

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tesis de Grado para optar al Grado de Licenciatura en Psicología

GUÍA COGNITIVO CONDUCTUAL EMOCIONAL PARA LA ADQUISICIÓN DE
HABILIDADES SOCIALES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
MUJERES CON CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES DEL GRAN ÁREA
METROPOLITANA

Sustentante: Bach. Gabriela Sotela Sánchez

Carné: A65616

Comité Asesor:

Director: M.Sc. Manuel Solano Beauregard

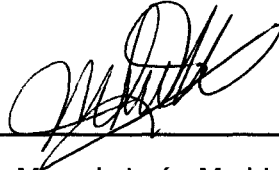
Lector: Dr. Luis Jiménez Briceño

Lectora: M.A. Gloriana Rodríguez Arauz

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Costa Rica

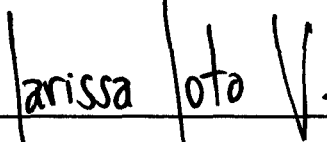
2013

Esta tesis fue aceptada con distinción de honor, por el Tribunal Examinador designado para esta ocasión, por la Dirección de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Licenciatura en Psicología.



M.Sc. Marcela León Madrigal

Representante del Decano de Ciencias Sociales



M.A. Larissa Coto Valleperas

Representante de la Directora de la Escuela de Psicología



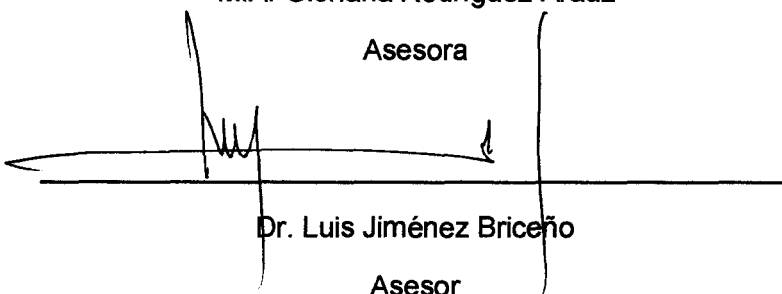
M.Sc. Manuel Solano Beauregard

Director de Tesis

NO se presentó - Reside fuera del país.

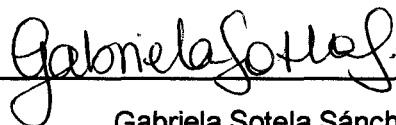
M.A. Gloriana Rodríguez Arauz

Asesora



Dr. Luis Jiménez Briceño

Asesor



Gabriela Sotela Sánchez

Candidata

Dedicatoria

Este proyecto de investigación y guía, es dedicado a mi mamá y a todas aquellas mujeres que como ella han pasado por el proceso de cáncer papilar de tiroides. Gracias por el ejemplo que tanto ustedes como sus familias nos demuestran diariamente a través de su gran fortaleza y esperanza.

Asimismo, este proyecto es dedicado a la Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides, esperando que se puedan beneficiar positivamente con esta nueva herramienta de apoyo, y que la misma pueda facilitarles la gran labor de apoyo cognitivo conductual emocional que realizan día con día.

Agradecimientos

Gracias principalmente a Dios por ser mi guía y brindarme fortaleza y perseverancia en todo este proceso.

A mi equipo asesor: Mis más sinceros agradecimientos por el gran apoyo brindado, por el tiempo invertido durante todo este proceso, y por compartir siempre sus conocimientos que sin duda alguna enriquecieron grandemente este proyecto.

A mi familia: Gracias por inspirarme a llevar a cabo este proyecto, gracias por su apoyo incondicional, por su comprensión, y por la colaboración que siempre me han brindado no solamente en la creación de este proyecto, sino en todas las etapas de mi vida. GRACIAS!

Jaime: No tengo palabras para agradecerte por el apoyo que me brindaste en todo momento, gracias por siempre motivarme tanto a seguir adelante, por compartir tus ideas y conocimientos conmigo, por tu increíble paciencia y positivismo. Definitivamente mi soporte cognitivo conductual emocional.

Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides: Gracias por apoyar esta iniciativa, por creer y confiar en mí, muchísimas gracias por toda su ayuda y colaboración.

Rebe: Mil gracias por tu ayuda y energía en el acompañamiento durante los grupos focales.

Pacientes y sobrevivientes de cáncer de tiroides, y sus respectivos familiares: Gracias por compartir sus experiencias y vivencias durante los grupos focales. Sin duda alguna fueron la base para poder crear este guía.

Profesionales en Psicología y Medicina: Gracias por su tiempo y colaboración en las entrevistas, por la información brindada, y por compartir sus valiosos conocimientos.

Contenido

1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	13
3. Marco Teórico.....	17
3.1. Cáncer.....	17
3.2. Cáncer de Tiroides.....	18
3.3. Factores Psicológicos en Pacientes con Cáncer.....	25
3.4. Intervenciones Cognitivo Conductuales.....	31
3.5. Habilidades Sociales.....	40
4. Problema	50
5. Objetivos.....	58
5.1. Objetivos Generales.....	51
5.2. Objetivos Específicos.....	51
6. Metodología.....	52
6.1. Tipo de estudio.....	52
6.2. Diseño de investigación.....	52
6.3. Sujetos de investigación.....	53
6.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	55
6.5. Procedimiento.....	56
6.6. Análisis de los datos.....	59
6.7. Protección de los sujetos.....	59

6.8.	Validez y confiabilidad.....	60
7.	Resultados.....	61
7.1.	Características Profesionales entrevistados.....	61
7.2.	Resultados Entrevistas Profesionales.....	62
7.3.	Características Grupos Focales.....	72
7.4.	Resultados Grupos Focales Pacientes.....	72
7.5.	Resultados Grupos Focales Familiares y Cuidadores.....	77
7.6.	Integración de Resultados/Resultados Comparativos.....	81
7.7.	Validación.....	85
8.	Discusión/Análisis de datos.....	94
9.	Conclusiones.....	101
10.	Limitaciones.....	104
11.	Recomendaciones.....	105
12.	Bibliografía.....	106
12.1.	Referencias bibliográficas.....	106
12.2.	Referencias electrónicas.....	109
13.	Anexos.....	112
	Anexo 1. Fórmula Consentimiento Informado.....	112
	Anexo 2. Guía de entrevista Profesionales en Medicina.....	115
	Anexo 3. Guía de entrevista profesionales en Psicología y miembros de ASOCATI.....	119

Anexo 4. Afiches- Convocatoria a Grupos Focales.....	123
Anexo 5. Guía de preguntas- Grupos Focales Pacientes.....	125
Anexo 6. Guía de preguntas- Grupos Focales Familiares y Cuidadores.....	126
Anexo 7. Sistematización de resultados- Entrevistas conductuales a Profesionales.....	127
Anexo 8. Sistematización de resultados- Grupos Focales Pacientes, Familiares y Cuidadores.....	140
Anexo 9. Sistematización de la validación de la Guía- Profesionales y pacientes con cáncer de tiroides.....	155

Índice de figuras

Figura 1. Casos y muertes de Cáncer de Tiroides en Estados Unidos para el año 2013.....	1
Figura 2. Egresos hospitalarios de hombres debidos a Cáncer de Tiroides por año según grupo de edad. C.C.S.S. 2000-2011.....	2
Figura 3. Egresos hospitalarios de mujeres debidos a Cáncer de Tiroides por año según grupo de edad. C.C.S.S. 2000-2011.....	3
Figura 4. Egresos hospitalarios debidos a Cáncer de Tiroides por año según sexo. C.C.S.S. 2000-2011.....	4
Figura 5. Egresos hospitalarios de hombres debidos a Cáncer de Tiroides por año según provincia. C.C.S.S. 2000-2011.....	5
Figura 6. Egresos hospitalarios de mujeres debidos a Cáncer de Tiroides por año según provincia. C.C.S.S. 2000-2011.....	5

Figura 7. Egresos hospitalarios debidos a Cáncer de Tiroides por año según centro de salud. C.C.S.S. 2000-2011.....	6
Figura 8. Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina, según localización anatómica, Costa Rica, 2003.....	9
Figura 9. Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina, según localización anatómica, Costa Rica, 2003.....	10
Figura 10. División de una célula normal vs. una célula cancerosa.....	18
Figura 11. Diagrama de la Tiroides.....	20
Figura 12. Biopsia.....	22
Figura 13. Yodo radioactivo en pacientes con cáncer de tiroides.....	24
Figura 14. Círculo del estrés.....	33

Resumen

El siguiente trabajo pretende ser una incursión de la Psicología en el tema del Cáncer Papilar de Tiroides. De esta manera el aporte principal de la investigación es la creación de una guía cognitivo conductual emocional para la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con Cáncer Papilar de Tiroides del Gran Área Metropolitana. Esta guía aborda información teórica acerca del Cáncer Papilar de Tiroides, desarrollando el proceso médico por el cual las pacientes deben pasar. Asimismo, se enfoca en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento con el objetivo de que las mujeres puedan tener un proceso adecuado sin afectaciones psicológicas fuertes.

Método: Para la creación de la guía, se llevó a cabo una investigación con mujeres con Cáncer Papilar de Tiroides del Gran Área Metropolitana y profesionales que atienden estos casos. Se exploraron las implicaciones que tiene el Cáncer de Tiroides en las categorías cognitivo, conductual y emocional, así como las estrategias y técnicas utilizadas para el adecuado tratamiento y afrontamiento. El estudio realizado es de tipo exploratorio, con un diseño de investigación no experimental, en mujeres de 25 a 55 años de edad (n= 23) y sus familiares y cuidadores (6), así como en profesionales que atienden estos casos (psicología 1, endocrinología 2, oncología 1, miembros de ASOCATI 2). Los datos fueron recolectados mediante grupos focales (para pacientes y familiares y cuidadores) y entrevistas (para profesionales).

Resultados: Según las categorías de análisis, los resultados de la investigación fueron: en lo cognitivo se destacan pensamientos negativos tales como muerte, pérdida de energía permanente y desesperanza, conllevando a muchos cuestionamientos durante el proceso. En lo conductual, predominan los problemas de comunicación con las personas cercanas, siendo muchas pacientes rechazadas por las mismas. Además, el aislamiento en el cuarto con yodo radioactivo por la barrera del contacto físico. En el área emocional, las emociones varían constantemente en las pacientes, a veces están felices, o tristes, o bien, sienten agresividad.

Conclusiones: La mayoría de pacientes son diagnosticadas por casualidad, pasando por un proceso cognitivo conductual emocional que cambia completamente su dinámica normal de vida. La guía sirve como apoyo no sólo para divulgar información, sino también para tranquilidad emocional y diagnóstico oportuno. Los profesionales deben en conjunto promover la multidisciplinariedad. La salud mental y física no se puede separar, ambas tienen una relación directa entre sí, y muchas veces no se comprende esto.

Abstract

The following work pretends to be an incursion of psychology in the subject of Papillary Thyroid Cancer. Thus the main contribution of this research is the creation of an emotional cognitive behavioral guide to acquire social skills and coping strategies in women with Papillary Thyroid Cancer in the Greater Metropolitan Area. This guide addresses theoretical information about Papillary Thyroid Cancer, and also develops the medical process by which patients must pass. It also focuses on social skills and coping strategies in order to enable women to have a proper process without strong psychological effects.

Method: For the creation of the guide, a research was conducted with women with Papillary Thyroid Cancer from the Greater Metropolitan Area, and professionals who deal with these cases. For this, we explored exclusively on the implications of thyroid cancer in the categories cognitive, behavioral and emotional, as well as the strategies and techniques used for the proper treatment and coping. The study is exploratory, with non-experimental research design, in women from 25 to 55 years of age (n = 23) and their families and caregivers (6), as well as professionals who deal with these cases (psychology 1, Endocrinology 2 oncology 1 ASOCATI members 2). There was also data collected through focus groups (for patients, families and caregivers); and interviews (for professionals).

Results: The results of the investigation were divided according to the categories of analysis: in the cognitive highlights negative thoughts such as death, permanent energy loss and despair, leading to many questions during the process. In the behavioral, communication problems predominate with close friends and family, where many patients were being rejected by them. In addition, the insulation in the room with radioactive iodine by the barrier of physical contact. In the emotional category, there were constantly changing emotions identified in patients who are sometimes happy, or sad, or feel aggressive.

Conclusions: Most patients are diagnosed by chance, getting into a cognitive behavioral and emotional process which influences their normal life. The guide support is not only to disseminate information but also to provide emotional tranquility and timely diagnosis. Professionals should promote multidisciplinary. Mental and physical health cannot be separated, both have a direct relationship with each other, and often people do not understand this.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2012) establece que el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, donde aproximadamente más del 30% de las muertes por cáncer son prevenibles, sin embargo, éstas siguen aumentando y se calcula que serán 13,11 millones para el año 2030.

Figura 1. Casos y muertes de Cáncer de Tiroides en Estados Unidos para el año 2013

2013	Mujeres	Hombres	Total
Casos	45,310	14,910	60,220
Muertes	1,040	810	1,850

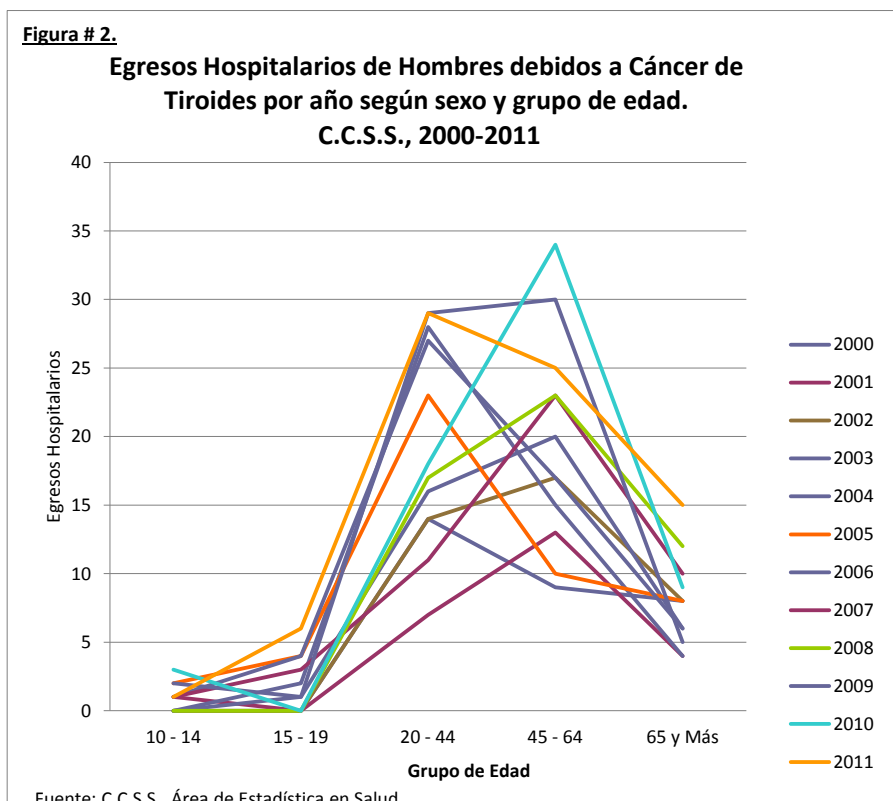
Nota. Fuente: Adaptado de Sociedad Americana del Cáncer (2013)

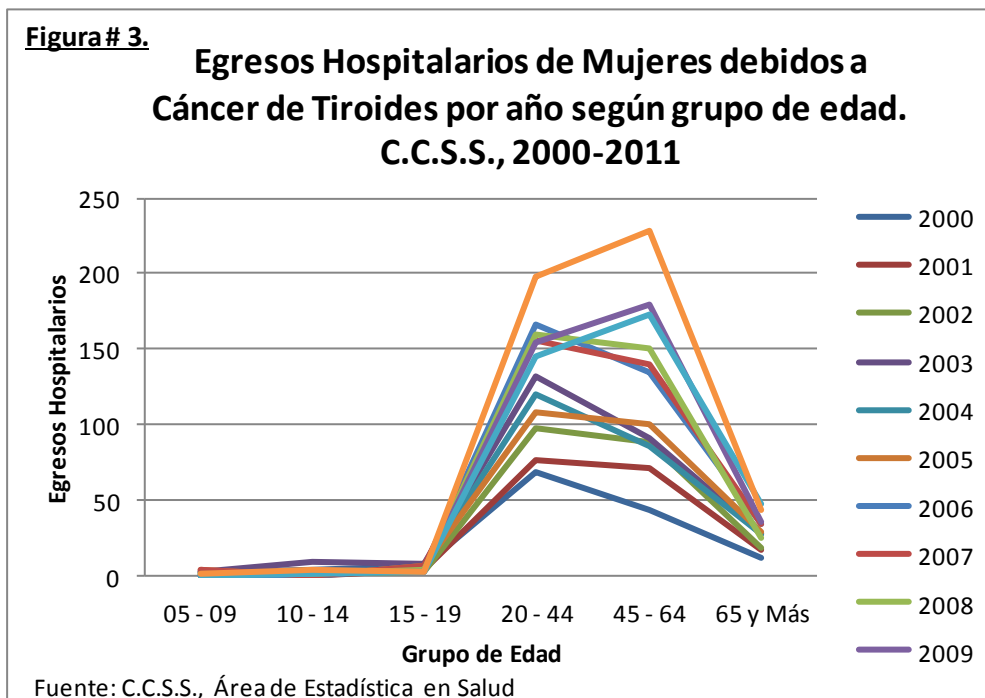
Se estima que actualmente la incidencia de cáncer de tiroides en el mundo es de 213,000 personas por año (Banach, 2012), siendo éste el cáncer endocrinológico más frecuente (Tapia, 2012). La tabla anterior, señala que, la posibilidad de ser diagnosticado con cáncer de tiroides ha aumentado en los últimos años; hoy en día, la probabilidad es más del doble en comparación con 1990. Una razón que le atribuyen a esto es el aumento en el uso de ecografía de la tiroides, que detecta pequeños nódulos de tiroides que de otra manera no se hubiesen encontrado. Esto indica que el aumento procede de encontrar más cánceres papilares pequeños, los cuales pocas veces

causan la muerte. Además, la tasa de mortalidad se ha mantenido estable (Sociedad Americana del Cáncer, 2013).

Esta misma sociedad indica que aproximadamente el 80% de los cánceres de tiroides son carcinomas papilares, y a pesar de que éste crece lentamente, frecuentemente se propaga a los ganglios linfáticos en el cuello. Fundamentalmente afecta a personas jóvenes debido a que casi dos de cada tres casos se encuentran en personas entre los 20 y 55 años de edad.

Las siguientes figuras reflejan como dichos casos se concentran principalmente entre los 20 y 55 años de edad independientemente del género.





Afortunadamente, la mayoría de personas no mueren debido a esta enfermedad, ya que es un cáncer con un excelente pronóstico. Esto coincide con el hecho de que en Costa Rica, la mortalidad de cáncer de tiroides es considerada baja: solamente 0,6 por cada 100,000 mujeres. En el año 2009, 11 mujeres murieron por cáncer de tiroides (Rodríguez, 2010, 12 de setiembre).

A pesar de que la incidencia de mortalidad de cáncer de tiroides en nuestro país sea baja, llama la atención la incidencia alta de cáncer de tiroides, ya que esto es poco común en otros países. Tal y como Rodríguez (2010, 12 de setiembre) establece, “Costa Rica es el cuarto país del continente americano y el segundo en Latinoamérica con mayor incidencia de este tumor entre mujeres”. Durante el 2008, hubo 191 casos de cáncer de tiroides en las mujeres costarricenses. La incidencia de este tipo de cáncer es de 8,3 mujeres por cada 100,000. Esta tasa solamente es superada por Estados Unidos, Canadá y Ecuador en todo el continente (Rodríguez, 2010, 12 de setiembre).

En nuestro país, la incidencia de cáncer de tiroides en mujeres supera drásticamente la de los hombres. Durante el año 2011, en los centros de salud pública hubo una cantidad de 76 egresos hospitalarios de hombres, mientras que se dieron 477 egresos hospitalarios de mujeres, por lo que esta cifra prácticamente se sextuplica, dándose la mayoría de egresos en San José, Alajuela, Cartago y Heredia (Ver gráficos 3, 4,5 y 6).

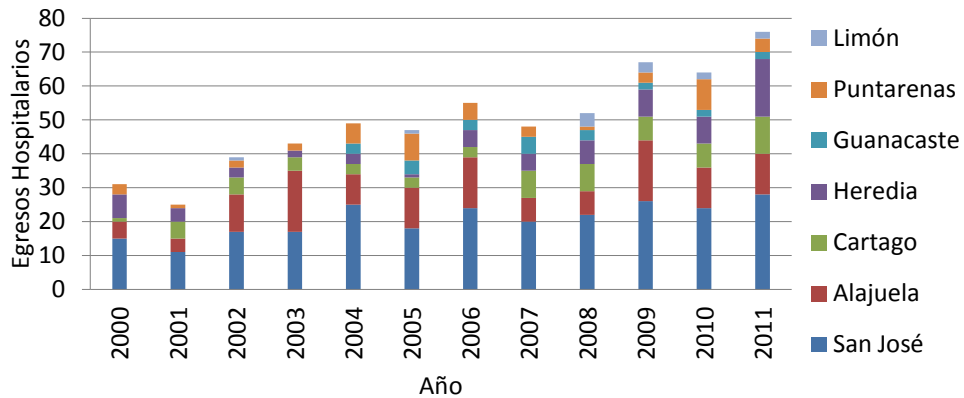
La siguiente figura muestra los egresos hospitalarios debidos a cáncer de tiroides por año según sexo.



Dicha figura nos demuestra claramente como existe una gran diferencia entre la incidencia en los hombres y entre las mujeres, siendo la incidencia en mujeres considerablemente mayor que la de los hombres. Las siguientes figuras (5 y 6) reflejan los egresos hospitalarios tanto de hombres como de mujeres por año según provincia.

Figura #5.

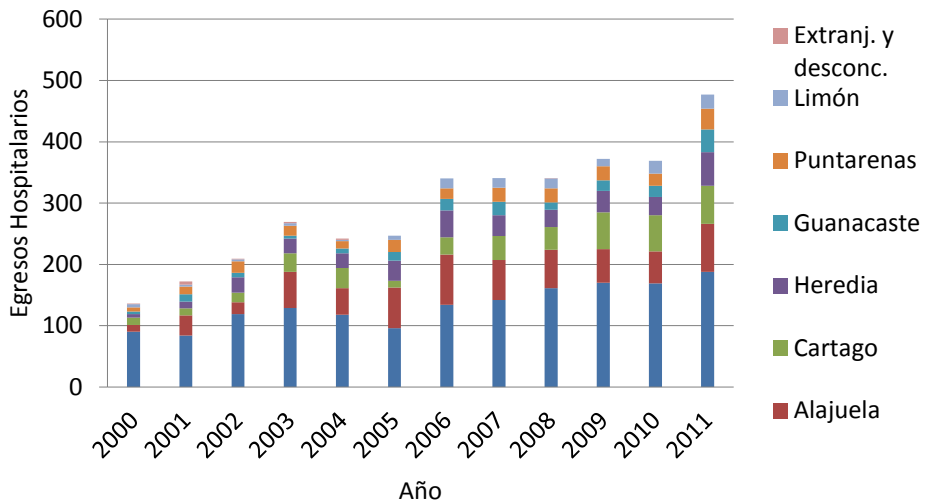
Egresos Hospitalarios de hombres debidos a Cáncer de Tiroides por año según provincia. C.C.S.S., 2000-2011



Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud

Figura# 6.

