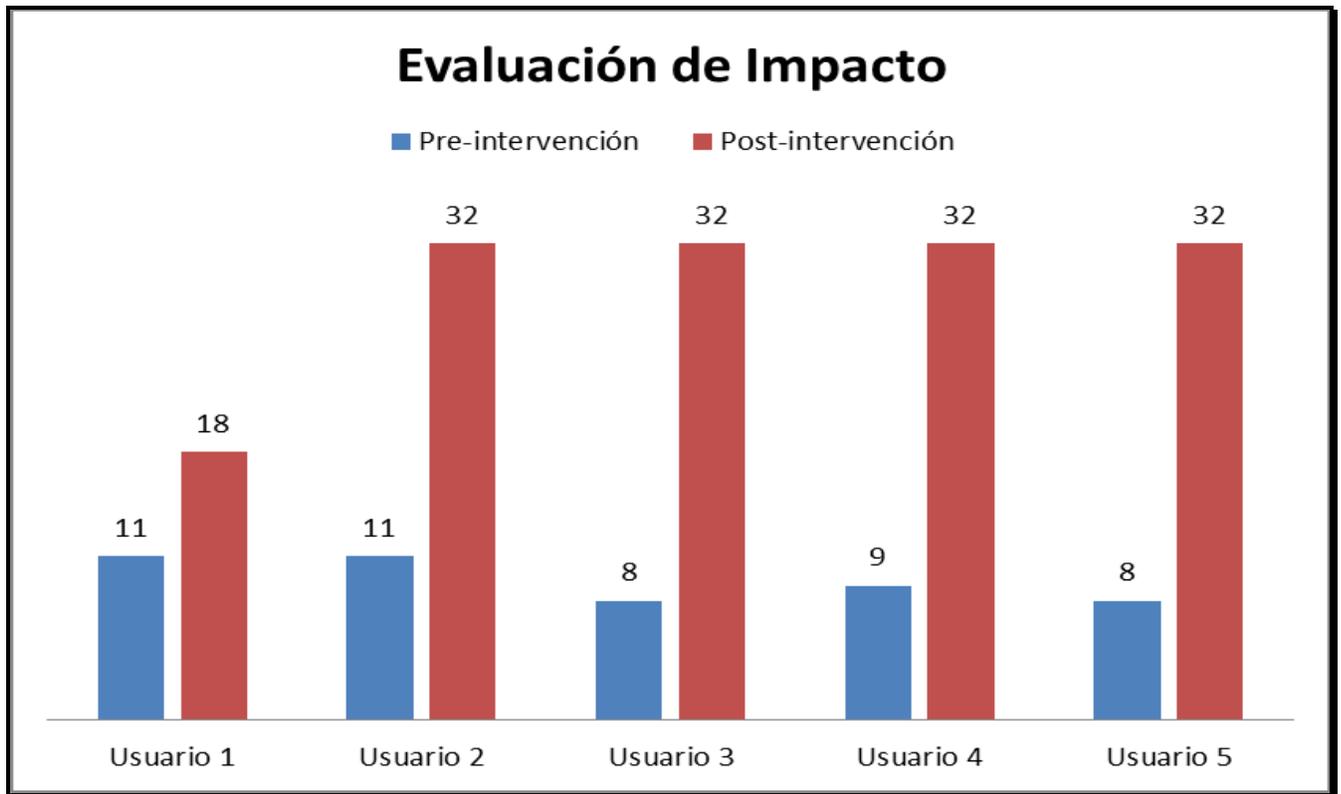


- b) Puntajes de la Evaluación del contenido de la 3ra. Sesión.



ANEXO 4: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN

Resultados Pre y Post intervención



ANEXO 5: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

5.1 Programa de rehabilitación



5.2 Programa Promoción/prevención