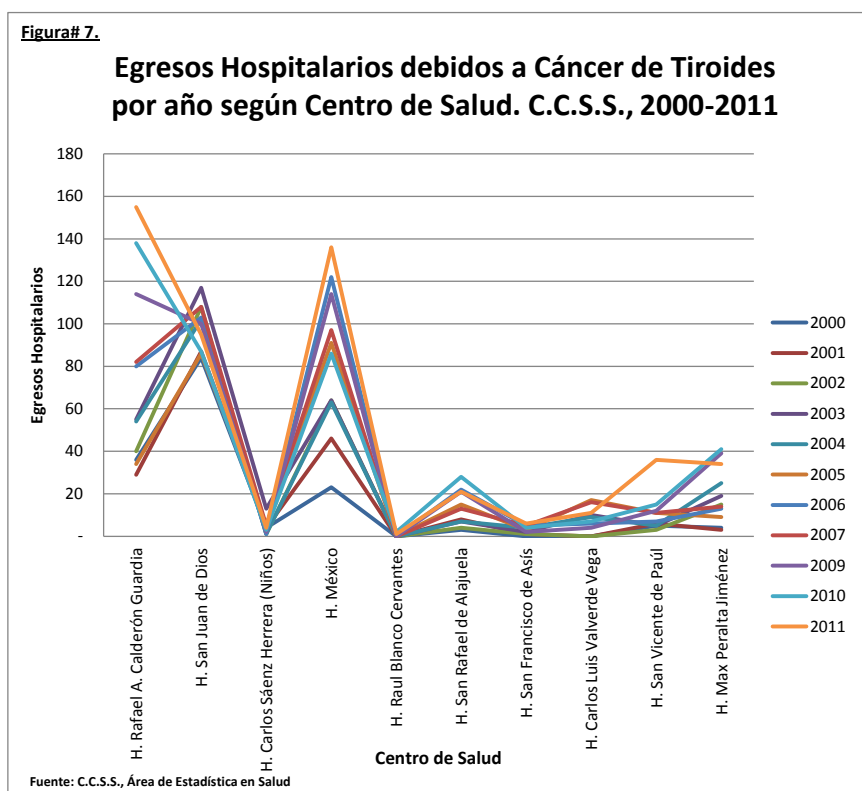
Egresos Hospitalarios de mujeres debidos a Cáncer de Tiroides por año según provincia. C.C.S.S., 2000-2011



Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud

Dichas figuras demuestran como la mayor incidencia de casos en ambos géneros se concentra en el Gran Área Metropolitana: San José, Alajuela, Cartago y Heredia.

La siguiente figura ejemplifica dichos casos señalando los egresos hospitalarios según Centro de Salud, concentrándose nuevamente los casos en centros de salud del Gran Área Metropolitana.



Por dicha razón, la investigación se concentró directamente con mujeres del Gran Área Metropolitana.

Desde el momento del diagnóstico, estas mujeres pasan por una serie de cambios a los cuales se deben adaptar y éstos se encuentran regidos por sus cogniciones, conductas y emociones. Una gran cantidad de pacientes se culpabilizan y realizan una serie de cuestionamientos en relación a esto; pueden pensar que es un castigo, que es la consecuencia por alguna acción realizada, o bien, que podría deberse a vivir en el lugar equivocado, por ejemplo (Van Nostrand, Bloom, & Wartofsky, 2004, p.273).

Debido a esto, muchas pacientes se sienten humilladas y avergonzadas, les cuesta conciliar el sueño y sienten miedo al pensar que otros lleguen a sentir lástima por ellas, o que las otras personas no vayan a querer asociarse con ellas al enterarse del diagnóstico. Desafortunadamente, tal y como lo comentan estos autores, este miedo de rechazo por parte de aquellos considerados buenos amigos es real y a veces ocurre.

Además, pasan por muchos cambios estéticos, endocrinológicos y psicológicos debido a las deficiencias hormonales producidas por la cirugía de la tiroides, como lo son los cambios en el estado de ánimo, una mayor irritabilidad, entre otros. Por esto los (as) pacientes deben recurrir a un tratamiento hormonal substitutivo con la hormona tiroidea, con ajustes de dosis frecuentes y por lo tanto períodos de poca estabilidad para poder suplir la función de la glándula. Esto provoca en ellas altos niveles de estrés, tensión y preocupación por la incertidumbre de su tratamiento y los resultados (Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz & Rivera, 2010).

Actualmente existen una gran variedad de guías y manuales de diversos ámbitos: medicina, enfermería, psicología, administración, educación, entre otros, dentro de los cuales se pueden citar el *Manual de enfoque práctico en cuidados intensivos* (Sánchez & Padilla, 2000), *Recordando experiencias: Programa de intervención con reminiscencia para personas adultas mayores: guía para terapeutas* (Salazar, 2010), la *Guía de orientación a padres en el manejo de límites con sus hijos* (Álvarez & Valladares (2010), la *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones* (Pedrero, P et al., 2008), *Cuidado Paliativo: Guías de tratamiento para enfermería* (Bonacina, Minatel, Tedeschi, Cullen & Wenk, 2004), por mencionar unos pocos.

Existen otras guías y manuales enfocadas al tema del cáncer, como por ejemplo en el ámbito nacional, el *Manual para Mujeres que han tenido, tienen o no quieren tener Cáncer ni otras enfermedades* (Arroba & Fonseca, 2009), y en el ámbito internacional, *Thyroid Cancer: A Guide for Patients* (Van Nostrand, Bloom, & Wartofsky, 2004), la guía digital *Breast Cancer: Your Guide to Breast Self-Awareness* (Susan G. Komen for the Cure, 2008), *Manual para el cuidado del cáncer de mama* (Knox, 2007), así como otros manuales y guías electrónicas. Sin embargo, a pesar de que existen muchas guías y manuales en diversos ámbitos, no existía ninguna enfocada en el tema de cáncer de tiroides. Generalmente, los manuales y guías de cáncer se enfocan principalmente en aspectos médicos, dejando de lado aspectos psicológicos, específicamente, habilidades sociales y estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales. Por lo tanto, no hay ninguna guía que se centre exclusivamente en este tema. Asimismo, no existe una guía nacional dirigida exclusivamente a pacientes con cáncer papilar de tiroides, lo cual aumenta la utilidad de este trabajo.

La utilidad del trabajo también cobra gran relevancia debido a que fue enfocado a mujeres con cáncer papilar de tiroides, ya que como se comentó anteriormente, éste cáncer muestra sus mayores incidencias en mujeres. A pesar de que su incidencia no se encuentre dentro de los diez primeros malignos más frecuentes en la población masculina, sí se ubica dentro de los cinco primeros tumores malignos en la población femenina.

Las siguientes figuras demuestran la incidencia de los 5 tumores malignos más frecuentes en la población femenina y masculina según localización anatómica entre el año 2003 y el 2008.

Figura 8. Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina según localización anatómica- 2003 y 2008

2003			2008		
LOCALIZACIÓN	NÚMERO	TASA	LOCALIZACIÓN	NÚMERO	TASA
Cuello de útero	1008	49,20	Piel	1031	47,02
Piel	843	41,14	Mama	945	43,10
Mama	742	36,21	Cuello uterino	636	29,01
Estómago	320	15,62	TIROIDES	369	16,83
TIROIDES	222	10,83	Estómago	316	14,41

Nota. Adaptado de Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud (2012)

Figura 9. Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina según localización anatómica- 2003 y 2008

2003			2008		
LOCALIZACIÓN	NÚMERO	TASA	LOCALIZACIÓN	NÚMERO	TASA
Glándula prostática	918	43,29	Piel	1115	49,37
Piel	890	41,97	Glándula Prostática	1110	49,15
Estómago	537	25,32	Estómago	449	19,88
Sistema hematopoyético	192	9,05	Colon	187	8,28
Pulmón	180	8,49	Sistema hematopoyético	179	7,93

Nota. Adaptado de Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud (2012)

Como se puede visualizar, en el año 2003, el cáncer de tiroides se encontraba en la posición número 5, y las últimas estadísticas del año 2008, demuestran como pasó de quinto a cuarto lugar en la lista de los tumores malignos más frecuentes.

Por otro lado, la figura que representa la lista de tumores malignos más frecuentes en el género masculino, no presenta los datos del cáncer de tiroides, ya que no se encuentran entre los tumores más comunes.

Aunque el cáncer de tiroides se encuentre en la posición número **cuatro** en la población femenina, a muchos profesionales de la salud se les enseña que el cáncer papilar es “benigno”, y esto genera gran confusión en los pacientes, ya que muchas veces no se les da la prioridad que se le da a otros cánceres en la cirugía, por lo que la incertidumbre incrementa en ellos.

Por lo tanto, el conocer las reacciones cognitivas, conductuales y emocionales resultó necesario para la elaboración de esta guía, tomando en cuenta las habilidades y estrategias, para que de esta manera, la misma pueda cumplir una función de apoyo. Asimismo, no solamente las pacientes con cáncer papilar de tiroides se podrán apoyar en la guía, sino que se pretende que sea útil para la Psicología de la Salud, para los distintos centros de salud en el país, así como para fundaciones y asociaciones relacionadas con el cáncer. Esto favorecerá también a los distintos profesionales, quienes podrán adentrarse más en otros aspectos psicológicos, y no solamente permanecer en un plano médico, sino profundizar más en las reacciones de estos pacientes.

La guía es una gran herramienta de apoyo, basándose en un nivel más metodológico, ya que aporta estrategias metodológicas distintas a las utilizadas por los pacientes ordinariamente, facilitando la adquisición de habilidades sociales, que pueden ayudar a mejorar la comunicación, a disminuir cogniciones irracionales, a solucionar conflictos, a expresar sentimientos y a mejorar la relación con los demás, proporcionando una mayor comprensión. De esta manera, se desarrollaron los conocimientos básicos que debe tener la persona durante el proceso, ya que muchas veces existe un temor a lo desconocido. Asimismo, se otorgan diversas estrategias que podrán facilitarle a la persona y a los que la rodean, un mejor afrontamiento durante el proceso de cáncer papilar de tiroides. Se considera que el uso de esta guía, podrá disminuir los niveles de ansiedad, así como las percepciones erróneas en las mujeres, al sentirse identificadas con los temas que se tratan y que se relacionan con el cáncer papilar de tiroides.

Con esta guía también se logrará una mayor capacitación de estas personas, reduciendo la gran desinformación acerca del tema, logrando como se mencionó anteriormente, una mayor identificación por parte de ellas con el contenido de la guía. De esta manera, no solamente se beneficiarían las pacientes, sino también todas las personas que las rodean y que se encuentran involucradas en el proceso (familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo).

2. Antecedentes

Los antecedentes se fundamentan en una recopilación de investigaciones, de guías y manuales, de carácter nacional acerca del cáncer en general, cáncer de tiroides, y cáncer de tiroides papilar. Estos antecedentes son sumamente escasos, sin embargo, sí existen varias tesis que contribuyen con el desarrollo de esta investigación al estar relacionadas con manuales y guías (algunas de ellas desde el enfoque cognitivo conductual emocional).

Primeramente, se encuentra la *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones* (Pedrero et al., 2008), destinada a facilitar el tratamiento de las adicciones. En la misma se detallan los principales fundamentos psicológicos del tratamiento en personas con trastornos de adicción, desde diversas orientaciones psicoterapéuticas, dirigidas a promover el cambio, facilitar las habilidades de afrontamiento, manejos de contingencias, así como a alcanzar cambios cognitivos conductuales.

Cuidado Paliativo: Guías de tratamiento para enfermería (Bonacina, Minatel, Tedeschi, Cullen & Wenk, 2004), constituye una guía que le permite a los profesionales en enfermería, adentrarse en aspectos de procedimientos que deben llevar a cabo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esta guía es sumamente necesaria ya que existen muchas enfermedades como el cáncer y SIDA que necesitan de estos cuidados, para evitar un sufrimiento innecesario. En esta guía también se retoman aspectos sociales, psicológicos, familiares, etc., y se resalta la importancia del enfoque multidisciplinario para poder suplir las necesidades tanto de los pacientes como de sus familiares.

El trabajo de Abarca (2008), el cual se centró en la elaboración de un manual cognitivo conductual emocional para facilitar la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 la cual estaba también orientada a la inserción de los profesionales en psicología.

Por su parte, Agüero y Zúñiga (2010), crearon a partir de un estudio de casos, una *Guía de procedimientos cognitivo conductual emocional para el manejo y control de la ansiedad en adolescentes con síndrome premenstrual*.

Seguidamente el *Manual de autoayuda cognitivo conductual emocional para el tratamiento del insomnio secundario dirigido a mujeres con cáncer de mama* (Bolaños & Rodríguez, 2005), creada con el fin de facilitarle a las mujeres con cáncer de mama una opción cognitivo conductual emocional para el tratamiento. Además de que esta guía sirviera como herramienta para diversas instituciones y que se pudiera ampliar el campo de acción.

Asimismo, se encuentra el *Manual cognitivo conductual emocional dirigido a padres de familia de pacientes diagnosticados con Retinoblastoma para promover la calidad de vida*, donde se toman en cuenta aspectos tales como la asertividad para mejorar las relaciones interpersonales, la comunicación y solución de problemas (Calderón & Sancho, 2005).

El *Manual para Mujeres que han tenido, tienen o no quieren tener Cáncer ni otras enfermedades*, el cual fue creado con el fin de ayudar a las personas a tomar control de su vida y enfrentar el cáncer con acciones positivas, empoderando a las mujeres a hacerse cargo de su situación informándose con recursos actualizados y

fáciles, teniendo presentes los pensamientos y las emociones. Además, se centra en promover y ayudar en la promoción de la salud de estas mujeres (Arroba & Fonseca, 2009).

La *Guía de autoayuda cognitivo conductual emocional para mujeres con trastorno orgásmico* (2008) por Vargas, la cual brinda conocimientos, habilidades y estrategias didácticas para que estas mujeres logren enfrentar constructivamente esta situación.

Pasando al plano médico, y continuando con lo nacional, hay varios trabajos que se han realizado como lo son: *Carcinoma Papilar de Tiroides: Evolución de la enfermedad en los años 1975 a 1993- HCG* (Guth, 1994), quien describe cómo es el tratamiento, aclarando que el diagnóstico de cáncer de tiroides es relativamente sencillo si se sigue un lineamiento, de ahí que el personal médico que practica las cirugías es sumamente heterogéneo, y va desde personas muy experimentadas hasta residentes en formación. Asimismo, concuerda con los estudios, al afirmar que la incidencia más marcada es del tipo papilar.

El documento de *Enfermedades de la Glándula Tiroides en Costa Rica* (Cabezas & Moya, 1967), establece que las enfermedades de la glándula de tiroides deben ser consideradas como problema de salud pública en Costa Rica. La causa principal de su presencia en una población específica es básicamente una deficiencia de yodo en la alimentación. Los autores hacen mención a la situación en América Latina y en Costa Rica, tomando en cuenta la distribución por grupo de edad, lugar de residencia e institución donde fueron atendidos los pacientes. A pesar de esto, esta información ya

se encuentra desactualizada ya que por ley, la sal se yodó, por lo que el yodo actualmente se encuentra presente en muchos otros productos como cosméticos, colorantes, etc.

Existen otros trabajos relacionados con cáncer de tiroides en el país como por ejemplo: *Carcinoma de Tiroides: Presentación de 52 casos* (Prado, Rodríguez, Mora & Mora, 1988), *Prevalencia del Cáncer de Tiroides: Hospital San Juan de Dios* (Garreta, 2002), entre otros.

Los antecedentes nacionales nos aportan una aproximación hacia los trabajos con un enfoque cognitivo conductual emocional, fundamental para la creación de dicha guía. Sin embargo, los antecedentes específicamente en relación con cáncer de tiroides, permanecen en el plano médico. La mayoría de los trabajos médicos nos aportan una visión más técnica del tema, y aunque existen datos interesantes, la mayoría se remontan muchos años atrás. Al momento no se han realizado trabajos psicológicos en relación con el tema.

3. Marco Teórico

El marco teórico nos ofrecerá una visión más amplia acerca de los elementos abarcados en dicho proyecto. Se incluyen los siguientes aspectos: una explicación general de lo que es el cáncer, cáncer de tiroides y los diferentes tipos de cáncer de tiroides, incluyendo su diagnóstico y tratamiento; aspectos psicológicos en pacientes con cáncer, e intervenciones cognitivo conductuales (TREC, habilidades sociales).

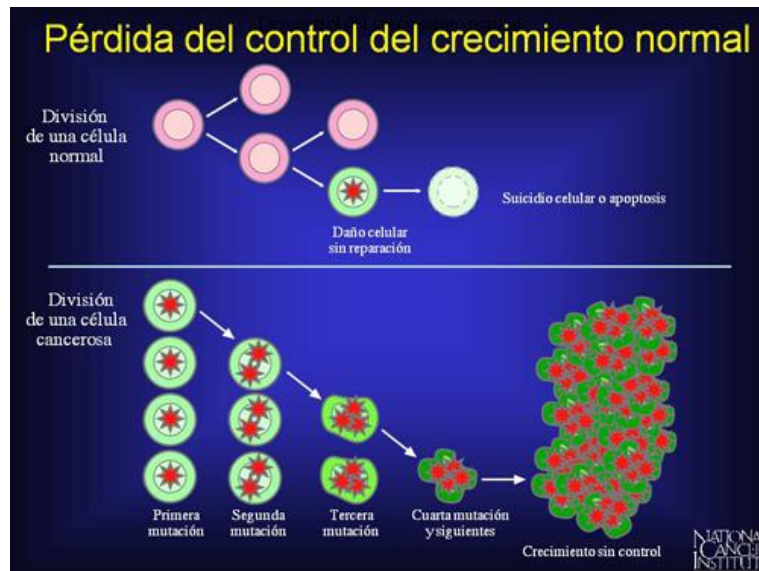
3.1. Cáncer

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer (2012), “el cáncer no es una enfermedad, sino más bien muchas enfermedades,” es decir, el cáncer no comprende una enfermedad, sino que son muchas por la gran cantidad de tipos de cáncer que existen, los cuales rondan los 100 tipos.

Las células que se encuentran en el cuerpo crecen y se dividen para formar nuevas células cuando el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, éstas mueren y son reemplazadas por nuevas, sin embargo, a veces existen células que se siguen formando y el cuerpo no las necesita, por lo que pueden formar una masa de tejido llamada tumor el cual puede ser benigno o maligno/canceroso. A pesar de esto, un diagnóstico oportuno puede salvar la vida de muchas personas, lo que quiere decir que no necesariamente el cáncer significa una sentencia de muerte (Instituto Nacional de Cáncer, 2012).

La siguiente figura demuestra los pasos para la división celular, diferenciando entre la división de una célula normal y división de una célula cancerosa. .

Figura 10. División de una célula normal vs. una célula cancerosa



Tomado de: Instituto Nacional del Cáncer (2012)

De esta manera se visualiza en la segunda sección el crecimiento sin control de células, lo cual es causado a raíz de la división de una célula cancerosa.

3.2. Cáncer de Tiroides

Para comprender adecuadamente lo que es el cáncer de tiroides, es importante recordar que la glándula tiroidea es una de las glándulas endocrinas más grandes (Touzopolous, Karanikas, Zarogoulidis, Mitrakas, Porpodis, Katsikogiannis, et al., 2011) del cuerpo que producen hormonas que circulan en la sangre y tienen efectos en ciertos tejidos y células del cuerpo (Van Nostrand, Bloom, & Wartofsky, 2004).

La tiroides utiliza yodo para elaborar las hormonas y estas hormonas cumplen la función de controlar la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal, el metabolismo, y la cantidad de calcio en la sangre (a través de una hormona llamada calcitonina).

Además, las hormonas tiroideas (tiroxina y triyodotironina) incrementan el consumo de oxígeno, estimulan la tasa de actividad, regulan el crecimiento y la maduración de los tejidos del organismo. Asimismo, actúan sobre el estado de alerta físico y mental (Gener, 2008). Estas hormonas (tiroxina y triyodotironina), se sintetizan utilizando el yodo. Por otro lado, la calcitonina es una hormona que no requiere de yodo y que cumple la función de mantener los niveles adecuados de calcio en la sangre junto con la hormona PTH de origen paratiroideo. Por lo que, el cáncer de tiroides es una enfermedad en la que se forman células malignas en los tejidos de la glándula tiroides. Éste puede no causar síntomas tempranos, sin embargo, los síntomas se pueden presentar cuando el tumor aumenta de tamaño, incluso en ocasiones se encuentra durante un examen físico de rutina. Cabe mencionar que después de numerosos intentos de clasificación histológica para el cáncer de tiroides, se aceptó la clasificación de Hazard y Smith (1964, citados en Campos, 1976). Ellos clasificaron el cáncer de tiroides en cuatro tipos: papilar, folicular, medular y anaplásico (Campos, 1976).

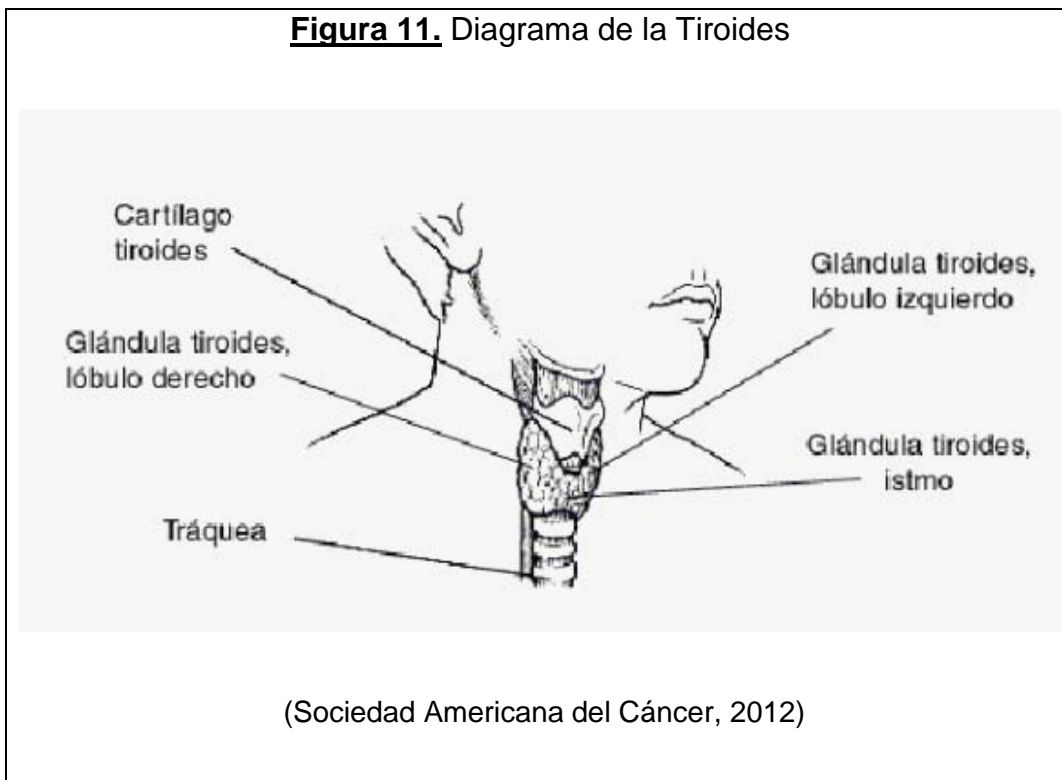
Haugen, Tuttle & Wartofsky (2008), establecen que el cáncer de tiroides papilar crece lentamente y suele extenderse a los nódulos linfáticos, sin embargo es raro que se extienda a pulmones o huesos. Aproximadamente 8 de cada 10 personas (80%) con cáncer de tiroides sufren este tipo, por lo que es el tipo más común. Este cáncer afecta a las mujeres dos veces más que a los hombres y normalmente el paciente tiene de 20 a 55 años de edad. (Sociedad Americana del Cáncer, 2010).

El cáncer de tiroides folicular, es el segundo tipo más común (entre 10% y 15% de los casos) y raramente se propaga a los ganglios linfáticos o se extiende a puntos distantes como los pulmones o los huesos; el cáncer de tiroides medular afecta a

aproximadamente el 5% de los casos y se puede extender a los ganglios linfáticos en el cuello y a lugares distantes como por ejemplo el hígado, los huesos y el cerebro. Por último el cáncer anaplásico es el más agresivo y el menos común (aproximadamente 1% a 2% de los casos); en este caso es común que el cáncer regrese después del tratamiento y hay poca posibilidad de sobrevivir más allá de 6 a 12 meses (Haugen, Tuttle & Wartofsky, 2008).

Coincidiendo con las mismas estadísticas, Roberts, Lepore y Urken (2008), establecen que el cáncer de tiroides es 3 veces mayor en mujeres que en hombres y que existen cuatro tipos: papilar, folicular, medular y anaplásico, donde el 80% de los casos es papilar.

Figura 11. Diagrama de la Tiroides



(Sociedad Americana del Cáncer, 2012)

- Diagnóstico

La atención inmediata a todas las señales y síntomas es la mejor forma para un temprano diagnóstico. Algunos de los síntomas del cáncer de tiroides son los siguientes (Sociedad Americana del Cáncer, 2012):

- Un nódulo, masa o inflamación en el cuello (a veces crece rápidamente).
- Dolor en el área frontal del cuello, en ocasiones sube hasta los oídos.
- Ronquera u otros cambios en la voz persistentes.
- Problemas al tragar alimento.
- Problemas para respirar.
- Constante tos sin resfriado.

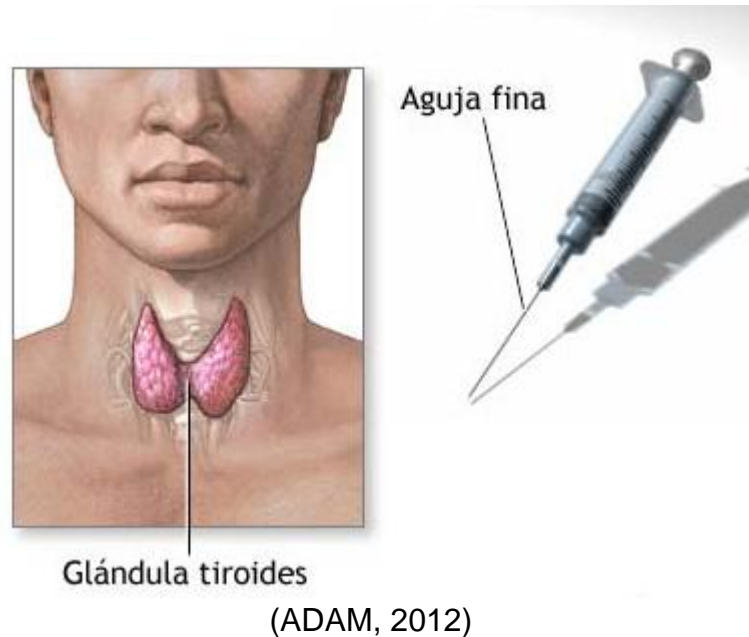
Cabe mencionar que a pesar de que se encuentre esta lista de síntomas, en la práctica la mayor parte de los cánceres son totalmente asintomáticos.

Al paciente se le toma la historia clínica, se le pregunta sobre los posibles factores de riesgo y acerca de cualquier otro problema de salud o inquietud. Se le realiza un examen médico que le dará al médico más información sobre los posibles signos del cáncer de tiroides y otros problemas de salud.

El diagnóstico real de cáncer de tiroides se realiza a partir de los resultados de una biopsia. De ésta se obtienen células del área sospechosa y se observan en un microscopio. La manera más simple de encontrar si un nódulo o protuberancia en la

tiroides es o no canceroso, es por medio de una *biopsia por aspiración con aguja fina* del nódulo tiroideo (Sociedad Americana del Cáncer, 2012).

Figura 12. Biopsia



El médico introduce una aguja fina en el nódulo, aspira y obtiene material que luego extiende en láminas de vidrio (portaobjetos), y sumerge en líquido fijador (por lo general alcohol de 95 grados). Una vez que se identifica el nódulo a puncionar, el médico, siguiendo técnica aséptica, desinfecta el cuello, y utilizando el ultrasonido punza el cuello hasta llegar al nódulo. Mediante el uso del ultrasonido es posible verificar que la aguja ha llegado al nódulo y que la muestra no se obtiene por error de otro sitio (Jiménez, 2013). Generalmente se toman muestras de varias áreas del nódulo. Este procedimiento dura aproximadamente 20 minutos. Después, las células son observadas en un microscopio y así se determina si son cancerosas o benignas. A

pesar de esto, a veces los resultados son sospechosos o atípicos. Esto se da cuando los resultados de la *biopsia por aspiración con aguja fina* no logran indicar por seguro si el nódulo es benigno o maligno. En estos casos, es posible que se necesite una biopsia más compleja para obtener una mejor muestra. Asimismo, esto se puede complementar con otros estudios por imágenes (Sociedad Americana del Cáncer, 2012).

- Tratamiento

Para el cáncer papilar de tiroides, existen 3 tipos de tratamiento: cirugía, yodo radioactivo y medicamentos.

Los objetivos de la cirugía son los siguientes: remover el tumor entero, reducir los riesgos de la recurrencia del cáncer, facilitar tratamientos adicionales (ej. yodo radioactivo), y facilitar el cuidado de seguimiento. Frecuentemente se extirpa toda la glándula (Van Nostrand, Bloom, & Wartofsky, 2004).

Asimismo, si se extirpa toda la glándula, se puede realizar un rastreo de cuerpo entero (gammafráfia de cuerpo entero). El paciente ingiere el yodo radioactivo y se coloca al paciente en una gamma cámara, la cual determina si hay restos de tejido tiroideo en el cuello que hayan quedado después de la cirugía, o bien, si existe una metástasis de las células malignas tiroideas en otras zonas del cuerpo. Esto es porque la tiroides es el único órgano en el cuerpo que capta yodo.

Figura 13. Yodo radioactivo en pacientes con cáncer de tiroides



(ADAM, 2012)

Después de la cirugía, algunos pacientes deben recibir yodo radioactivo, y generalmente se hace por vía oral. Esto destruye cualquier tejido tiroideo que haya permanecido sin afectar el resto del cuerpo del paciente. Se realiza para destruir cualquier tejido tiroideo que no haya sido eliminado mediante la cirugía y para tratar el cáncer de tiroides si éste se ha propagado a los ganglios linfáticos y a otras zonas del cuerpo. Usualmente, la dosis usual de tratamiento requiere que el o la paciente permanezca 2 o 3 días hospitalizado. Para que esta terapia con yodo radioactivo sea más eficaz, los (as) pacientes deben tener niveles altos de hormona estimulante de la tiroides en la sangre (TSH o tirotrópina). Para aumentar estos niveles se deben suspender las pastillas de hormona tiroidea (levotiroxina), aproximadamente 4

semanas. Esto genera bajos niveles de hormona tiroidea (hipotiroidismo), ocasionando que la glándula pituitaria segregue más TSH (ASOCATI, 2012).

Los efectos secundarios del tratamiento con yodo radioactivo son poco comunes, e incluyen molestias en el cuello, náuseas, irritación estomacal, molestia en las glándulas salivales, boca seca. Afortunadamente, son pocas las veces que se experimenta dolor (ASOCATI, 2012).

Además, el paciente deberá tomar por el resto de su vida, un medicamento llamado Levotiroxina, el cual sustituye la hormona que la tiroides produciría (Sociedad Americana del Cáncer, 2012).

Este proceso se debe complementar con análisis de sangre para estudiar la actividad de la tiroides y llevar un control. Algunos de los principales análisis son los de TSH (Hormona estimulante de tiroides), T4 libre y Tiroglobulina (Sociedad Americana del Cáncer, 2012).

3.3. Factores psicológicos en pacientes con cáncer

Actualmente, se encuentran una variedad de investigaciones realizadas dentro de este ámbito, algunas centradas en el cáncer de tiroides, y otras en el cáncer en general, siempre dentro del área de salud. Ambas nos aportan elementos útiles dentro de este trabajo. De aquí surge una gran preocupación por parte de los pacientes acerca de qué va a suceder con su vida, cómo afrontan la noticia con ellos mismos y con sus familiares, entre otros aspectos relevantes. Todo esto se enmarca dentro de un proceso emocional, cognitivo y conductual, por lo que a continuación se relatan aspectos que se relacionan con lo anteriormente mencionado.

Existen una gran cantidad de factores psicológicos que deben ser considerados en pacientes con cáncer; Boyer y Pahaira (2008), realizan una recopilación de éstos factores en el proceso del cáncer, tomando en cuenta las experiencias desde el diagnóstico hasta el postratamiento, aspectos que son distintos para cada paciente, ya que cada uno posee diferentes factores individuales. Éstos se relacionan con la educación, conocimientos, actitudes, comportamientos, trasfondo cultural, creencias, recursos de afrontamiento y apoyo social del paciente. Estos factores influyen en el comportamiento de prevención, aceptación y adherencia al tratamiento médico, estrategias de manejo personal y ajuste psicosocial al cáncer.

Las secuelas físicas de los síntomas, tratamientos y efectos secundarios asociadas con cáncer pueden difundirse potencialmente en todos los aspectos del funcionamiento, incluyendo el área emocional, social, ocupacional, y en general actividades diarias. Esto llega a impactar la calidad de vida de los pacientes y de sus seres queridos, por lo que los pacientes deben aprender a afrontar cambios físicos, pérdida de roles sociales, y asumir un nuevo rol como “paciente”. Todo esto puede conllevar a una depresión, ansiedad, estrés postraumático, desórdenes de personalidad, y condiciones neuropsicológicas que surjan a raíz del proceso (Boyer y Pahaira, 2008).

Rebolledo y Salvador (2006), coinciden con lo anterior, ya que ellos establecen una serie de factores que se interponen en situaciones excesivamente estresantes como lo es el cáncer. Establecen que el origen de este estrés es multicausal, debido a que intervienen factores financieros (problemas económicos, de empleo, cuidado de la casa), preocupaciones familiares (relación de pareja, cuidado de los hijos), problemas

físicos (dolor, náuseas, fatiga, trastorno del sueño, discapacidad física), reacciones emocionales (preocupaciones, tristeza, ansiedad, pánico, depresión), dudas existenciales y espirituales (pérdida de fe).

Además, no se debe dejar de lado el gran impacto que genera la palabra cáncer ante el paciente, y sobre su entorno familiar. Esto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos, entre otros (Prieto, 2004).

La palabra –cáncer- en sí, tiene muchos significados, y actualmente sigue siendo vista por muchos como una enfermedad con pocas o nulas posibilidades de curación. Esta palabra continúa inspirando un miedo que invade a los individuos, evoca desesperación, representando sufrimiento, dolor. Debido a esto, su diagnóstico produce un mayor impacto emocional que cualquier otro diagnóstico (OMS, 2002).

Asimismo, cabe mencionar que cada vez son más los profesionales que le dan importancia al rol que juegan las emociones y actitudes en la curación del cáncer. Estas emociones y actitudes negativas al enfrentar la enfermedad, pueden ser más dañinas al interferir con el tratamiento (Prieto, 2004).

Roberts, Lepore y Urken (2008), realizaron una investigación en Nueva York, donde se tomó en cuenta como eje central la calidad de vida, las necesidades y las preferencias de los pacientes con cáncer de tiroides en cuanto al recibimiento de información y apoyo relacionado con esta enfermedad y su manejo. Realizaron algunas encuestas y grupos focales, y además, se utilizó el Health Related Quality of Life Outcomes, y el Thyroid Specific QOL Outcomes (Thyroid version of the City of Hope Quality).

Los pacientes reportaron una adecuada información y apoyo recibido durante el tratamiento del cáncer y el cuidado, y por lo general estuvieron satisfechos por la información recibida, tanto en el diagnóstico inicial, pronóstico y tratamiento. Además reconocieron el tiempo que dedicaron los doctores, las enfermeras y otros integrantes del hospital, sin embargo, reportaron que los profesionales y el personal del hospital no proporcionaron una adecuada guía de dónde conseguir un apoyo emocional. A los pacientes les interesaban temas como los accesos a tratamiento, el entender por qué ellos tuvieron cáncer, el manejo del impacto y del tema con su familia, el diagnóstico y la posible recurrencia.

La información recabada por estos autores, indica que algunos doctores no les preguntan a sus pacientes acerca del apoyo emocional necesitado, para que ellos no comiencen una discusión con aspectos psicosociales. Sin embargo, los pacientes comentan que ellos no sienten la confianza de tener la apertura emocional al pensar que los aspectos emocionales no le conciernen al doctor, generándose de esta manera, un círculo vicioso.

Asimismo, los autores indican que los pacientes reportaron una inadecuada información en cuanto a los factores de estilo de vida, información de qué podía afectar la recurrencia, las consecuencias negativas del rastreo, las causas del cáncer de tiroides, cómo manejar los efectos secundarios, dónde obtener información más reciente en el diagnóstico, tratamiento y efectos secundarios, así como otra información relevante a la enfermedad.

El 91.9% de la población, no había asistido a un grupo de apoyo o a un grupo educativo organizado relacionado con el cáncer de tiroides, y de este porcentaje 43.6% comentó estar anuentes a asistir a un grupo. La principal fuente de información fueron los sitios de internet, los panfletos, los libros o videos. Además, cabe mencionar que los porcentajes de búsqueda de ayuda a psicólogos y trabajadores sociales o consejeros espirituales o religiosos fueron sumamente bajos.

Así como otros autores, Rubenfeld (2002), concuerda con que las enfermedades tiroideas son muy comunes, y curiosamente la desinformación acerca de la glándula de tiroides es alta, aunque ésta provenga de los medios de comunicación, o por amigos o familiares bien intencionados. Esta mal información, genera temor, ansiedad, y dudas acerca de la enfermedad y su tratamiento. A pesar de que muchos doctores informados responden a dudas de los pacientes, pueden no tener el tiempo suficiente o disposición de hacerlo durante consulta, y muchas dudas se generan al salir del consultorio. Por lo mismo es que éste autor crea este libro para que las personas lo utilicen como referencia ante las dudas que tengan en torno a enfermedades de la tiroides. Se incluyen temas tales como: conocimiento de la tiroides, diagnóstico, hipotiroidismo, terapia de levotiroxina, hipertiroidismo, tiroidectomía, cáncer de tiroides, entre otros.

Por otro lado, el estudio realizado en Alemania por Tagay, Herpetz, Langkafel, Erim, Bockish, Senf, et al (2006), se basó principalmente en conocer las quejas físicas, la depresión y la ansiedad de los pacientes, así como correlacionar aspectos físicos y mentales, e identificar los factores que influyen la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en esta población.

El estudio se realizó con 136 pacientes, y la metodología se basó en cuestionarios físicos y psicológicos. Se utilizaron los siguientes instrumentos: *The Medical Outcome Study Short-form 36 (36) for HRQL y funcionamiento social y psicológico*, *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* para medir depresión y ansiedad, *Beck Depression Inventory (BDI)* para medir síntomas cognitivos y físicos, *Profile of Mood States (POMS)* para medir psychological distress, y estados de ánimo específicos, así como *The Physical Complaints Scale*.

El 63% de los pacientes reportaron ansiedad, 17% depresión y 63% angustia mental. La CVRS fue considerablemente reducida tanto en las dimensiones físicas como psicosociales en los pacientes con cáncer de tiroides e hipotiroidismo. Además, existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión, aunque la presencia de ansiedad es mayor que la depresión en estos pacientes. Asimismo, se encontró como varios síntomas psiquiátricos detectados llegan a afectar la calidad de vida de los pacientes, donde pueden llegar a tener una disfunción neurocognitiva incluyendo la pérdida de la memoria y la depresión (Tagay, Herpetz, Langkafel, Erim, Bockish, Senf, et al, 2006).

La calidad de vida también va a depender de la manera en la que los pacientes respondan al proceso de la enfermedad. Para esto, Kung, Rummans, Colligan, Clark, Sloan, Novotny, et al. (2006), llevaron a cabo un estudio en Estados Unidos, enfocado en el optimismo y pesimismo en pacientes con cáncer de tiroides.

Este estudio se basó en buscar la relación entre factores físicos y mentales que influyen el estilo de personalidad del individuo, debido a que las emociones positivas y creencias están asociadas a buenos resultados para los pacientes con cáncer que

experimentan adversidad. Además, la información es limitada respecto al optimismo y pesimismo en relación con la calidad de vida de los pacientes con cáncer en la cabeza, cuello y tiroides, por lo que se aplicó el MMPI-2 a 104 pacientes con cáncer de tiroides.

En los pacientes con cáncer de tiroides, el optimismo se relacionó con una mayor calidad de vida en las escalas mentales y físicas, tomando en cuenta la salud mental, vitalidad, limitación de roles debido a problemas emocionales, funcionamiento social, percepciones generales de la salud y dolor de cuerpo.

Un estilo de vida óptimo podría generar una mayor calidad de vida mental y física en pacientes con cáncer en la cabeza, cuello y tiroides. Además, existe una menor angustia para los pacientes con este tipo de cáncer que los pacientes con algún otro cáncer asociado con el consumo de tabaco y alcohol. Asimismo, se encontró un mayor optimismo en los pacientes con cáncer de tiroides que en los otros con cáncer de cabeza y de cuello.

3.4. Intervenciones cognitivo conductuales

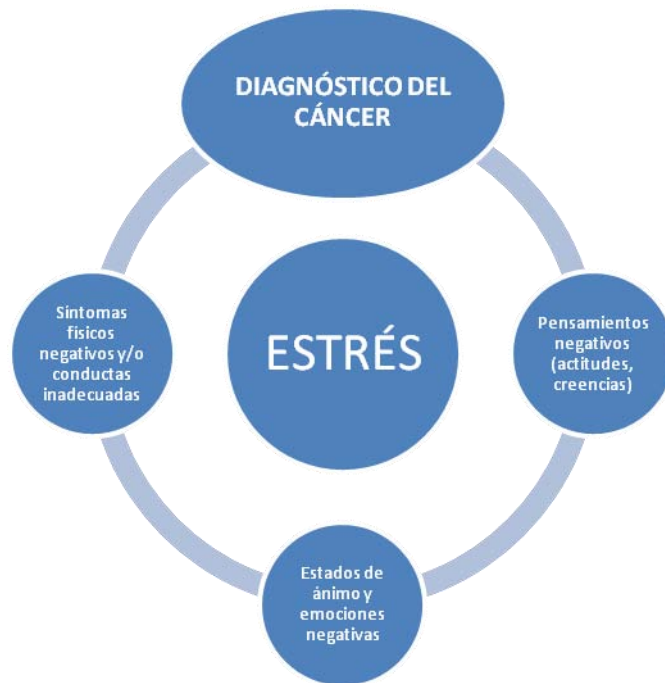
Las terapias desde el modelo cognitivo conductual, constituyen actualmente una de las opciones más poderosas a la hora de intervenir psicológicamente. Estas terapias incorporan tanto intervenciones conductuales (disminuir conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento), como intervenciones cognitivas (disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y patrones de pensamiento del individuo). Por lo que, el objetivo de esta terapia es reducir el malestar o conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o

proporcionando experiencias nuevas de aprendizaje, mucho más adaptativas (Brewin, 1996, citado en Caballo, 2005).

Ingram y Scott (1990, citados en Caballo, 2005), establecen que las terapias cognitivo conductuales comparten determinadas suposiciones tales como por ejemplo que los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales, en lugar de los mismos acontecimientos; el aprendizaje está mediado cognitivamente; la cognición es la que afecta las emociones y la conducta y viceversa, por lo que modificando las cogniciones se pueden modificar las emociones y las conductas.

Por lo tanto, es importante realizar un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno. Esta terapia tiene como fin una modificación del pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la forma de interpretar y comprender la enfermedad por el paciente cuando el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados en relación con su enfermedad y su situación verdadera (Prieto, 2004). Independientemente del tipo de cáncer que posee el paciente, el diagnóstico parece ser un momento crucial para afrontar el proceso de dicha enfermedad.

Figura #14. Círculo del estrés



Nota. Figura adaptada de Prieto

El autor explica a partir de esta figura como el temor al cáncer, no sólo implica tener miedo a la enfermedad, sino miedo al tratamiento y sus efectos secundarios. Este miedo provoca ansiedad y puede hacer que las reacciones al tratamiento sean peores. La mayoría de los efectos secundarios pueden controlarse por medio de técnicas de relajación, visualización y terapias cognitivas (Prieto, 2004).

Prieto (2004), establece una lista de actitudes y actividades en la lucha contra el cáncer, las cuales fueron aprobadas por el Instituto Nacional Americano para el Cáncer. Dentro de las más relevantes dentro del tema de investigación, se destacan las siguientes:

<ul style="list-style-type: none"> • Ser consciente de que el diagnóstico de cáncer no es necesariamente una sentencia de muerte. 	<p>Practicar relajación e intentar visualizar la recuperación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No preocuparse cuando el curso de la enfermedad no evoluciona como hubiéramos deseado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir los consejos dados por el médico y equipo asistencial.
<ul style="list-style-type: none"> • No sentirse solo o desamparado. Recuerde que constituye un elemento importante en su recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Luchar contra el sentimiento de soledad. No permitir que las relaciones entre familiares y amigos sean diferentes a como eran antes del diagnóstico.
<ul style="list-style-type: none"> • Ser consciente de lo que realmente puedo y no puedo hacer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar no relegar en otras personas aquellas actividades que usted realmente pudiera realizar.
<ul style="list-style-type: none"> • Intentar describir la enfermedad en términos de esperanza. Sentirla como un desafío y no describirse como una víctima. Hacer planes a futuro, no renunciar a conseguir nuevas metas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intentar descargar emociones y sentimientos negativos.

En relación con esto, se han creado varios programas de técnicas cognitivo conductuales. Dentro de esto se enmarca la investigación realizada en Colombia por García, Martínez y Cáceres (2001), la cual tuvo como fin implementar un programa cognitivo conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y tratamiento médico en pacientes de la Unidad de Oncología de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramón González Valencia en Bucaramanga.

Este estudio fue conformado por 50 participantes (25 en el grupo experimental y 25 en el grupo control). La variable dependiente fue el afrontamiento, el cual fue categorizado como crisis, ansiedad y depresión. Se utilizaron los siguientes instrumentos: STAI (Inventario de Ansiedad Estado), IDB (Inventario de Depresión de Beck), y CASIC (Sistema de valoración Cognoscitivo, Afectivo, Somático, Interpersonal, y Conductual). Éste último fue adaptado por los autores, para los pacientes oncológicos. El programa cognitivo conductual tuvo una duración de 6 semanas (12 sesiones, 1 a 2 horas cada una).

Como resultado, hubo cambios adaptativos en ambos grupos, sin embargo, hubo cambios más significativos en el afrontamiento de la enfermedad en la muestra experimental, demostrados a través del análisis post test-re test. Se confirmó la hipótesis inicial la cual planteaba que un programa de intervención influye en el afrontamiento de la crisis que se genera a partir del diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer, ya que disminuye los niveles de crisis, ansiedad y depresión (García, Martínez & Cáceres, 2001).

Otro ejemplo, siguiendo la misma línea, es el de un estudio con pacientes de cáncer de mama, el cual tomó en cuenta los mecanismos de afrontamiento así como los pensamientos, las conductas y las reacciones emocionales.

El estudio, deseaba evaluar el impacto en la vida de los pacientes y sus familias del diagnóstico de cáncer de mama, desarrollar intervenciones para disminuir el estrés y ansiedad, mejorar la calidad de vida, y ahondar en los factores psicológicos y biológicos en el progreso de la enfermedad. En este estudio participaron 215 pacientes,

y la mayor importancia se le dio al método utilizado: Cuestionario PCE (de pensamientos, conductas, emociones). Este cuestionario contenía ítems tales como “intento no pensar en ello”, “busco ayuda en otras personas”, “me desespero”, entre otros (Font & Cardoso, 2009).

Se obtuvo como resultado que la mitad de las personas no buscan información ni ayuda en otras personas, y que es menor la cantidad de personas que intentan disfrutar tomando en cuenta los aspectos positivos. En cuanto a los pensamientos, los pacientes se inclinaron a superarlo por ellos mismos; en relación con las emociones, la mayoría optó por resignarse.

De acuerdo con lo anterior, es importante conocer cuáles son los principales recursos que las personas con cáncer papilar de tiroides utilizan durante el proceso, tomando en cuenta las creencias, pensamientos y conductas que se encuentran presentes, ya que todos estos aspectos se interrelacionan. Existen diversas formas de afrontamiento, algunas de las cuales deben ser manejadas de manera más efectiva para evitar que las secuelas físicas influyan en diversas áreas de la paciente, mejorando de esta manera, su calidad de vida.

- Terapia Racional Emotiva Conductual

El marco filosófico de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) se basa primordialmente en la premisa estoica de que “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones” (Epicteto, siglo I d.C, citado en Lega, Caballo & Ellis, 2002, p.18).

La TREC procura alcanzar un cambio filosófico en el paciente, que afecte a sus emociones y conductas presentes y futuras. Se basa en varias ideas tales como que las personas son las que generan principalmente sus propias perturbaciones emocionales, al creer en ideas absolutas e irracionales profundas. Asimismo, se destaca la autodeterminación del individuo, el cual puede elegir de forma activa producirse malestar o no a sí misma. Por último, se debe trabajar activamente para modificar los pensamientos, sentimientos, y conductas, de manera que se pueda alcanzar una nueva base psicológica que posibilite a las personas no sólo sentirse mejor o aliviar sus síntomas actuales, sino lograr también un punto de vista revisado frente a las situaciones nuevas, pasadas y futuras. Esto con el fin de que se perjudiquen a sí mismos lo menos posible, y si recaen, a que disminuyan de nuevo sus perturbaciones (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

La TREC, se basa en la concepción de que tanto las emociones son producto de las creencias de un individuo, y de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962, citado en Lega, Caballo & Ellis, 2002). Por lo mismo, es que el principal propósito de la TREC es asistir al paciente en identificar sus pensamientos irracionales o disfuncionales, y ayudarlo a reemplazar éstos por otros más racionales o eficientes, de manera que pueda lograr de manera más eficaz determinadas metas.

La TREC utiliza el modelo ABC para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos. Se centra principalmente en la manera de pensar del individuo, la forma en la que el paciente interpreta su ambiente y circunstancias, así como las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo sobre otras personas y sobre el mundo (Ellis, 1975, citado en Lega,

Caballo & Ellis, 2002). Debido a esto, la TREC le atribuye al individuo su responsabilidad a la hora de pensar, sentir y comportarse.

Prieto (2004) también apoya esta visión de que las personas se sienten en muchas ocasiones perturbadas por la manera en la que interpretan los acontecimientos, y no por los acontecimientos de la vida en sí. El origen de las alteraciones emocionales se encuentra en el pensamiento erróneo o irracional que impide, obstaculiza o dificulta el alcanzar metas determinadas. En el caso específico del enfermo de cáncer, estos pensamientos irracionales se dificultan ante la aceptación del diagnóstico, seguimiento de las prescripciones médicas, y participación activa en la batalla contra la enfermedad.

Para conseguir su finalidad, la TREC emplea técnicas cognitivas, conductuales y emotivas.

Técnicas cognitivas:

- Entrenamiento en detección de creencias irracionales: se le solicita al sujeto que apunte sus creencias negativas respecto a la enfermedad y que señale su intensidad.
- Técnicas de persuasión verbal: se realiza un debate entre el paciente y terapeuta, con el fin de determinar la validez o no de las creencias que se tiene en relación con el cáncer.
- Entrenamiento en autoinstrucciones: repetir una serie de frases que se refieran al objetivo a conseguir con el propósito de reforzar su creencia.

- Distracción cognitiva: se invita al paciente a utilizar tareas que lo distraigan y que frenen la fijación de creencias que invaden sus pensamientos. Por ejemplo, leer, escuchar música, relajarse, etc.

Técnicas conductuales:

- Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: la idea es entrenar en el desarrollo y adquisición de habilidades nuevas o conductas alternativas que se orienten a la superación de problemas específicos tales como el miedo, la sensación de aislamiento, el sentimiento de soledad o dificultades de comunicación.
- Programación de actividades: promover un incremento de la motivación del paciente.
- Entrenamiento en resolución de problemas: la idea es resolver las dificultades que se presenten en los pacientes a lo largo del proceso de la enfermedad. Por ejemplo, conflictos profesionales, matrimoniales, de relación y sexuales.
- Intervención del rol racional: invitar al paciente a que tome el lugar del terapeuta mientras éste asume el rol del paciente y observar los consejos que en su lugar le daría al enfermo.
- Exposición a las situaciones temidas: conducir al paciente al enfrentamiento con las situaciones más temidas por él y debatir sobre ellas.

Técnicas emotivas:

- Imaginación racional emotiva: utilizar la visualización como una forma de enfrentarse a las situaciones temidas por el paciente.
- Técnicas humorísticas: intentar reducir el dramatismo y disminuir las exageraciones del paciente con respecto a su enfermedad por medio del empleo del sentido del humor.
- Biblioterapia: Ofrecerle al paciente la lectura de libros con el fin de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias.

3.5. Habilidades sociales

Según el Ministerio de Salud de Perú (2005), el término de habilidad puede entenderse como diplomacia, capacidad, competencia, y aptitud. Existen muchas definiciones en torno a las habilidades sociales, incluso distintas maneras para etiquetar estas habilidades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, consideran dichas habilidades como “habilidades para la vida”.

No existe una sola definición del concepto, ni una definición universalmente aceptada, sin llegar a un acuerdo sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa. Meichenbaum, Butler y Grudson (1981, citados en Caballo, 2005) consideran que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social ya que esto va a depender de múltiples factores, principalmente el contexto en el que se desenvuelve en el individuo, donde habrán variaciones en relación con la edad, sexo, clase social y educación. Por ejemplo, una conducta considerada apropiada en

un contexto, podría ser inapropiada en otro. Por lo tanto, no puede haber una forma correcta de comportarse universalmente.

Debido a esto, algunos autores concuerdan con que la conducta socialmente habilidosa, debe definirse en términos de eficacia de su función en una situación. Algunas de las definiciones planteadas por diversos autores son las siguientes:

- “La conducta interpersonal que implica honesta y relativamente directa expresión de sentimientos” (Rimm, 1874, citado en Caballo, 2005, p.5).
- “Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente”. (Kelly, 1982, citado en Caballo, 2005, p.6).

Caballo por su parte, propone la siguiente definición: “La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 2005, p.6).”

Él establece varias dimensiones que deben ser valoradas:

Iniciar conversaciones	Rechazar peticiones: Decir “no” cuando se desea, de manera respetuosa, y no sentirse mal por hacerlo.
Mantener conversaciones	Defender los derechos: Expresión de los derechos cuando se ignoran o violan.
Expresar deseos	Expresión de afecto: reacción hacia otra persona en relación con los sentimientos.
Hacer cumplidos: hacer un cumplido es un reforzador social, resalta las características positivas.	Expresión de opiniones: Expresar voluntariamente preferencias, poder estar en acuerdo o desacuerdo con la otra persona.
Pedir favores: La persona debe ser capaz de pedir lo que desea sin violar los derechos de otras personas.	Expresión de desagrado

Es importante agregar que las habilidades sociales se adquieren por experiencia, y constituyen un patrón de conductas específicas en situaciones sociales concretas. Una persona puede expresar sentimientos positivos tales como agradecimiento, y a pesar de esto, experimentar ansiedad, inhibirse, y no plantear una queja. Este individuo podría ser socialmente habilidoso en el contexto familiar, pero no en el ámbito laboral, o bien, puede desenvolverse bien con personas de su mismo sexo, y tener dificultades con las del sexo contrario (Olivares & Méndez, 2001).

Estos autores establecen que en cualquier relación interpersonal un individuo persigue tres objetivos generales: 1. Alcanzar la meta que se ha marcado, 2. Fomentar una relación positiva con la otra persona, 3. Mantener su autosatisfacción. Como se mencionó anteriormente, muchos los factores que pueden influir en que estos objetivos se alcancen.

Caballo (2002) señala que la probabilidad de que estas conductas ocurran y se desarrollen, se encuentran regidas principalmente por factores cognitivos y conductuales del individuo, y su interacción con el ambiente.

La conducta social se conceptualiza sobre las bases de la reciprocidad e influencia mutua, ya que no sólo se ve influida por el individuo, sino también por las respuestas de los demás, lo cual propicia la creación de un ambiente social. Cómo nos tratan los demás es, en gran medida, un reflejo de nuestro comportamiento hacia ellos (Caballo, 2005).

Las habilidades sociales tienen tres componentes fundamentales (Caballo, 2005):

1. Conductuales: componentes verbales (elementos del habla, de la conversación), no verbales (sonrisas, postura corporal, expresión facial etc.), y del ambiente (variables físicas sociodemográficas, organizativas, interpersonales y conductuales).
2. Cognitivos: percepciones sobre ambientes de comunicación, y variables que van a depender por ejemplo de la concepción que el individuo tiene de sí mismo y del mundo.

3. Fisiológicos: tales como tasa cardíaca, presión sanguínea, flujo sanguíneo, respiración, etc.
- Técnicas de evaluación de habilidades sociales

En la evaluación de las habilidades sociales es fundamental un análisis funcional de la conducta.

“La importancia de la relación entre la conducta y sus consecuencias y los patrones únicos que pueden prevenir de determinadas clases de relaciones exige una búsqueda cuidadosa de las consecuencias que mantienen las conductas no deseables, así como de las conductas deseables que podrían ser reforzadas. Las consecuencias pueden tener una serie de fuentes, incluyendo las reacciones sociales, las emociones, los acontecimientos ambientales, los factores fisiológicos y las cogniciones” (Caballo, 2005, p.114).

Collins y Collins (1992, citados en Caballo, 2005), proponen fundamentándose en propuestas de Lazarus (1981) del BASIC I.D., el utilizar un marco similar para la evaluación de las categorías que pueden ser importantes: conducta, emociones, sensaciones, pensamientos, relaciones, imaginación, drogas (y estado fisiológico general), y ambiente (Caballo, 2005).

Esta autor establece que hay varios factores que se deben tomar en cuenta. Algunas de ellas son:

- La conducta es lo manifiesto de las habilidades sociales, tanto globalmente como en sus aspectos específicos.

- Las emociones positivas pueden facilitar al mantenimiento de la conducta (socialmente habilidosa) que las produce, mientras que las emociones negativas, como por ejemplo, ansiedad o temor, pueden servir bien para debilitar ciertas conductas (no habilidosas) a las que siguen (castigo), o para fortalecer comportamientos (socialmente habilidosos) que hacen que desvanezcan emociones negativas. Los componentes emocionales incluyen la ansiedad, la ira y la depresión.
- Las sensaciones relacionadas principalmente con la ansiedad pueden ser una dificultad para actuar de forma socialmente adecuada, y la inducción de sensaciones de relajación y tranquilidad pueden formar parte de un programa de entrenamiento en habilidades sociales.
- Las relaciones interpersonales pueden ser el centro de atención en el entrenamiento de habilidades sociales, al ayudar u obstaculizar el cambio de conducta del individuo. Un factor importante de mantenimiento es el reforzamiento social por parte de personas significativas. Asimismo, una buena red social puede ayudar a modificar conductas sociales inadecuadas y un aumento de la habilidad social podría mejorar y aumentar la red social que rodea al individuo. El ambiente que rodea al individuo es muy potente, tanto que a veces sin un cambio de este contexto, el entrenamiento en habilidades sociales serviría poco.
- Las drogas y el estado fisiológico podrían afectar la conducta. La influencia de estos aspectos es desconocida.

Hay varios instrumentos que han sido creados con el fin de evaluar las habilidades sociales. Por ejemplo, se encuentra la Escala-Inventario de la Actuación Social (SPSS Social Performance Survey Schedule) (Lowe & Cautela, 1978, citados en Caballo, 2005), la cual consta de 100 ítems: 50 conductas sociales positivas, y 50 conductas sociales negativas, donde se le pregunta a los sujetos la frecuencia con la que realizan cada conducta. También se encuentra el Inventario de Situaciones Sociales, un instrumento cuantitativo para la medición de habilidades sociales.

La Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero (2000), está compuesta por 33 ítems (28 redactados para detectar la falta de aserción o déficit en habilidades sociales, y 5 de ellos en un sentido positivo). Tienen presentes los siguientes factores: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o conformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (Gismero, 2000, citada en Caballo, 2005). Algunos otros son la Escala sobre Conducta Interpersonal (Arrindell et al, 1990), Inventario de Resolución de Conflictos (McFall y Lillesand, 1971), Inventario de Asertividad-Agresividad de Bakker (1980, citado en Caballo, 2005).

- Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS), se encuentra entre las técnicas más poderosas y frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, en diversos contextos: salud, laboral y organizacional, psicosocial y formación de profesionales (Olivares & Méndez, 2001). El EHS ha sido y es aplicado en multitud de áreas, problemas, situaciones y poblaciones. El EHS se puede definir como

“un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” (Goldsmith y McFall, 1975 citados en Caballo, 2005, p.181). Asimismo, es un procedimiento multicomponente, por el cual se adquiere o facilita la emisión de conductas habilidosas, ausentes o existentes del repertorio conductual del sujeto, aunque inhibidas por una elevada ansiedad y/o por inadecuadas cogniciones (Olivares y Méndez, 2001).

Se han establecido una serie de razones por las cuales los sujetos se ven impedidos a manifestar una conducta socialmente habilidosa (Caballo, 2005):

1. Las respuestas habilidosas no están presentes en el repertorio de respuestas de un individuo. Pudo no haberlo aprendido o haber aprendido una inapropiada.
2. El individuo siente ansiedad condicionada que le impide responder de una manera socialmente adecuada.
3. El individuo contempla incorrectamente su actuación social, autoevaluándose negativamente. Esto va a estar acompañado de pensamientos autoderrotistas, o bien, podría estar temeroso de las posibles consecuencias de la conducta habilidosa.
4. Falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada. Esto podría darse debido a una carencia de valor reforzante por parte de las interacciones interpersonales.
5. El individuo no sabe discriminar correctamente las situaciones en las que una respuesta determinada probablemente sea efectiva.

6. El individuo no está seguro de sus derechos o no considera que tenga el derecho de responder apropiadamente.
7. Obstáculos ambientales restrictivos que impiden al individuo expresarse apropiadamente o que incluso castigan la manifestación de esa conducta socialmente adecuada.

Estos puntos fueron reagrupados por Bellack y Morrison, 1982 (citados en Caballo, 2005), en los siguientes modelos: Modelo de los déficits en habilidades, Modelo de ansiedad condicionada, Modelo cognitivoevaluativo, Modelo de la discriminación errónea.

Por lo tanto, el proceso del EHS, debe implicar cuatro elementos:

1. Entrenamiento en habilidades: Se enseñan conductas específicas y se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Pueden incluirse las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento. A veces, dependiendo del problema particular del sujeto, sólo se emplea este procedimiento del EHS
2. Reducción de la ansiedad: En situaciones sociales problemáticas. Ésta normalmente se adquiere indirectamente, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa. Se puede emplear técnicas de relajación y desensibilización sistemática (si nivel es alto).

3. Reestructuración cognitiva: Se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Esta técnica habitualmente es utilizada, especialmente aspectos de la terapia racional emotiva, autoinstrucciones, etc.
4. Entrenamiento en solución de problemas: Se enseña al sujeto a valorar las situaciones relevantes, a generar respuestas, a seleccionar una de estas respuestas y a enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo.

De aquí que Olivares y Méndez (2001), establecen que las técnicas o componentes básicos del EHS son las instrucciones, modelado, ensayo de conducta, reforzamiento positivo y retroalimentación.

4. Problema

Según el Instituto Nacional de Cáncer (2010), aproximadamente 8 de cada 10 personas, es decir un 80% con cáncer de tiroides sufren del tipo papilar. Roberts, Lepore y Urken (2008) coinciden con esto, reiterando que el cáncer papilar de tiroides es el tipo más común.

A pesar de que sea el tipo más común de cáncer de tiroides, existe una gran desinformación al respecto, por lo que, surge una gran preocupación por parte de las pacientes acerca de sus vidas, afrontamiento, sus relaciones con los demás, y otros aspectos de gran importancia lo cual conlleva a la importancia de investigar las reacciones cognitivo conductual emocionales. Esto no solamente aportaría un mayor apoyo sino una mayor comprensión hacia las mismas pacientes, familiares, y demás personas que los rodean. Al no existir trabajos recientes desde este modelo y que tomen en cuenta los aspectos relevantes de las pacientes con cáncer papilar de tiroides, es evidente que existe una falta de información, y que ésta es poco concreta en el país, por lo que es de gran interés saber:

¿Cuáles son los aspectos teóricos, conocimientos, habilidades, estrategias y procedimientos que debe contener una guía cognitivo conductual emocional para mejorar las habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer papilar de tiroides?

5. Objetivos

5.1. Objetivos Generales

1. Determinar los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales que presentan las mujeres con cáncer papilar de tiroides del Área Metropolitana.
2. Elaborar una guía cognitivo conductual emocional para la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer papilar de tiroides del Área Metropolitana.
3. Validar la guía a través de criterios de expertos, pacientes y supervivientes de cáncer papilar de tiroides del Área Metropolitana.

5.2. Objetivos Específicos

- 1.1 Determinar las creencias, atribuciones, pensamientos, y percepciones que poseen las pacientes hacia el cáncer papilar de tiroides.
- 1.2 Identificar los patrones de comportamiento que afectan a las mujeres con cáncer papilar de tiroides.
- 1.3 Explorar las principales reacciones emocionales positivas y negativas de las mujeres durante el cáncer papilar de tiroides.
- 1.4 Determinar las habilidades sociales y estrategias de afrontamiento que tienen las mujeres con cáncer papilar de tiroides.
- 2.1 Crear una guía que integre los aspectos cognitivo conductual emocionales más relevantes en las mujeres con cáncer papilar de tiroides.
- 3.1 Realizar una validación empírica de la guía a través de criterios de expertos, pacientes y supervivientes de cáncer papilar de tiroides.

6. Metodología

6. 1. Tipo de estudio

Este estudio fue exploratorio, ya que “los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006, p.100), por lo tanto, se trata de contribuir con nuevas ideas del tema. Asimismo, Hernández, Fernández y Baptista (2006) establecen que una de las características del estudio exploratorio es la no existencia de guías investigadas del tema. Tal como se ha especificado anteriormente, la literatura demuestra que actualmente no existe ninguna guía nacional del tema. Esto indica que el tema ha sido poco estudiado, lo cual valida su importancia.

6.2. Diseño

El estudio fue no experimental, ya que éste es el que se realiza sin manipular deliberadamente variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2006, p.205). Se realizó en un contexto natural sin manipulación de variables y principalmente se pretendió indagar con el fin de realizar un análisis posteriormente.

Este diseño fue transversal exploratorio, ya que tal y como establecen Hernández, Fernández y Baptista (2006), se recolectaron datos en un momento específico, es decir, midiendo las reacciones en un solo momento y tiempo único, y además, al ser un tema poco conocido se enfocó en explorar estas reacciones de un grupo determinado, en este caso, de pacientes con cáncer papilar de tiroides.

6.3. Sujetos de investigación

Para el desarrollo de esta investigación se incluyeron pacientes y supervivientes de cáncer papilar de tiroides, localizados por medio de la Asociación Costarricense de Tiroides (ASOCATI), médicos entrevistados y a través de las redes sociales.

Descripción de la Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides (ASOCATI)

Esta Asociación realiza grupos de apoyo para personas con cáncer de tiroides las cuales son contactadas por medio de los diversos centros de salud pública y privada del país, o referidos por médicos de dichas instituciones. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los afectados ofreciendo apoyo profesional, material y emocional (ASOCATI, 2012).

Descripción de la muestra

La muestra fue de 23 mujeres, incluyendo a supervivientes y a mujeres que aún se encuentran en el proceso de tratamiento de cáncer de tiroides. Específicamente se incluyeron a mujeres entre los 25 y 55 años de edad, ya que la Sociedad Americana del Cáncer (2013), establece que el cáncer papilar de tiroides afecta fundamentalmente a las personas entre estas edades, especificando que dos de cada tres casos se encuentran entre los 25 y 55 años de edad, lo cual se evidencia además en los datos estadísticos de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Asimismo, se seleccionaron varios familiares y cuidadores los cuales fueron contactados a partir de los grupos focales con las pacientes. En total acudieron 7 familiares y cuidadores.

Criterios de inclusión de las supervivientes

- A) Supervivientes que hayan sido diagnosticadas por un médico con cáncer papilar de tiroides.
- B) Supervivientes que hayan sido diagnosticadas con cáncer papilar de tiroides entre los 25 y 55 años.
- C) Supervivientes que durante el proceso de cáncer papilar de tiroides hayan estado en un constante control médico.
- D) Supervivientes que hayan superado el proceso de cáncer papilar de tiroides en el último año.

Criterios de inclusión de las pacientes

- A) Pacientes que hayan sido diagnosticadas por un médico con cáncer papilar de tiroides.
- B) Pacientes que actualmente se encuentran en un constante control médico.

Criterios de inclusión de los psicólogos

- A) Que tengan mínimo dos años de experiencia trabajando con pacientes con cáncer de tiroides.
- B) Que sean como mínimo licenciados en Psicología.

Criterios de inclusión de los oncólogos

- A) Que tengan mínimo dos años de experiencia trabajando con pacientes con cáncer de tiroides.
- B) Que estén especializados en Oncología.

Criterios de inclusión de los endocrinólogos

- A) Que tengan mínimo dos años de experiencia trabajando con pacientes con cáncer de tiroides.
- B) Que estén especializados en Endocrinología.

6.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Para la realización de esta investigación, se procedió a utilizar dos técnicas:

- Entrevistas semiestructuradas:

Estas entrevistas fueron dirigidas a profesionales que tuvieran experiencia con pacientes con cáncer papilar de tiroides. En estas entrevistas, se contemplaron las principales reacciones cognitivas, conductuales y emocionales de las pacientes.

- Grupos focales:

Se realizaron grupos focales semidirigidos con las pacientes y supervivientes de cáncer papilar de tiroides, así como con los familiares y cuidadores de las mismas. En los grupos focales semidirigidos, siguiendo los estilos de moderación de Valles (1999),

generalmente el formato de entrevista e interrogación es “algo estructurado”. Para esto, se utilizó una grabadora de voz y una cámara con video para poder transcribir los datos y de esta manera lograr una mayor validez y confiabilidad.

6.5. Procedimiento

La presente investigación fue realizada en siete etapas que van desde la recolección de la información hasta la formalización y validación de la guía.

Etapa I: Recolección de información bibliográfica

Esta recolección se realizó en los centros de salud públicos y privados del país que cuentan con amplia trayectoria en cáncer de tiroides: Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia y Hospital México. Además, se recolectó información solicitándola a las siguientes asociaciones y fundaciones relacionadas con cáncer en nuestro país: la Fundación Dra. Anna Gabriela Ross, la Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides (ASOCATI), la Asociación Nacional Segunda Oportunidad de Vida (ANASOVI), así como la Thyroid Cancer Survivor’s Association (ThyCa) localizada en Nueva York. Asimismo se utilizaron referencias electrónicas, junto con artículos científicos relevantes adquiridos también a través de las bases de datos de la Universidad de Costa Rica, y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Toda esta recolección se realizó procurando tomar en cuenta aquellas referencias recientes y algunas que a pesar de que no eran tan recientes, fueron realmente útiles para la investigación.

Etapa II: Entrevista a profesionales con amplio conocimiento en cáncer de tiroides

Se seleccionó una psicóloga, un oncólogo y dos endocrinólogos que cuentan con amplia experiencia trabajando con pacientes con cáncer papilar de tiroides. Además, se entrevistó a dos miembros de ASOCATI, quienes a través de los grupos de apoyo, se relacionan constantemente con los pacientes con cáncer papilar de tiroides y sus necesidades. Para esto, se desarrolló un instrumento de entrevista semi-estructurada con los aspectos clave para la creación de la guía. Además, dichas entrevistas fueron grabadas y después transcritas, con el fin de obtener una mayor validez y confiabilidad.

Etapa III: Grupos focales con las pacientes y supervivientes de cáncer papilar de tiroides

Las 23 pacientes y supervivientes fueron contactadas a través de ASOCATI y contactos de médicos colaboradores. De esta forma se realizaron 3 grupos focales, una sesión por cada grupo. Esto se realizó en un espacio silencioso y cómodo, con el fin de que las participantes pudieran estar confortables. En estos grupos focales semidirigidos, se profundizó en los siguientes temas: la percepción de la enfermedad, conocimientos, reacciones, afrontamiento, información recibida durante el proceso, y redes de apoyo. Además, se les entregó el consentimiento informado, y se grabó el audio de las sesiones, para a partir de esto, transcribirlas.

Etapa IV: Grupos focales con los familiares y cuidadores cercanos de las pacientes y supervivientes de cáncer papilar de tiroides

Estos grupos focales semidirigidos, se realizaron exclusivamente con familiares y cuidadores cercanos de las pacientes con cáncer papilar de tiroides y de las supervivientes, quienes hayan tenido un contacto directo con las mismas durante el proceso de la enfermedad. Estos familiares y cuidadores fueron contactados mediante las primeras sesiones de focus groups con las pacientes, quienes nos facilitaron el contacto de los mismos. De esta manera, se generó un espacio de discusión en torno a los siguientes aspectos: las relaciones con los demás, redes de apoyo, estilos de vida, conocimiento de enfermedad y el manejo de la misma. Se realizó una sesión por cada grupo, y en total se realizó 1 grupo focal en un espacio silencioso y cómodo, con el fin de que los participantes pudieran estar confortables. Se les entregó el consentimiento informado, y se grabó el audio de las sesiones, para a partir de esto, transcribirlas.

Etapa V: Elaboración de la guía

Esta elaboración partió de la investigación previa a través de las entrevistas y de los grupos focales donde las pacientes expresaron los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. A partir de las habilidades sociales y estrategias de afrontamiento utilizadas actualmente por las pacientes, y las que fueron utilizadas por las supervivientes, se elaboró la guía escogiendo la información recaudada más pertinente, tomando en cuenta los puntos más comunes entre los distintos profesionales, pacientes y familiares y cuidadores. Fue así como se organizó por medio

de temas, para de esta manera integrarla recabando los aspectos esenciales del proceso de recolección de información.

Etapa VI: Validación de la guía

La guía fue validada por parte de profesionales con una experiencia mínima de dos años con pacientes con cáncer de tiroides. Además, fue validada por medio de las pacientes y supervivientes que colaboraron durante el proceso.

Para esto, se elaboró una guía de preguntas que se entregó junto con el documento, para que éstos evaluaran el contenido, con el fin de que valoren posibles correcciones, tomando en cuenta la eliminación o inclusión de otros datos. De esta manera, se logró una valoración de la información incluida, de la pertinencia y facilidad de uso de la guía, aportando recomendaciones relevantes.

6.6. Análisis de datos

El análisis se realizó a partir de la recopilación de los datos de las entrevistas y de los grupos focales, así como de las referencias bibliográficas, donde se transcribió la información recolectada y se sistematizó por categoría.

6.7. Protección de los sujetos

La protección principal fue por medio de un consentimiento informado que fue firmado por las pacientes y familiares y cuidadores que participaron en dicha investigación. A estas personas se les informó acerca de los objetivos de la investigación, de sus riesgos, beneficios, derechos y compromisos, tomando en

cuenta que ellos están participando de forma voluntaria y que se pueden retirar sin que esto cause un perjuicio para ellos. En caso de que ocurriera alguna situación fuera de lo esperada, se procedería a realizar un proceso de intervención en crisis, sin embargo, esto no fue necesario. (Anexo I).

6.8. Validez y confiabilidad

Para determinar con una mayor exactitud los datos, se grabaron las sesiones de los grupos focales en audio, se tomaron algunos videos y se transcribieron las sesiones. Esto para tener un record más detallado de cada uno de los relatos de los participantes.

Para las entrevistas, 2 de ellas se grabaron, y para el resto, se estableció un contacto directo con los profesionales, quienes incluso se mostraron anuentes a brindar retroalimentación y a responder dudas con respecto al proyecto. En todo momento se brindó seguimiento en este sentido.

7. Resultados

Para obtener los resultados, se obtuvo la información que procederemos a explicar a continuación, basándonos tanto en las entrevistas con los diversos profesionales así como los grupos focales con las pacientes, familiares y cuidadores de pacientes con cáncer de tiroides.

Primeramente, se establece una descripción acerca de la población que fue contactada, seguidamente se dividen los resultados por categorías: cognitivo, conductual, emocional, área laboral, trastornos. Por cada una de estas categorías, se detallan los resultados con mayor profundidad.

7.1. Características Profesionales entrevistados

Para la selección de los profesionales, se escogieron seis profesionales de cuatro distintas ramas relacionadas con el cáncer de tiroides: endocrinología, oncología, psicología, miembros de la Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides (ASOCATI).

Profesionales entrevistados	Edad promedio	Promedio de años de experiencia
<ul style="list-style-type: none">• Endocrinología (2)• Oncología (1)• Psicología (1)• Miembros ASOCATI (2)	50.3	15.6

En total se entrevistaron dos profesionales en endocrinología, un profesional en oncología, un profesional en psicología y dos miembros de ASOCATI. El criterio de inclusión se realizó tomando en cuenta que tuvieran mínimo dos años de experiencia trabajando con pacientes con cáncer de tiroides, así como que contaran con su respectiva especialización en el área y que actualmente se encontraran asistiendo a estos pacientes y/o cuidadores.

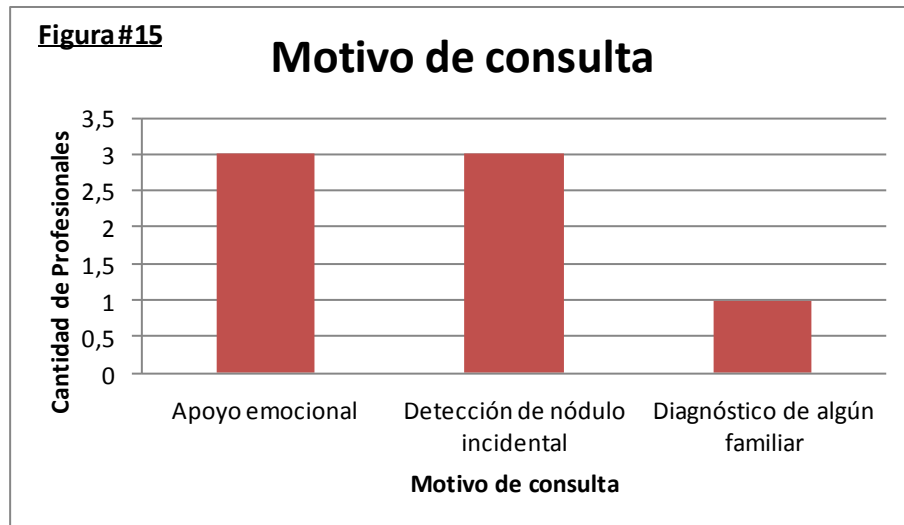
7.2. Resultados Entrevistas Profesionales

Para lograr sistematizar la información recolectada, se realizaron tablas que contienen las categorías establecidas para la clasificación de los datos: Motivo de consulta, diagnóstico, área cognitiva, conductual y emocional, área laboral, apoyo recibido, técnicas/estrategias (Ver Anexo 7).

A) Motivo de Consulta:

El total de los médicos (Oncólogo, Endocrinólogos) entrevistados indican que las pacientes acuden principalmente a consulta porque algún otro médico les detectó un nódulo incidentalmente, “por casualidad” y pocas veces porque se palpan un nódulo en el cuello. Asimismo, uno de los endocrinólogos comenta que sucede en ocasiones que algún familiar es diagnosticado, por lo que las pacientes deciden revisarse. La psicóloga indica que las pacientes acuden a sus servicios principalmente en búsqueda de apoyo emocional. Los profesionales de la Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides (ASOCATI), coinciden con este hecho, ya que ambos aseguran que las pacientes llegan en búsqueda de apoyo emocional durante el momento del diagnóstico

para poder sobrellevar el proceso de aceptación, y también debido a que se encuentran muy asustadas, con incertidumbre hacia el futuro.



B) Cognitivo

La totalidad de médicos (oncólogo, endocrinólogos) indicaron que las pacientes tienen pensamientos negativos principalmente por el significado que conlleva la palabra cáncer y por el alto grado de desinformación en la población general. Sólo la palabra cáncer origina incertidumbre, dudas y temores y por supuesto pensamientos negativos.

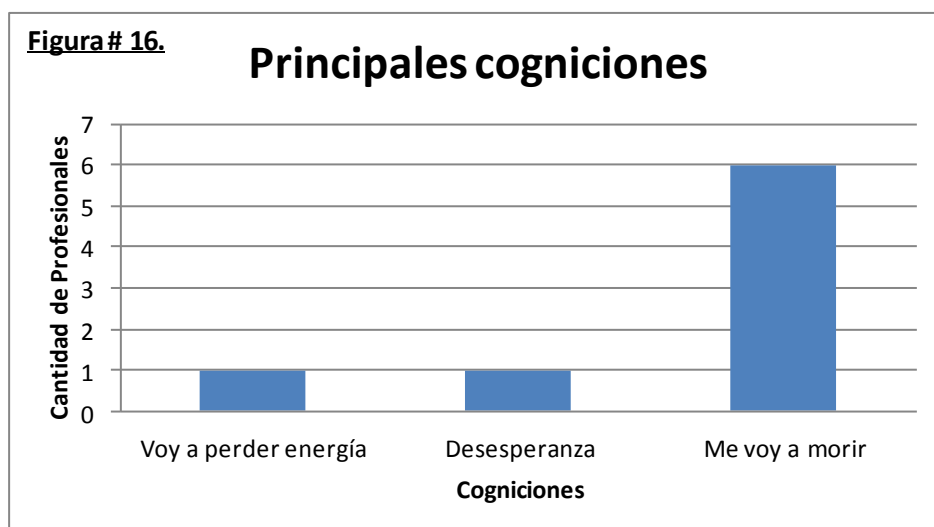
La psicóloga por su parte comenta que predomina la desesperanza la cual conlleva a cuestionamientos: “todo lo que me espera es feo, malo, cansado”, “¿por qué a mí?”, “¿me lo merezco?”; temores al futuro, si hay hijos, “¿qué pasará con ellos?” Ella comenta que la situación económica y la dinámica de estrés de la familia pueden influir en gran manera en la paciente.

Todos los entrevistados coinciden con que los pensamientos de muerte se encuentran presentes en las pacientes, quienes creen que es el final de sus vidas.

Los profesionales de ASOCATI, indican que las pacientes se ven influidas por la falta de información, comentarios de amigos, familiares, mitos, chismes, rumores, y creencias populares. Los médicos también coinciden con esto.

En cuanto a los mitos, el oncólogo indicó no conocer acerca de mitos ya que probablemente esto se ha visto influido por su labor en el área privada, donde el nivel sociocultural y educativo de sus pacientes es mucho más alto. Por otro lado, uno de los endocrinólogos comenta que uno de los mitos presentes es que todos los pacientes requieren yodo radioactivo, cuando en realidad esto no es cierto.

Uno de los profesionales de ASOCATI comenta que un fuerte mito es que al no tener la glándula de tiroides va a experimentar una falta de energía permanente. El otro profesional, indica que muchas veces se utilizan remedios caseros. Asimismo, uno de los endocrinólogos relata que después de la fase inicial de depresión, y a veces de negación, las pacientes se apegan a la realidad y al tratamiento.



C) Conductual:

El oncólogo comenta que después del período de ansiedad por el diagnóstico, las pacientes retoman su vida normal. Normalmente si preguntan él les recomienda dos semanas de incapacidad.

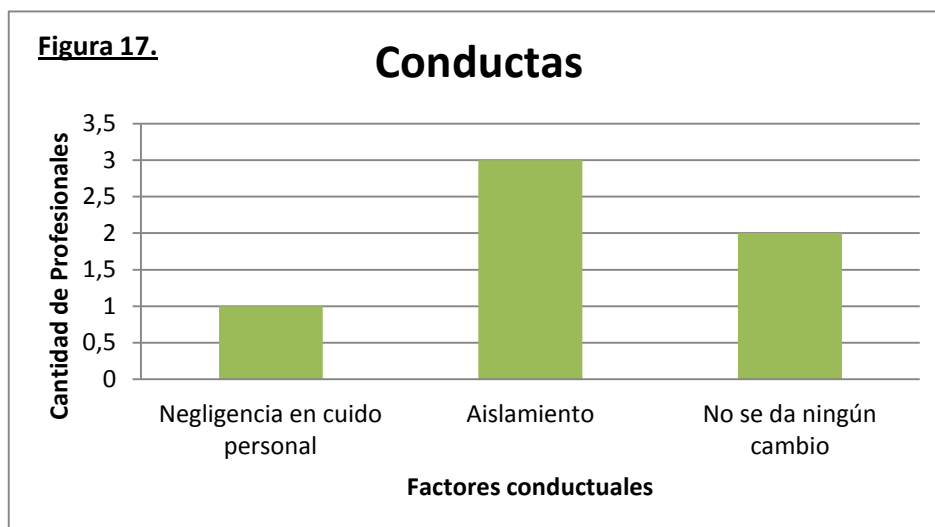
Uno de los endocrinólogos indica que cuando se les dice que la expectativa de vida es muy buena se tranquilizan. Él considera que la falta de información es la clave de todo. Comenta que hay pacientes que se vuelven muy negligentes en cuanto al cuidado personal, en el sentido de que tienen el diagnóstico inicial y tal vez reciben el tratamiento inicial y luego no vuelven a control; cuando vuelven ya pudo haber sido muy tarde. Asimismo, comenta que muchas pacientes deciden buscar otra opinión médica.

El otro endocrinólogo comenta que en su experiencia el aislamiento es poco frecuente, ya que luego del proceso bien tolerado, la posibilidad de recuperar la confianza y reanudar su vida es normal.

La psicóloga indica que hay pacientes que se aíslan cuando tienen síntomas de depresión a raíz de los pensamientos irracionales que conllevan a la depresión y desesperanza.

Relacionado con el aislamiento, uno de los profesionales de ASOCATI considera que este aislamiento social se puede dar en un 50% de las pacientes, ya que por mitos infundados muchas veces es la familia, compañeros de trabajo o de estudio los que promueven el aislamiento quizás hasta inconsciente. El otro integrante de la Asociación

también coincide con que se puede dar el aislamiento ya que existen muchos temores y una gran angustia por parte de las pacientes y piensan mucho en el “qué dirán”.



D) Emocional:

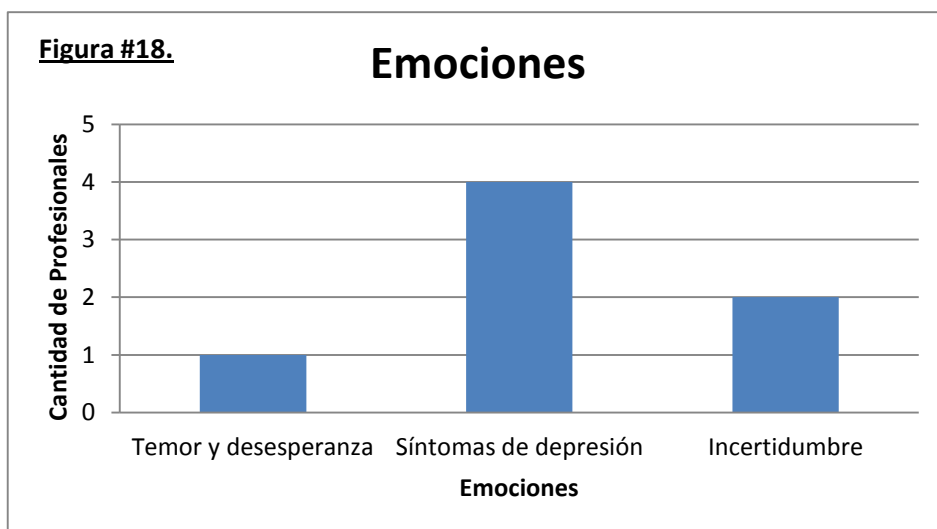
La psicóloga cometa que las principales emociones son el temor y la desesperanza, las cuales desencadenan en ansiedad y depresión. Algunas personas también presentan culpa. Ella considera que la mayor intensidad emocional se presenta al inicio, cuando todo es desconocido. Pueden sentirse muy vulnerables.

La psicóloga, uno de los endocrinólogos y los profesionales de ASOCATI, concuerdan con que se pueden presentar síntomas de depresión en las pacientes, además de que pueden presentar tristeza y ansiedad.

El oncólogo y uno de los endocrinólogos indican que muchas pacientes presentan incertidumbre.

Uno de los endocrinólogos considera que estas emociones alteran la dinámica familiar, ya que por ejemplo en el caso del yodo, se da una separación entre madre-hijo lo cual precipita estas emociones.

La psicóloga, los endocrinólogos y los profesionales de ASOCATI, consideran que el apoyo familiar es fundamental en este proceso emocional.



E) Área Laboral:

La psicóloga comenta que esta área presenta un gran temor para las pacientes, debido a la necesidad de tener que incapacitarse. Ella considera que esto también puede verse influido por la situación económica de la persona y si cuenta con apoyo en este sentido. Agrega que si todo el procedimiento sale bien y el descanso se respeta, no tiene por qué haber afectación en el rendimiento, asistencia ni continuidad.

El oncólogo comenta que en general la situación laboral no tiene por qué afectarse, únicamente si la persona vive de su voz (locutores, cantantes, etc.). Uno de los endocrinólogos también considera que no tiene que afectarse en nada, y él coincide

con el otro endocrinólogo, y uno de los profesionales de ASOCATI al comentar que se pueden sentir un poco mal, que se pueden ver afectadas durante los procedimientos y cambios hormonales, donde el rendimiento y capacidad física se ve reducida. A pesar de esto, consideran que las pacientes pueden mantener una vida prácticamente normal en este sentido.

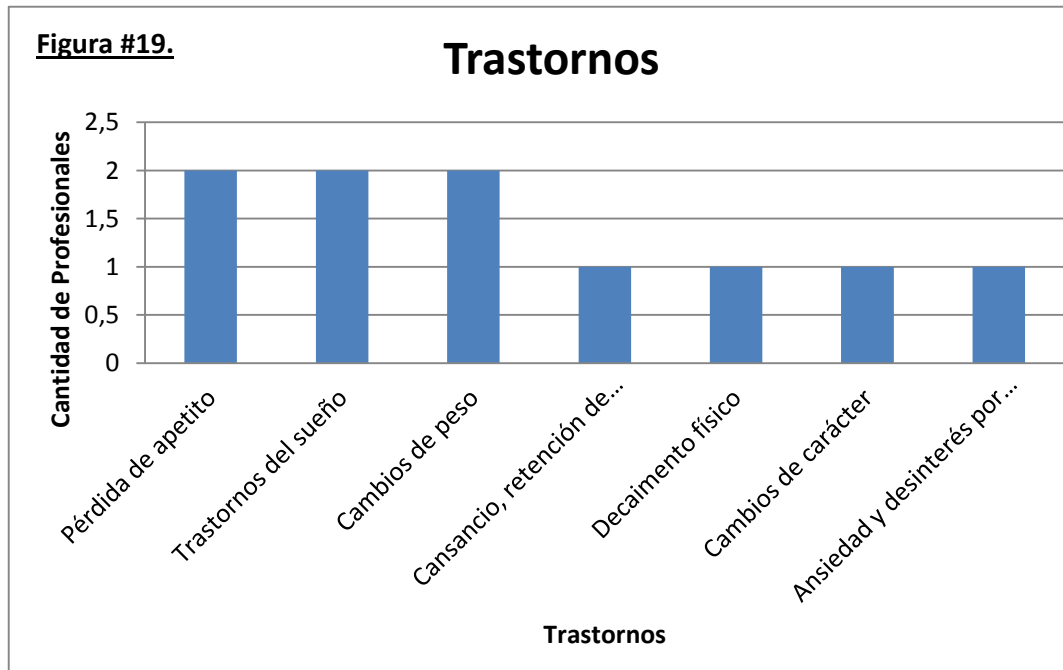
El otro profesional de ASOCATI comenta no conocer acerca del tema.

F) Trastornos

La psicóloga concuerda con uno de los profesionales de ASOCATI, ya que ambos indican que los trastornos más comunes son la pérdida de apetito y trastornos del sueño. Uno de los endocrinólogos también menciona que el insomnio es parte del proceso por el cual deben pasar las pacientes.

Por otro lado, el oncólogo comenta que prácticamente de lo único que se quejan las mujeres es del aumento de peso, quien concuerda con el endocrinólogo. Este endocrinólogo indica que además del aumento de peso, presentan en ocasiones también cansancio, falta de concentración, retención de líquido y depresión.

Uno de los profesionales de ASOCATI también menciona que se presenta un decaimiento físico y cambios de carácter, mientras que el otro profesional de ASOCATI menciona que la ansiedad y desinterés por sus actividades normales también son propias de pacientes con cáncer de tiroides.



G) Apoyo recibido:

La mayoría de los profesionales comenta que el apoyo de las otras personas hacia sus pacientes es incondicional: la psicóloga comenta que por ejemplo las personas cercanas ayudan a transportar, acompañar, cocinar, sin embargo, hubo una ocasión en la cual un esposo le preguntó que cuánto tiempo debía esperar para tener relaciones sexuales con su esposa porque ya no podía esperar más.

Los endocrinólogos comentan que en general hay poco impacto. Uno de ellos comenta que usualmente las parejas apoyan mucho, pero que la familia o vecinos a veces meten miedo. El oncólogo indica que la paciente siempre llega acompañada por lo menos de un familiar o amigo, sin embargo, que esto puede estar sesgado por el tipo de consulta (privada).

Los profesionales de ASOCATI rompen con este esquema al comentar que muchas veces los familiares y amigos estigmatizan a la paciente manteniendo distancia en todo momento, produciendo aislamiento, y en que el apoyo que reciben es muchas veces nulo ya que no hay ni siquiera para la paciente.

H) Técnicas/ Estrategias:

En cuanto a las técnicas médicas en el plano del cáncer de tiroides, el oncólogo así como uno de los endocrinólogos comentan que se debe realizar una tiroidectomía total, donde usualmente después del diagnóstico el 100% se opera. Además, las pacientes deben iniciar el tratamiento sustitutivo de hormonas tiroideas. Tanto el oncólogo como el otro endocrinólogo comentan que en el procedimiento dependerá de las características y extensión del tumor, y de ahí también la necesidad o no de dar yodo radioactivo. Ellos se encuentran de acuerdo con que en general es un cáncer de buen pronóstico si se cumple con el protocolo, de lo contrario puede matar. Asimismo, uno de los endocrinólogos comenta que dependiendo de la experiencia del cirujano puede andar de 1 a un 5% de casos que se lesionan las paratiroides.

Pasando al área más psicológica, la psicóloga comenta que lo ideal es educar a la paciente en el tema, trabajar las ideas irracionales, principalmente los temores y la desesperanza, y realizar un debate cognitivo. Además, utilizar técnicas de relajación, hacer una red de apoyo, así como brindar técnicas de afrontamiento y autorregulación emocional para disminuir el estrés y la depresión. Ella agrega que se debe tener en cuenta la personalidad para saber qué técnicas utilizar, además de que una de las limitaciones es cuando la familia no apoya, ya que esto dificulta la adherencia

psicológica. Además, las pacientes pueden verse afectadas por la distancia y los problemas económicos. Puede afectar la distancia, problemas económicos.

Los dos profesionales de ASOCATI concuerdan con que la escucha es uno de los elementos más importantes para que las pacientes afronten este proceso. Además de que la posibilidad de ayudarlos con vivencias personales hace que se sientan apoyadas y comprendidas. Asimismo, brindan información veraz lo cual hace que los niveles de ansiedad disminuyan. Uno de ellos comenta que se debe tener en cuenta la capacidad del paciente de aceptar o escuchar o poder expresar lo que siente. El otro indica que una de las principales limitaciones es cuando llegan a la primera sesión de apoyo y no quieren hablar porque se encuentran en proceso de negación, por lo que muchas veces se trabaja bajo prueba y error.

7.3. Características de los grupos focales

Para la selección de las supervivientes y pacientes, se partió de los criterios de inclusión establecidos en la metodología. Se contó con la ayuda de ASOCATI, así como de unos médicos colaboradores y las redes sociales. De estas mismas pacientes y supervivientes, tomó las referencias para contactar a los familiares y cuidadores participantes.

Participaron 23 pacientes y 6 familiares y cuidadores, siendo todos del Gran Área Metropolitana. Las edades oscilaron entre los 25 y 55 años de edad.

Participantes	Cantidad
Pacientes y sobrevivientes	23
Familiares y cuidadores	6

Los grupos focales se llevaron a cabo en la terraza del Apartotel Los Yoses, zona que fue utilizada para que las pacientes y los familiares y cuidadores pudieran sentirse libres y tranquilos en esta apertura emocional.

7.4. Resultados Grupos Focales Pacientes

A) Diagnóstico

Once pacientes comentaron haberse asustado y haber recibido la noticia en shock: “Tenía susto porque venía luchando por infertilidad”, “me asusté mucho, estaba

en un puro temblor”, “me dio susto, lloraba y lloraba, tenía una gran incertidumbre”, “me dejaron completamente al bate”.

Otro de los puntos más comentados fue la forma en la que el doctor les comunicó la noticia: “¡ayyyy tiene cáncer!”, “definitivamente es CÁNCER”, “el doctor abordó el tema muy tranquilo entonces eso me ayudó a no verlo tan espantosamente”, “a usted no le va a pasar nada, lo que siente es fantasía”. En este punto todas las pacientes coincidieron.

Asimismo, cabe mencionar que la mayoría de las pacientes indicaron haber sido diagnosticadas por casualidad: visita al ginecólogo, realización de mamografía, ultrasonido, paratiroiditis.

B) Cognitivo

Diez de las pacientes comentaron que lo primero que se les vino a la cabeza cuando les dieron el diagnóstico fue la muerte: “yo no soy eterna, ¿por qué lloro?”, “es el final de vida”.

Una de las principales preocupaciones de las pacientes, se centra en qué pasará con la familia. Siete de las pacientes externaron esta preocupación: “me voy a morir verdad? A quién le voy a contar? Quién me va a cuidar mi chiquito?”, “es el final de mi vida”, “mi hija todavía no es independiente”, “Dios mío déjame cuidarlos un tiempo más”.

Existe mucho temor con la operación, en si cambiará la voz, en cómo será la recuperación: “creo que me aterra más operarme que tener cáncer”, “yo no soy eterna”,

“es el final de mi vida”. Asimismo, otra paciente comenta como antes de ingresar al cuarto de yodo radioactivo, se comenzó a cuestionar “y a qué sabe eso? Me van a dar pastilla?”, mientras que otra comenta que tenía temor antes de la operación y constantemente se cuestionaba “qué va a pasar?, “cómo va a reaccionar la gente cuando me vea?”

En cuanto a los mitos, cuatro de las pacientes coincidieron con el hecho de que las cosas buenas y malas que hagás se te devuelven. Por ejemplo, una de ellas comentó que sus familiares le decían que el que no perdona, le da cáncer. Otra relató como en su familia la señalaron por haberse realizado la fecundación in vitro. Dos pacientes señalaron que pensaron que iban a estar muy débiles e inválidas, otras dos escucharon que el cáncer se pegaba, y una de ellas indicó que se debían usar remedios caseros.

Otras tres comentaron que tenían constantes pensamientos ya que eran constantemente señaladas por los demás: “por qué estás tan cansada? Por qué te dormís en todo lado? Por qué estás tan obesa? Por qué no limpiás? Hací dieta...”

C) Conductual

Una de las pacientes comenta como sus hermanas la rechazaban “porque tenía yodo radioactivo” entonces pensaba que las iba a radiar. Diez optaron por no hablar de su enfermedad con las personas cercanas, por lo que a raíz de esto comenzaron a tener problemas con sus allegados. Comentaron que muchas veces pueden caer en depresión por estar encerrándose con todo. Por ejemplo, una de ellas le escondió todo a sus hijas, sin embargo ellas terminaron dándose cuenta. Por otro lado, otra paciente

relató como el esposo le decía “ya no lea nada más en Internet porque usted está enferma de lo que cree que tiene y no de lo que tiene”, ya que todos los días salía con algo nuevo: “Yo siento que la ayuda de mi esposo fue fundamental, dejó el trabajo, dejó todo por estar conmigo”. Otra paciente comentó como no habló del cáncer de tiroides con su esposo y hasta un año después decidieron conversar del tema: “yo le dije después a mi esposo que era muy pasivo y yo necesitaba a alguien más, él me dijo que quería estar a mi lado pero sin involucrarme ya que no sabía qué estaba sintiendo yo. Yo no tenía la información, cómo la iba a tener él”.

Una de las pacientes indica que antes trabajaba mucho tiempo, pero cuando volvía al trabajo le dolía todo el cuerpo y lo único que podía hacer era sentarse en un sillón. Aunque ella quería hacer algo, el cuerpo no se lo permitía. Esto era también porque no tenía muy regulada la levotiroxina.

Una de ellas comenta que una vez que iba manejando, hizo un alto y se parquéó porque tuvo que derrumbarse en el llanto.

Siete pacientes indicaron que el tema del yodo es delicado en relación con el aislamiento, donde deben separarse de sus hijos y esta separación se les hace muy difícil.

D) Emocional

Nueve pacientes comentaron como se dan cambios emocionales repentinos: “creo que las emociones son variables, hay días en los que uno se siente bien, otros

días no”, “yo me sentía inútil, y ese humor, agresividad, y a veces llorando o feliz, no sabía cómo comportarme”, “las emociones son variables, a veces me siento bien otro día no”, “quería matar a todo el mundo”. Estas emociones hacían a las pacientes pensar en que podrían tener algo más: “me pongo a llorar mucho, ¿será que tengo la menopausia?”, “todos me han visto como la pobrecita, pero nadie se sienta a hablarme”.

Cinco de las pacientes comentaron sentirse tristes al ingresar al cuarto con yodo radioactivo. Una de ellas por estar aislada de sus hijos, la otra comentó que en su cuarto del hospital, la puerta tenía una ventana y todos la veían como un “animal”, “yo decía, no tengo nada, no los voy a matar, la puerta decía NO ACERCARSE”. Otra de ellas además de estar triste comentó que sintió mucho susto al ingresar.

Otra paciente comenta que sintió una gran incertidumbre en la cirugía, ya que no sabía qué iba a pasar.

Asimismo, otra persona comenta que estuvo en depresión, y otra que se sintió triste porque comparaban su carácter.

E) Estrategias

Cuatro personas mencionan que lo que hicieron fue rezarle a Dios, y gracias a esto comentan haber tenido tranquilidad y fortaleza.

Siete personas optaron por buscar información ya sea en internet, en libros, en ASOCATI, y en los hospitales o con la ayuda de otras personas cercanas, o profesionales (por ej. acudir donde una Psicóloga). Una de ellas comenta que una de

sus estrategias fue cuando se encontró a una paciente con cáncer de tiroides y se pudieron dar apoyo mutuo durante el proceso. Dos de ellas dos acudieron a buscar información de dos compañeros de trabajo, quienes tenían hermanas que habían tenido cáncer de tiroides, por lo que ellos le contaban cómo se sentía.

Tres pacientes indicaron que utilizaron técnicas de relajación, de meditación y masajes. Una de ellas utilizó la música para relajarse e intentar equilibrarse emocionalmente.

Por otro lado, una de las pacientes comenta como se enojó con el cáncer simbólicamente diciéndole “usted no me va a vencer”.

Otra de ellas decidió salir a pasear con sus amigas y arreglarse siendo más vanidosa para sentirse bien, despejándose de todo.

Dos personas como estrategia vieron el proceso de yodo radioactivo como un retiro, como unas vacaciones.

7.5. Resultados Grupos Focales Familiares y Cuidadores

A. Diagnóstico

Por su parte, cinco familiares y cuidadores aceptan que a partir del diagnóstico hubo un cambio en la dinámica, primeramente por la forma en la que las pacientes dan la noticia, o bien porque también se espera de alguna persona mayor, no de alguien joven. Estos familiares y cuidadores también optaron por rezar al momento del diagnóstico.

Una de las familiares y cuidadores comenta que su madre trató de resguardarla inyectándola de mucho positivismo para que no se asustara tanto y esto le ayudó en gran manera.

Otra pariente comenta que fue complicado cuando diagnosticaron a su amiga ya que ella no quería contarle a nadie, y hasta un año después se encuentra compartiendo más con su familia.

Cinco familiares y cuidadores pensaron en que la paciente se podía morir, o que iban a tener que ver a gente débil perdiendo el cabello. Asimismo, varias personas comentaron como más bien era la paciente la que les daba fuerza durante el proceso: “ella es muy fuerte, entonces no cuenta”. Esto fue difícil ya que relataban que era difícil ayudarles.

Dos de los familiares y cuidadores comentó no conocer absolutamente nada de la glándula tiroides previo al diagnóstico.

B. Cognitivo

Como se mencionó anteriormente, cinco familiares y cuidadores comentaron que lo primero que pensaron fue que cáncer es igual a muerte, incluso dos personas mencionaron algunos remedios caseros como “la araña de Hugo Chávez”.

Asimismo, una persona comenta que ha sido difícil porque se tiene que convencer y acompañar, pero no presionar mucho a la paciente.

Tres personas indican que muchas personas creen que se van a deprimir, encerrarse y no salir. Asimismo, el total de los familiares y pacientes comentan acerca del significado de “es el cáncer más bueno”.

Dos de los familiares y cuidadores comentaron que uno de sus principales temores fue después de la operación, donde pensaron que no iba a poder hablar. Una de ellas logró conversar perfectamente mientras que otra tuvo que asistir a terapia de lenguaje ya que su voz cambió.

Una persona comentó como se sentía muy angustiada, pero sintió más tranquilidad cuando fue a una charla en el hospital.

C. Conductual

En cuanto a los relatos de los familiares y cuidadores, ellos concuerdan con que definitivamente se da un cambio en la dinámica, ya que es algo trágico para la familia. Además, todos concordaron con que tener cáncer de tiroides es igual de pavoroso que la quimioterapia, porque somos seres sociales y es complicado porque en la quimioterapia por lo menos se puede dar la mano a la persona, pero con yodo radioactivo no se puede tener ese contacto, estás encerrado en un solo lugar: “El no poder estar con ella me afectó”. Esto es sumamente complicado principalmente en las madres, quienes desean abrazar a sus hijos. De igual manera dos personas mencionan la ventaja que existe hoy en día de verse por medio del celular.

Además, una persona comentó acerca de la ignorancia que tienen muchas personas, donde creen que no pueden tocar a las personas porque se les va a pegar el cáncer o radiar (esto sucede incluso dentro de una misma familia).

Otra persona comenta como la amiga estaba aterrada y tenía una gran resistencia por lo que ella decidió llevársela como un “ganado amarrado” al doctor.

D. Emocional

Una madre comenta que vio a su hija positiva y optimista. Por otro lado, tres personas relataron como las pacientes pudieron haber escondido lo que sentían, y que puede que hayan llorado solas.

Asimismo, dos personas comentan que lo más triste fue cuando las pacientes tuvieron que estar en el cuarto de yodo radioactivo, y luego estar alejadas de las personas. Por ejemplo, un señor comenta como él no podía estar en su cuarto con su esposa.

Una persona comenta como se dan muchos cambios hormonales que pueden influir en sus emociones, estando en ocasiones tranquila, en otras más vulnerable.

E. Estrategias

En cuanto a las estrategias utilizadas por los familiares y cuidadores, éstos comentan que la idea fue ser acompañantes sin poder estar acompañándolos. Es decir, estar como cuidador tanto en el hospital, a pesar de desesperarse por ver a la paciente.

La hija de una paciente comentó que la mamá le dijo que mejor no la llamara si le pasaba algo, entonces siempre decidía decirle que todo estuviera bien para evitar que se pusiera triste.

Otras dos personas comentaron que fueron las pacientes las que buscaron información y la entregaron a sus familiares y cuidadores. Una de las parientes decidió

reunir a sus amigos y contarles la noticia para que la apoyaran, pero sólo a sus amigos cercanos y compañeros de trabajo que debían saber porque no le interesa que la tomen como pobrecita.

Asimismo, otra persona comentó que ella siempre lo que hacía era preguntarle todo al médico.

7.6. Integración de resultados/ Resultados comparativos

A. Diagnóstico

El total de médicos indican que las pacientes acuden a consulta principalmente porque otro médico les detectó un nódulo incidentalmente, por casualidad, y pocas veces porque se palpan un nódulo en el cuello. El total de las pacientes y familiares/cuidadores indicaron que fueron diagnosticadas por casualidad, no porque se hayan palpado el nódulo directamente.

B. Cognitivo

La totalidad de médicos indicaron que las pacientes tienen pensamientos negativos por el significado que conlleva la palabra cáncer. Todos los profesionales entrevistados coinciden con que los pensamientos de muerte se encuentran presentes en las pacientes. Esto coincide con el hecho de que la mayoría de pacientes y familiares/cuidadores indicaran que uno de sus principales temores era morir, y fue lo primero que pensaron en cuanto les dieron el diagnóstico.

La psicóloga comenta que predomina la desesperanza lo que conlleva a cuestionamientos. De acuerdo con los relatos brindados por las pacientes, ellas tienen

cuestionamientos constantes ¿qué me espera? ¿qué va a ser de mí después de esto? ¿podrá hablar? ¿se verá feo mi cuello?

Los profesionales de ASOCATI indican que se ven influidas por falta de información, comentarios de amigos, chismes, creencias populares. Mientras, varias pacientes relatan como sus familiares y personas allegadas las hicieron sentir culpables, al decirles que todo en la vida se devuelve y que estaban pagándolo. Por ejemplo, por comparar carácter con otras personas o por realizarse la fecundación in vitro.

Uno de los profesionales de ASOCATI indica que un fuerte mito es que al no tener glándula de tiroides se va a experimentar una falta de energía permanente. El otro profesional, indica que remedios caseros. Dos personas pensaron que iban a estar decaídas y sin energía.

C. Conductual

El oncólogo comenta que en esta área las pacientes normalmente tienen una vida normal. Uno de los endocrinólogos indica que el aislamiento es poco frecuente. El otro señala que cuando se les dice la expectativa se tranquilizan y que la información es la clave de todo, donde las pacientes muchas veces incluso buscan otra opinión médica. Dos de las pacientes optaron por buscar otra opinión médica, una de ellas para colocarse el yodo radioactivo, y la otra decidió buscar información en internet y comenzar a preocuparse por otras enfermedades que podía tener.

Uno de los profesionales de ASOCATI indica que por mitos infundados muchas veces en la familia, compañeros de trabajo, etc. se puede dar un 50% de aislamiento.

Esto se relaciona mucho con los temores y angustia por parte de las pacientes y piensan mucho en el “qué dirán”. Una de las pacientes comenta como fue rechazada por sus hermanas por el yodo radioactivo. Muchas pacientes escondieron la noticia por esto mismo de qué dirán.

La psicóloga indica que hay pacientes que se aíslan cuando tienen síntomas de depresión a raíz de los pensamientos irracionales. En este caso, la mayoría de las pacientes no comunicaron lo que sentían a las personas cercanas, para no causar “lástima”, mientras que la mayoría estaba pasando por una etapa de tristeza.

La mayoría de las pacientes concuerdan con los familiares y cuidadores al relatar como lo que más les afecta es el aislamiento en el cuarto con todo radioactivo al no tener contacto físico.

D. Emocional

La psicóloga comenta que las principales emociones son el temor y la desesperanza los cuales desencadenan en ansiedad y depresión. La mayor intensidad es al inicio donde todo es desconocido. Esto coincide con los relatos de las pacientes, quienes comentaban que sus emociones eran variables, sin embargo, se presentaron intensamente cuando todo era desconocido, como por ejemplo, ante el diagnóstico, previo a la operación, y previo al yodo radioactivo.

La psicóloga, uno de los endocrinólogos y los profesionales de ASOCATI, indicaron que se pueden presentar síntomas de tristeza, síntomas presentados mayormente por las pacientes, que sin embargo, no comunicaban. Uno de los endocrinólogos considera que estas emociones alteran la dinámica familiar.

La psicóloga, los endocrinos y profesionales consideran que el apoyo familiar es fundamental. Hubo pacientes que sí tuvieron un gran apoyo, donde la familia colaboraba, e incluso uno de los esposos dejó su trabajo, sin embargo, hubo otras dos pacientes quienes tuvieron problemas en su matrimonio, una porque su esposo no le hablaba, y la otra porque su esposo la dejó. Esto causó una gran tristeza en ambas.

7.7. Validación

La validación de la guía se basó en la retroalimentación de 3 profesionales (1 miembro de la Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides, un profesional en Medicina, así como un profesional en Psicología). Asimismo, para dicha validación, se contó con la participación de dos pacientes con cáncer de tiroides (1 paciente actual, 1 sobreviviente).

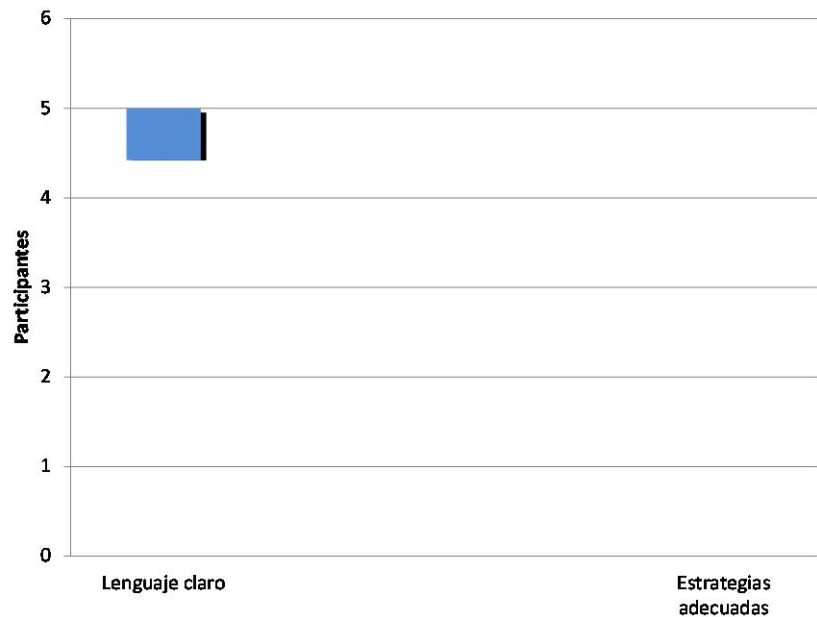
Para realizar dicha validación, las preguntas se dividieron en 4 categorías enfocadas a la utilización del lenguaje y estrategias dentro de la guía, así como fortalezas y áreas de mejora de la misma. Finalmente, se tomaron en consideración las recomendaciones de cada capítulo, así como las recomendaciones de la guía en general.

A continuación, se procederá a desarrollar cada categoría de la validación por cada capítulo, tomando en cuenta la retroalimentación brindada por los participantes.

- Capítulo 1

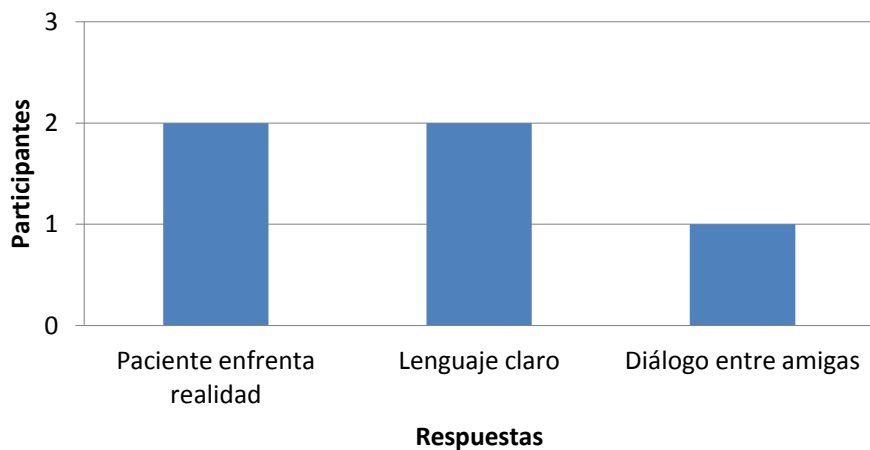
Para dicho capítulo, la totalidad de participantes coincidieron con que el lenguaje utilizado y las estrategias implementadas en la guía, resultaron ser bastante claras y concisas, siendo éstas como las preguntas “más frecuentes” que tienen las pacientes con cáncer de tiroides. Comentan como la simplicidad del lenguaje es el que favorece la comprensión de la guía.

Figura # 20. Lenguaje y estrategias utilizadas



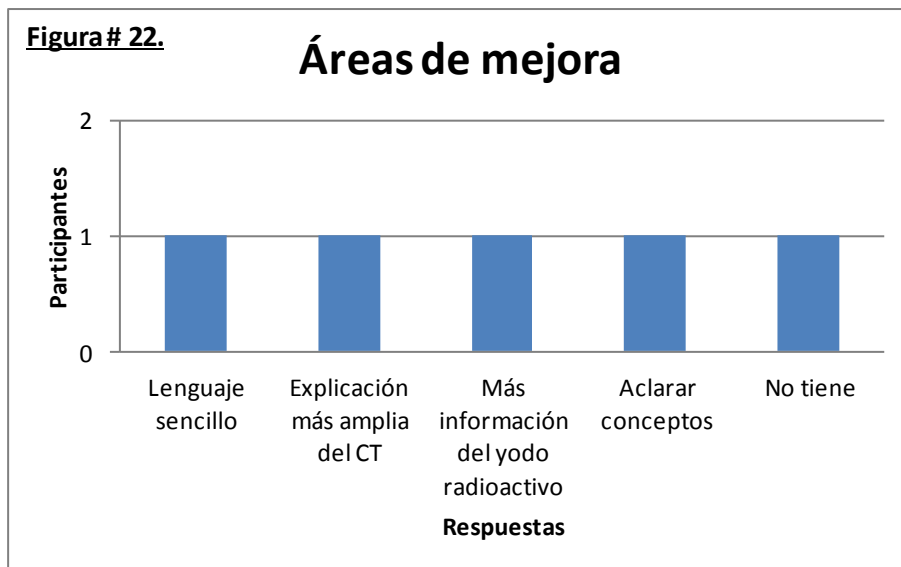
Los participantes consideran que la guía posee varias fortalezas, entre ellas que las pacientes logran enfrentar la realidad, que posee un lenguaje claro, y que el diálogo entre amigas hace más amena y dinámica la guía.

Figura # 21. Fortalezas identificadas



Dentro de las áreas de mejora, se resaltan aspectos tales como una mayor información médica: por ejemplo una explicación más amplia de lo que es el cáncer de

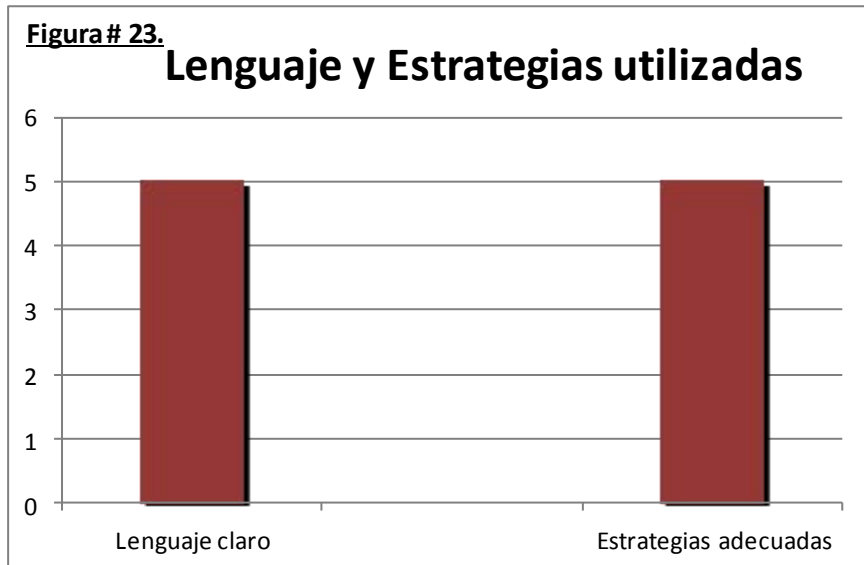
tiroides, así como más información acerca del yodo radioactivo. Uno de los participantes considera que dicho capítulo no posee áreas a mejorar, que se encuentra bastante clara.



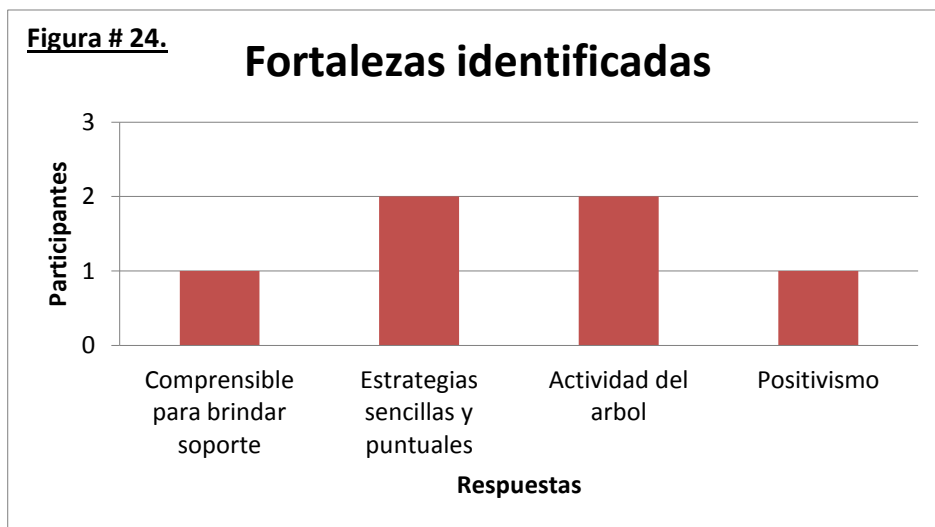
Entre las principales recomendaciones, se encuentra profundizar en más aspectos acerca del cáncer papilar de tiroides, así como cambios en formato.

- Capítulo 2

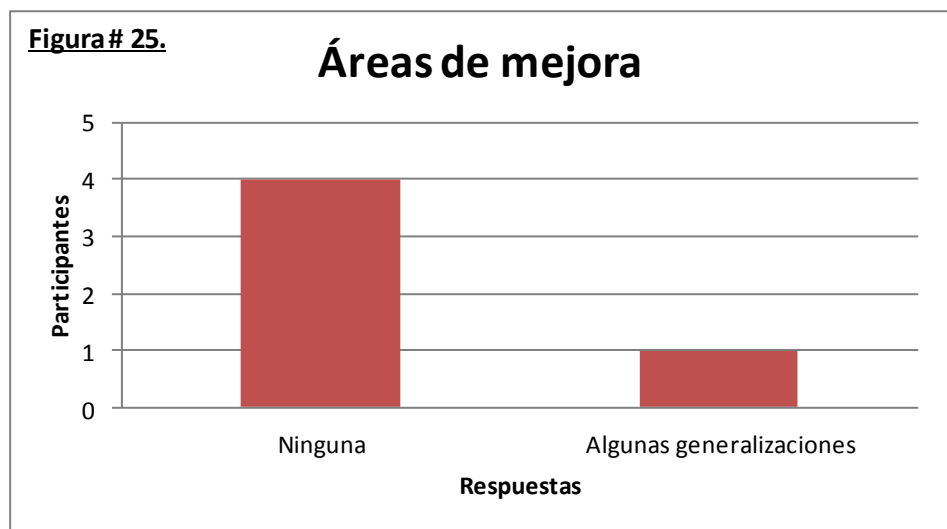
Al igual que para el capítulo 1, el 100% de los participantes coinciden con que el lenguaje utilizado es claro. Uno de ellos indica que le mismo ayuda a ubicar a la paciente en cómo interpretar sus pensamientos y actitudes generadas por un evento tan inesperado e impactante. Otro participante comenta que el lenguaje y estrategias permiten a la paciente sentirse identificada con las ideas y pensamientos. Asimismo, todos los participantes concuerdan con que las estrategias utilizadas son adecuadas y sirven de apoyo a la paciente.



En cuanto a las fortalezas, uno de los participantes destaca el trasfondo del positivismo dentro de la guía, considerando además el resto la buena utilización de estrategias y actividades adecuadas que permiten a los lectores comprender y sentir un soporte con estrategias puntuales y efectivas.



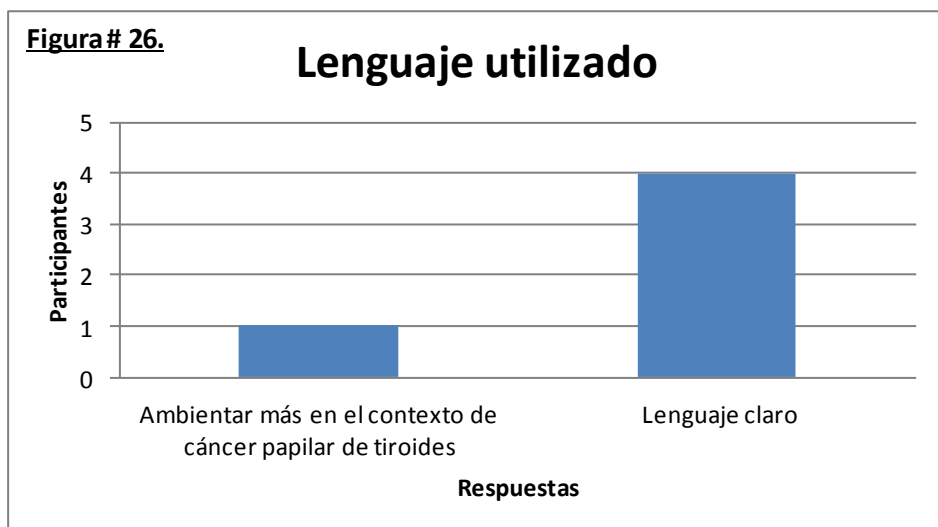
La mayoría de los participantes (4), consideran que a dicho capítulo no debe realizársele ninguna mejora. Solamente 1 de los participantes comenta como en ocasiones se realizan algunas generalizaciones lo cual podría repercutir en personas que no apliquen para esto. Por ejemplo en la guía dice: “Cuando somos diagnosticadas con cáncer de tiroides, nos preguntamos si otras personas estarán pensando en lo mismo”. El participante nos indica que las pacientes también piensan en ellas mismas y no sólo en lo que están pensando las demás personas.



En cuanto a recomendaciones, se sugieren ciertos cambios de palabras tales como: pensamientos positivos por pensamientos objetivos, “el cáncer no se pega” por “el cáncer no es contagioso”.

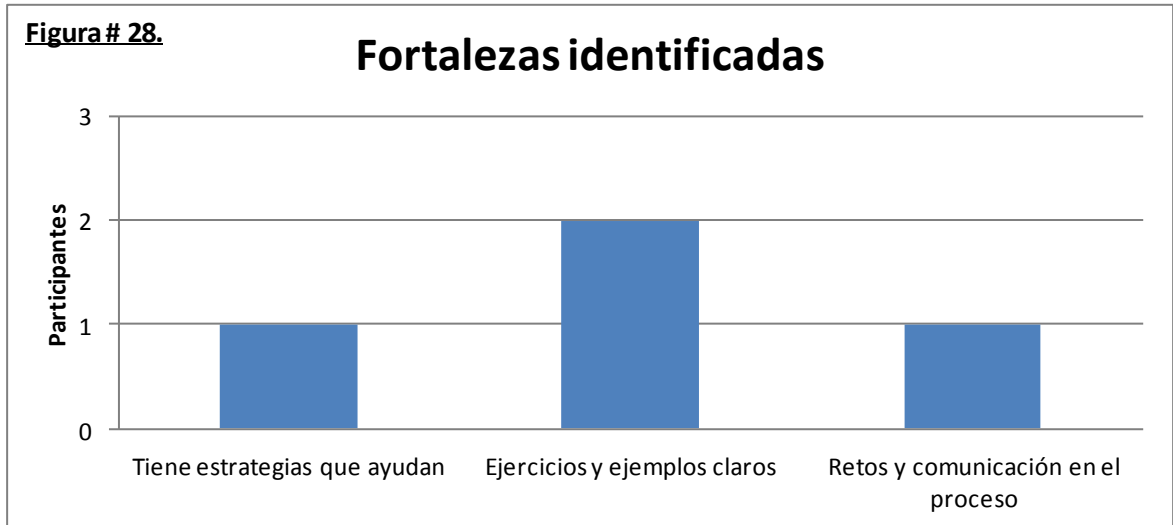
- Capítulo 3

El lenguaje para dicho capítulo fue valorado por la mayoría de los participantes como un lenguaje claro. Solamente un participante comentó que el mismo se debía ambientar más en el contexto del cáncer de tiroides. En cuanto a las estrategias, todos concuerdan con que se utilizaron estrategias adecuadas.

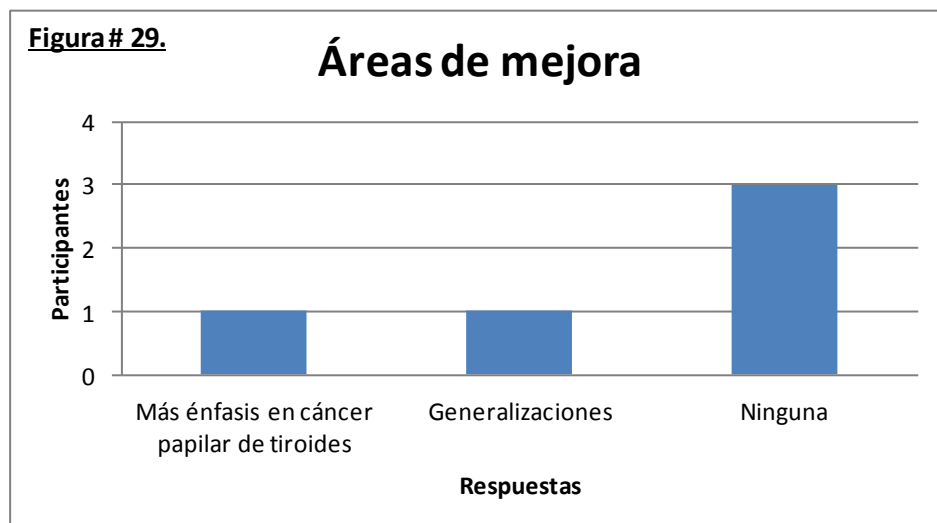


En relación con las fortalezas, una persona destaca que posee estrategias que ayudan a las pacientes, dos personas resaltan la implementación de ejercicios y ejemplos claros (por ejemplo el ejercicio de solución de problemas), y por último, una

de las participantes considera que es positivo que se abarquen los retos y comunicación en el proceso de cáncer de tiroides.



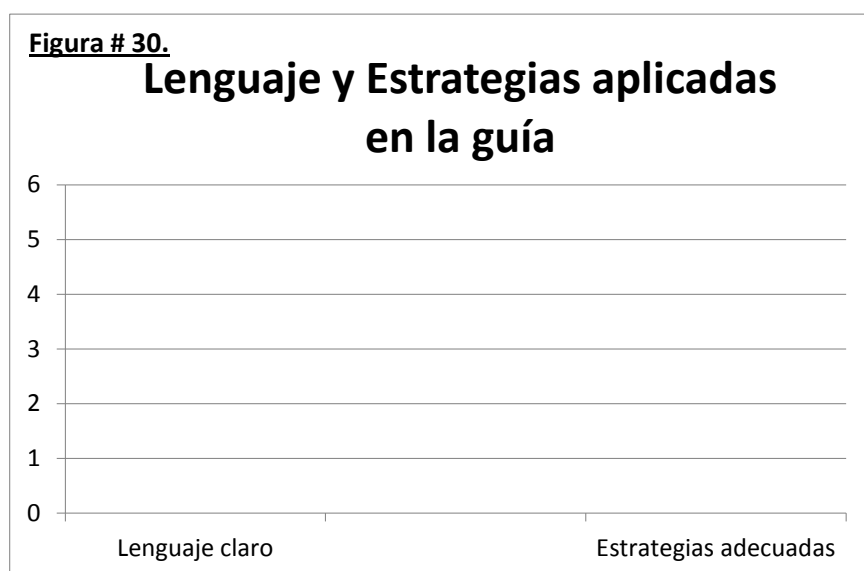
En cuanto a las áreas de mejora, tres de los participantes consideran que no existe ninguna, uno de los participantes se inclina nuevamente a no realizar ciertas generalizaciones que puedan repercutir en las lectoras, como por ejemplo: “...con solo lo de la casa ya es mucho trabajo”. Ella considera que esto se enfoca a amas de casa. Otro paciente considera que se le debe dar más énfasis al cáncer de tiroides.



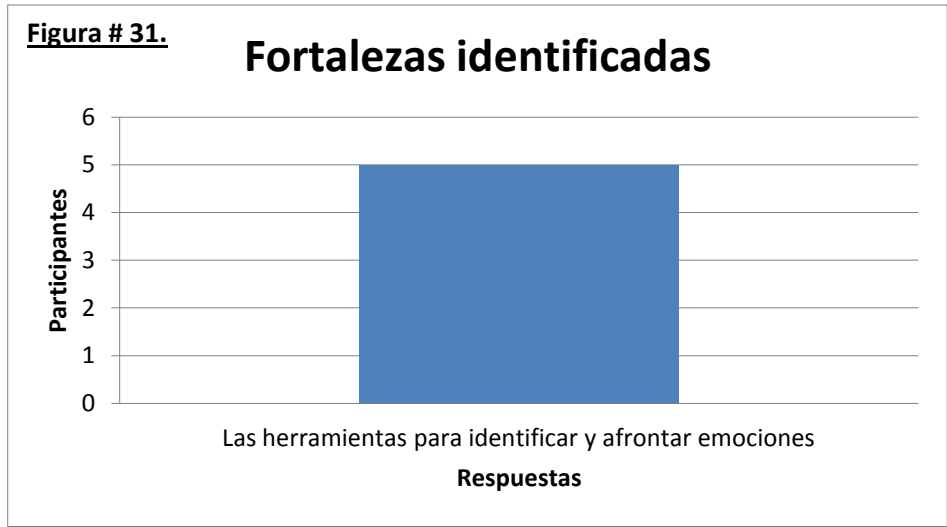
En cuanto a las recomendaciones que se realizan, las mismas son principalmente de formato.

- Capítulo 4

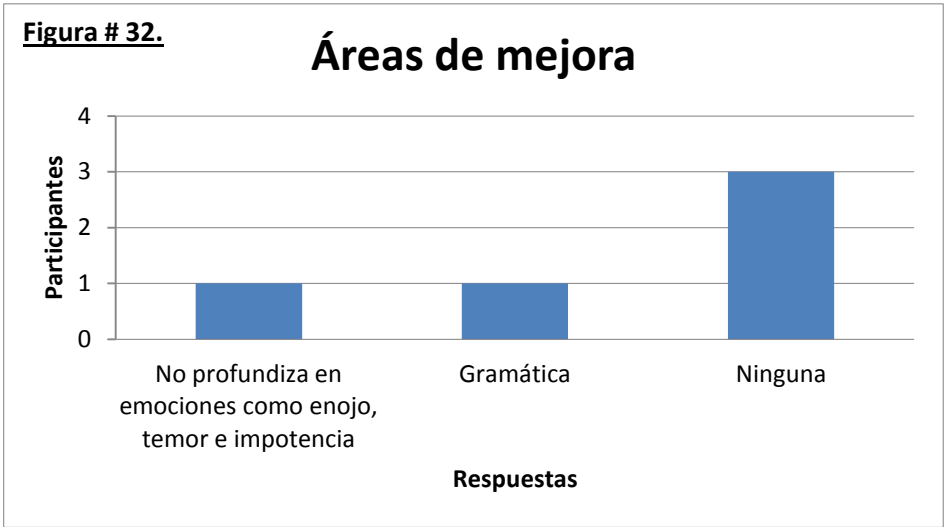
En este capítulo, todos los participantes consideran que el lenguaje y estrategias implementadas son claras, adecuadas y útiles para las pacientes.



En relación con las fortalezas, todos los participantes consideran que las principales fortalezas que presenta el capítulo son las herramientas prácticas para identificar y afrontar emociones. Se destaca la actividad de la montaña rusa, así como el CD para el ejercicio de la relajación.



Uno de los participantes considera que un área de mejora para este capítulo es profundizar en otras emociones como enojo, temor e impotencia. Otro participante resaltó algunos errores gramaticales y tres participantes no consideran que el capítulo tenga áreas de mejora.



En relación con las recomendaciones, se sugieren ciertos cambios en actividades como por ejemplo, anotar ejemplos de actividades positivas.

A partir de dicha validación, se tomaron en cuenta algunas sugerencias, lo cual permitió realizar los cambios pertinentes a la guía para que la misma pueda ser más efectiva para las pacientes con cáncer papilar de tiroides.

8. Discusión/ Análisis de datos

Resulta interesante poder analizar todos los relatos tanto de las pacientes con cáncer papilar de tiroides y sus familiares, así como de los profesionales en esta área, ya que entre los mismos se encontraron tanto coincidencias como discrepancias.

A pesar de que la Sociedad Americana del Cáncer (2012) posee una lista de señales y síntomas para un temprano diagnóstico, resulta impactante darse cuenta que las pacientes de los grupos focales fueron diagnosticadas por casualidad: ya sea por un ultrasonido, una visita al ginecólogo, parálisis facial, o incluso, un diagnóstico mientras la paciente acompañaba a su madre al médico. Los mismos profesionales entrevistados también coinciden con que usualmente el diagnóstico es incidental.

Aunque aún no se tiene la causa certera del cáncer de tiroides, la posibilidad de ser diagnosticado con cáncer de tiroides ha aumentado en los últimos años y una de las razones, es el aumento en el uso de ecografía de la tiroides, que detecta pequeños nódulos de tiroides que de otra manera no se hubiesen encontrado (Sociedad Americana del Cáncer, 2012).

Tal y como lo establecen Van Nostrand, Bloom, & Wartofsky (2004), desde el momento del diagnóstico, estas mujeres pasan por una serie de cambios a los cuales se deben adaptar. Dichos cambios se encuentran regidos por sus cogniciones,

conductas y emociones. Los relatos demuestran que no sólo las pacientes enfrentan cambios conductuales, cognitivos y emocionales, sino también todas las personas cercanas a ellas, ya que según las conversaciones tanto de ellas como de sus familiares, la dinámica familiar cambió a partir del diagnóstico. La dinámica se vio modificada de varias formas y por distintas razones incluso llegando a extremos. Por ejemplo, el esposo de una de las pacientes se fue de la casa durante el proceso del cáncer de tiroides. Otra de ellas tuvo una situación difícil también con su pareja, ya que nunca se comunicaban por lo que se vio afectada al no tener ese apoyo. Por otro lado, varias personas comentan que en su casa se volvieron más comprensivos, e incluso el esposo de una paciente dejó su trabajo para estar con ella durante todo el proceso. Asimismo, se presentaron otros casos en los que tanto las pacientes como las personas cercanas a ella se alejaron, incluso familiares, por miedo de que el cáncer “se pegara” o por miedo a la radiación (cuando ya todo estaba controlado).

Estos mismos autores comentan que una gran cantidad de pacientes se culpabilizan y realizan una serie de cuestionamientos en relación a esto; pueden pensar que es un castigo, o que es la consecuencia por alguna acción realizada. Varios relatos coinciden con este argumento; por ejemplo, una de las pacientes comenta como fue señalada por personas cercanas al haberse realizado una fecundación in vitro. Otras comentaron que sus amistades y familiares les decían que habían sido diagnosticadas por no perdonar y por tener rencores en la vida, o bien, porque todo lo bueno y lo malo se devuelve en la vida. Una de las pacientes se sintió atacada al recibir constantes correos de sus familiares culpándola por tener cáncer.

Rebolledo y Salvador (2006), establecen una serie de factores que se interponen en situaciones excesivamente estresantes como lo es el cáncer. Establecen que el origen de este estrés es multicausal, debido a que intervienen factores financieros (problemas económicos, de empleo, cuidado de la casa), preocupaciones familiares (relación de pareja, cuidado de los hijos), problemas físicos (dolor, náuseas, fatiga, trastorno del sueño, discapacidad física), reacciones emocionales (preocupaciones, tristeza, ansiedad, pánico, depresión), dudas existenciales y espirituales (pérdida de fe). Muchas pacientes vivieron muchas preocupaciones relacionadas con lo anterior, situación que empeoraba al no tener información clara y veraz a mano. A raíz de todo esto, las reacciones de las personas variaban por ejemplo a una paciente le decían “y por qué no limpia, si usted no tiene nada”. En cuanto a los problemas económicos también es complicado ya que muchas pacientes tienen que interferir con su trabajo y no tienen quién las apoye, quién les cuide sus hijos (preocupación fuerte entre ellas). Como ejemplo a lo expuesto anteriormente, un esposo que dejó el trabajo para cuidar de su esposa, otro esposo que más bien dejó a su esposa porque no soportó la situación. Asimismo, en vez de pérdida de fe como lo establece este autor, se evidencia en la mayoría de pacientes, un aumento de fe.

Estos mismos autores comentan que las pacientes a veces se sienten avergonzadas, o tienen miedo de que vayan a sentir lástima con ellas. Algunas pacientes comentaron haberse sentido avergonzadas y haber tenido miedo de poder causar lástima a los demás. Se evidencia que a raíz de esto, crean una forma de afrontar la enfermedad muy particular. Primero que todo, aparentan que son “fuertes”, mostrándose así ante los demás (cuando en su interior están afectadas

emocionalmente), o bien, se arreglan y se vuelven más vanidosas de lo normal para que las personas no noten ningún cambio. Lo que sucede con esto, es que la visión que tienen las demás personas cercanas del cáncer es quimioterapia, pérdida de energía, etc., por lo que cuando ven a las personas en buen estado, no les dan la importancia merecida. Dos pacientes comentan como sus compañeros de trabajo comenzaban a comparar su carácter con el de otras mujeres que ya habían pasado por el proceso de cáncer de tiroides. Por otro lado, también se identificaron varios casos donde las pacientes se aprovecharon de la situación para victimizarse y recibir atención de la familia. A pesar de esto, está claro que la mayoría de pacientes no quieren comunicar por temor de que los demás sientan lástima y por no querer causar ningún problema.

Estos mismos autores concuerdan con Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz Y Rivera (2010), ya que indican que les cuesta conciliar el sueño, y éste fue uno de los principales trastornos citados por las pacientes y profesionales, quienes indicaron que a muchas pacientes se les dificultaba conciliar el sueño. Esto lo argumentan con la teoría de estos autores, quienes indican que las pacientes pasan por muchos cambios estéticos, endocrinológicos y psicológicos debido a las deficiencias hormonales producidas por la cirugía de la tiroides, como lo son los cambios en el estado de ánimo, una mayor irritabilidad, entre otros (Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz & Rivera, 2010). Los relatos de las pacientes y algunos profesionales concuerdan con esto, ya que comentan como estos estados de ánimo son variables como una montaña rusa, donde de repente se puede estar agresiva, feliz, deprimida, etc., sin embargo, son cambios propios de la enfermedad.

Existen una gran cantidad de factores psicológicos que deben ser considerados en pacientes con cáncer; Boyer y Pahaira (2008), realizan una recopilación de éstos factores. Éstos se relacionan con la educación, conocimientos, actitudes, comportamientos, trasfondo cultural, creencias, recursos de afrontamiento y apoyo social del paciente. Estos factores influyen en el comportamiento de prevención, aceptación y adherencia al tratamiento médico, estrategias de manejo personal y ajuste psicosocial al cáncer. Uno de los médicos hace hincapié en esto, indicando que probablemente no se le ha presentado tantos problemas debido al status social de sus pacientes. A pesar de esto, en los grupos focales se evidencia que incluso personas con un status social alto pueden verse afectadas por mitos, actitudes, creencias populares.

En relación con eso, un tema bastante recurrente durante los grupos focales es la forma en la que el médico transmite la noticia del diagnóstico: “Tiene cáncer! Puro cáncer!”, “Tranquila, le dio el más bueno”, “es el cáncer más bueno”, “de esto no se muere”, “usted no tiene nada!” A partir de comentarios como estos, al ser una situación chocante para cualquier persona que esté siendo diagnosticada con cáncer, la forma en la que se transmite la noticia puede tener repercusiones incluso en todo el proceso. Por ejemplo, el decir que tiene el cáncer más bueno, se ha prestado para diversas situaciones entre las pacientes y las personas que las rodean, diciendo por ejemplo “usted no hace nada”, “limpie la casa”, “por qué está acostada si usted tiene el cáncer más bueno? Eso no es nada”. Esto genera una gran impotencia en las pacientes, ya que incluso comienzan a debatir sus sentimientos y sensaciones físicas. A partir del

diagnóstico, muchas pacientes deciden informarse, sin embargo, no todas se informan con fuentes confiables, generando aún más incertidumbre durante el proceso.

Según una investigación realizada por Roberts, Lepore y Urken (2008), investigación, la principal fuente de información fueron los sitios de internet, los panfletos, los libros o videos. En esta investigación, los porcentajes de búsqueda de ayuda a psicólogos y trabajadores sociales o consejeros espirituales o religiosos fueron sumamente bajos. A los pacientes les interesaban temas como los accesos a tratamiento, el entender por qué ellos tuvieron cáncer, el manejo del impacto y del tema con su familia, el diagnóstico y la posible recurrencia. La información recabada por estos autores, indica que algunos doctores no les preguntan a sus pacientes acerca del apoyo emocional necesitado, para que ellos no comiencen una discusión con aspectos psicosociales. Sin embargo, los pacientes comentan que ellos no se abren al pensar que los aspectos emocionales no le conciernen al doctor, generándose de esta manera, un círculo vicioso. En cuanto a la información, definitivamente ésta es CLAVE en cualquier proceso. Las personas muchas veces tienen la intención de buscar información, pero no necesariamente encuentran la información correcta, lo cual puede influir en todo el proceso cognitivo conductual y emocional, ya que datos erróneos los llegan a tomar en cuenta como si fueran parte de la realidad. Asimismo, según las entrevistas realizadas, varios médicos coincidieron en que no tienen el tiempo suficiente para tratar aspectos emocionales con las pacientes, o sucede al revés, donde tal vez los médicos tengan una gran disposición, sin embargo, las pacientes por temor, no tienen esa apertura.

Así como otros autores, Rubenfeld (2002), concuerda con que las enfermedades tiroideas son muy comunes, y curiosamente la desinformación acerca de la glándula de tiroides es alta, aunque ésta provenga de los medios de comunicación, o por amigos o familiares bien intencionados. Esta mal información, genera temor, ansiedad, y dudas acerca de la enfermedad y su tratamiento.

Estas dudas y temores muchas veces hacen que las pacientes se comporten de distintas maneras, por ejemplo en cuanto a la comunicación. Durante los relatos recabados en los grupos focales, muchas pacientes deciden esconder todo lo que sienten y decir que están bien (la familia por ende piensa que es una “persona fuerte”), sin embargo, por dentro se encuentra angustiada y triste. Por ejemplo, una de las pacientes comenta que hasta el año después de que tuvo cáncer de tiroides, logró hablar del tema a fondo con su esposo.

Esto también se relaciona con el diagnóstico cuando les comentan que es el “cáncer más bueno”, por lo que por lo mismo, es que ellas deciden no crear ningún problema, no conversarlo, ya que al fin y al cabo, “es el más bueno y no debería de estarme sintiendo así”.

9. Conclusiones

Como se evidencia, la mayoría de pacientes de cáncer papilar de tiroides son diagnosticadas por casualidad, esto no es algo favorable cuando los datos indican que el cáncer de tiroides ocupa una cuarta posición en cuanto a los tumores más frecuentes en las mujeres costarricenses.

A pesar de que este tipo de cáncer ocupe ese lugar, parece ser que una gran parte de médicos no le toman la debida importancia al no ser tan “agresivo” como otros tipos de cáncer: pulmón, estómago, etc., percepción que debería de modificarse ya que al fin y al cabo es cáncer, es un tumor y no por eso deba restarle importancia, ya que el cáncer repercute en otras áreas de las paciente, generando muchos cambios en sus vidas.

Definitivamente un diagnóstico de este tipo afecta emocionalmente a las pacientes, en el sentido de que la dinámica debe cambiar y las pacientes se deben adaptar a nuevos cambios por el resto de sus vidas.

Como bien los resultados lo indican, la mayor parte de las pacientes y de personas en general, consideran que cualquier diagnóstico de cáncer conlleva a la muerte, sin embargo, estas percepciones son erróneas y este mito debe dejar de prevalecer entre la población; se debe sustituir por un diagnóstico oportuno y mayor concientización de las enfermedades.

Esperemos que esta primera aproximación al área psicológica, motive a más personas a investigar sobre el tema, a crear materiales que sean útiles y eficaces en la población no solamente con cáncer de tiroides sino con otros tipos de cáncer y

enfermedades. En muchas ocasiones las enfermedades permanecen en el plano médico, sin embargo, claro está que para que una persona pueda afrontar de forma más tranquila el proceso de enfermedad, debe tener clara la información médica y científica, así como de los cambios conductuales, cognitivos y emocionales por los cuales podría pasar, ya que al fin y al cabo el estado cognitivo conductual emocional de una persona repercutirá en la recuperación física.

El crear este tipo de materiales como la guía psicológica, también favorece no solamente a la divulgación de la información y a la tranquilidad emocional, sino a promover este diagnóstico oportuno, donde todas las personas tengan acceso a información clara y veraz, e incluso personas que tal vez no conozcan del tema, se interesen en involucrarse en el mismo. Solamente con este proyecto y su difusión en las redes sociales, se logró conmemorar por primera vez el Día Mundial del Cáncer de Tiroides en Costa Rica, donde varios medios de comunicación se interesaron en realizar diversos reportajes para esta fecha. En cuanto a los grupos focales, se logró no solamente recabar información relevante para la creación de la guía, sino también una integración de los grupos participantes, ya que según comentaron, este espacio las hizo sentir más tranquilas, identificadas y con una mayor motivación para continuar el proceso. Actualmente las participantes mantienen la comunicación y se brindan apoyo entre ellas; definitivamente, un logro más del proyecto.

Asimismo, este tipo de guías también deben impulsar a que otros profesionales se interesen en continuar creándolas para otros tipos de enfermedades, enfocándose en cada uno de los procesos. Dicha guía puede ser utilizada además como base para estas futuras investigaciones.

Las pacientes requieren de apoyo emocional durante el proceso, ya que como se comentó anteriormente, haber llevado a cabo los grupos focales, incluso funcionó como grupo de apoyo para las mismas: el poder conversar, expresarse, sentirse identificadas.

Esto conlleva a la importancia de una multidisciplinaredad. La salud física y la salud mental no se pueden separar, ambas tienen una relación directa entre sí, y muchas veces no se comprende esto. Es importante que profesionales de la salud tengan espacios para actualizarse en aspectos mentales y físicos, teniendo un concepto integral de salud.

10. Limitaciones

- Existen pocas investigaciones así como falta de guías y manuales relacionados con el tema: Actualmente las investigaciones en relación con el tema son escasas, por lo que a pesar de que este documento representa una novedad en ese sentido, se dificultó el desarrollo al no tener muchos previos recursos existentes.
- Desvalorización de algunos profesionales en relación con el cáncer papilar de tiroides: Dicha desvalorización, la cual incluso se fomenta cuando se describe popularmente el cáncer papilar de tiroides como “el cáncer más bueno”, causó resistencia a la hora de la búsqueda de los profesionales a entrevistar.

11.Recomendaciones

RECOMENDACIONES	ENTIDADES
Concientizar a la población en el tema de cáncer de tiroides.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - CCSS - Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides (ASOCATI) - Asociación Costarricense de Endocrinología
Crear y promover más herramientas que puedan brindar soporte cognitivo conductual emocional a los pacientes con cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> - Universidades - CCSS
Generar una relación recíproca en plano médico-psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Universidades - CCSS - Asociación Costarricense de Endocrinología
Promover investigaciones relacionadas con este tema.	<ul style="list-style-type: none"> - Universidades - CCSS - Asociación Costarricense de Endocrinología
Brindar mayor información de apoyo en los hospitales y consultorios para pacientes con cáncer de tiroides.	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides (ASOCATI) - CCSS - Universidades - Asociación Costarricense de Endocrinología

12. Bibliografía

Referencias bibliográficas

Abarca, K. (2004). *Manual cognitivo conductual emocional para facilitar la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2: Guía para profesionales en psicología*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Agüero, C & Zúñiga, P. (2010). *Guía de procedimientos cognitivo conductual emocional para el manejo y control de la ansiedad en adolescentes con síndrome premenstrual: un estudio de casos en el Cantón de Nicoya, Guanacaste*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Álvarez & Valladares (2010). *Guía de orientación a padres en el manejo de límites con sus hijos*. San José: Universidad de Costa Rica.

Arroba, A. & Fonseca, A. (2009). *Manual para Mujeres que han tenido, tienen o no quieren tener Cáncer ni otras enfermedades*. Asociación de Mujeres en Salud y Casa Vida: San José.

Bolaños, M & Rodríguez G. (2005). *Manual de autoayuda cognitivo conductual emocional para el tratamiento de insomnio secundario dirigido a mujeres con cáncer de mama*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Boyer, A & Pahaira, I. (Eds). (2008). *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology*. John Wiley and Sons: New Jersey.

Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Cabezas, E & Moya, L. (1967). Enfermedades de la Glándula Tiroides en Costa Rica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 24 (400), 329-341.

- Calderón, R & Sancho, A. (2005). Manual Cognitivo Conductual Emocional dirigido a padres de familia de pacientes diagnosticados con Retinoblastoma para promover la calidad de vida. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología: San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Camic, P & Knight, S. (2004). *Clinical Handbook of Health Psychology: a practical guide for effective interventions*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Campos, A. (1976). *Carcinoma folicular de tiroides*. CCSS: San José.
- Font, A & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6 (1), 27-42.
- García, F; Martínez, E & Cáceres, E. (2001). Implementación de un programa de intervención cognoscitivo conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer. *Revista Colombiana de Psicología*, 10, 41-52.
- Garreta, A. (2003). *Prevalencia de cáncer de tiroides: Hospital San Juan de Dios, 2002*. San José, Costa Rica.
- Guayga, M & Roth, E. (2008). Desarrollo y Adaptación del Inventario de Situaciones Sociales (ISS): Validación Factorial, de Criterio y Cálculo de Confiabilidad. *AJAYU*, 6, 207-230.
- Guth, M. (1994). *Carcinoma Papilar de Tiroides: Evolución de la enfermedad en los años 1975 a 1993- HCG*. Unidad de Posgrado en Cirugía CENDEISSS
- Hernández, R; Fernández, C & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Kelly, P. (2000). *Cancer Self Help Groups: A Guide*. USA: Firefly Books.

- Knox, S & Kobobel, J. (2007). *Manual para el cuidado del cáncer de mama. Una guía de supervivencia para los pacientes y los seres queridos*. Miami: Unilit.
- Kung, S; Rummans, T; Colligan, R; Clark, M; Sloan, J; Novotny, P, et al. (2006). Association of Optimism- Pessimism With Quality of Life in Patients With Head and Neck and Thyroid Cancers. *Mayo Clin Proc*, 81 (12), 1545-1552.
- Lega, L; Caballo, V & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Novoa, M; Vargas, R; Obispo, S; Pertuz, M & Rivera, Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 315-329.
- Olivares, F. y Mendez, X. (2001). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Pedrero, P et al. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Prado, J; Rodríguez, J; Mora, B & Mora, E. (1988). Carcinoma de tiroides. Presentación de 52 casos. *Acta Médica Costarricense*, 31 (1), 27-32.
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Rebolledo, M & Alvarado, S. (2006). Distrés y cáncer. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39 (1), 52-58.
- Roberts, K; Lepore, S & Urken, M. (2008). Quality of Life After Thyroid Cancer: An Assesment of Patient Needs and Preferences for Information and Support. *Journal of Cancer Education*, 23, 186-191.

Rubinfeld, S. (2002). *Could It Be My Thyroid?* USA: Earth Color Houston

Salazar, M. (2010). *Recordando experiencias: Programa de intervención con reminiscencia para personas adultas mayores: guía para terapeutas*. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas, UCR.

Sánchez, K & Padilla, J. (2000). *Manual de enfoque práctico en cuidados intensivos*. San José: UCR.

Tagay, S; Herpetz, S; Langkafel, M; Erim, Y; Bockish, A; Senf, W; et al. (2006). Health-Related Quality of Life, Depression and Anxiety in Thyroid Cancer Patients. *Quality of Life Research*, 15, 695- 703.

Touzopolous, P; Karanikas, M; Zarogoulidis, P; Mitrakas, A; Porpodis, K; Katsikogiannis, N et al. (2011). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 441-449.

Valles, M. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis.

Van Nostrand, D; Bloom, G & Wartofsky, L. (2004). *Thyroid Cancer. A Guide for Patients*. Maryland (USA). Keystone Press.

Referencias electrónicas

ASOCATI. (2010). Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides. Recuperado el 21 de mayo de 2010, de <http://www.asocati.org/home.html>

Banach, R. (2012). *Thyroid Cancer Canada- Thyroid Cancer Unique Facts & Figures, February 2012*. Recuperado el 17 de febrero de 2012, de http://www.thyroidcancercanada.org/userfiles/files/TCC_facts_figures_Feb_2012.pdf

Biurrun, A & Jusué, G. (1998). Presentación de un protocolo de tratamiento psicológico (manual cognitivo conductual) en pacientes con dolor crónico en Navarra. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n1/salud1.html>

- Bonacina, R; Minatel, M; Tedeschi, V; Cullen, C & Wenk, R. (2004). *Cuidado Paliativo: Guías de tratamiento para enfermería*. Recuperado el 8 de julio de 2011, de <http://cuidadospaliativos.org/archives/manualenfermeria.pdf>
- Gener, C. (2008). *Los problemas de la glándula tiroides*. Recuperado el 25 de julio de 2011, de <http://salud.lasprovincias.es/noticias-locales/endocrinologia-tiroides.htm>
- Haugen, B; Tuttle, M & Wartofsky, L. (2008). *Cáncer de la tiroides. The Hormone Foundation*. Recuperado el 21 de mayo de 2010, de http://www.hormone.org/Spanish/Factsheets_Spanish/upload/spanish_thyroid_cancer.pdf
- Instituto Nacional de Cáncer. (2012). *National Cancer Institute*. Recuperado el 15 de febrero de 2012, de <http://www.cancer.gov/>
- Ministerio de Salud de Perú. (2005). *Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares*. Recuperado el 27 de febrero de 2012, de <http://www.documentacion.edex.es/docs/0310URIman.pdf>
- OMS. (2011). *Cáncer*. Recuperado el 16 de marzo de 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- OMS. (2007). *Programas de lucha contra el cáncer*. Recuperado el 23 de mayo de 2013, de <http://www.who.int/cancer/media/en/423.pdf>
- Rodríguez, I. (2010, 12 de setiembre). *Ticos tienen 17% de riesgo de sufrir cáncer antes de los 75 años*. La Nación. Recuperado el 16 de marzo de 2011, de <http://www.nacion.com/2010-09-13/AldeaGlobal/NotaPrincipal/AldeaGlobal2515645.aspx>
- Sociedad Americana del Cáncer. (2012). *Cáncer de tiroides: Guía detallada*. Recuperado el 15 de febrero de 2012, de <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/Cancerdetiroides/Guiadetallada/index>

Tapia, C. (2012). *Tiroides, el cáncer que se cura*. Diario de León. Recuperado el 24 de febrero de 2012, de http://www.diariodeleon.es/noticias/saludybienestar/tiroides-cancer-que-thinsp-se-cura_670135.html

Vargas, J. (2008). *Guía de autoayuda cognitivo conductual emocional para las mujeres con trastorno orgásmico*. Tesis para optar al grado de licenciatura en psicología. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Anexo 1. Fórmula de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Para ser sujeto de investigación)

Guía cognitivo conductual emocional para la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer papilar de tiroides del Gran Área Metropolitana.

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: El propósito de este proyecto se centra en obtener datos relacionados con las creencias, comportamientos, y emociones de las mujeres con cáncer papilar de tiroides del Gran Área Metropolitana. Estos datos serán utilizados exclusivamente para la investigación con el fin de poder crear una guía que permita a las pacientes con cáncer de tiroides afrontar de una mejor manera el proceso. Esta investigación forma parte de un proyecto final de graduación y está siendo desarrollada por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. El estudio se está realizando por la Bach. Gabriela Sotela.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Se hará un grupo focal, donde se podrá conversar y compartir experiencias con otras personas en las mismas condiciones. Estas conversaciones serán grabadas, sin embargo, los datos recolectados serán estrictamente confidenciales, y estas conversaciones serán borradas inmediatamente después de transcribirlos.

- C. RIESGOS:** La participación en este estudio podría significar molestia para usted por el tiempo invertido, sin embargo, no existe ningún riesgo a la salud física ni psicológica.
- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que la investigadora aprenda más acerca de las estrategias que fueron utilizadas durante el proceso de cáncer papilar de tiroides, y de esta forma, puedan ser transmitidas de la mejor manera posible en una guía para futuras pacientes, por lo que este conocimiento beneficiaría a otras personas en el futuro.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Gabriela Sotela y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamándola al teléfono 83-36-80-12 en el horario 8:00 am. a 7:00 pm. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad)

fecha

Anexo 2. Guía de Entrevista Conductual- Profesionales en Medicina

Entrevista Conductual- Profesionales en Medicina (Duración aproximada: 35 min.)

La presente entrevista, será realizada con el fin de obtener datos relacionados con las creencias, comportamientos y emociones de las mujeres con cáncer papilar de tiroides. La información obtenida a partir de esta entrevista, será utilizada como base para la creación de una guía que permita a las pacientes con cáncer papilar de tiroides afrontar de una mejor manera el proceso. Esta guía forma parte de un proyecto final de graduación de la Bach. Gabriela Sotela, y está siendo desarrollada por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

La información brindada en esta entrevista será utilizada exclusivamente para esta investigación.

Le agradezco de gran manera su colaboración, sinceridad y claridad en sus respuestas.

DATOS PERSONALES

Nombre:

Edad:

Procedencia:

Lugar de trabajo:

Especialidad:

Experiencia (años de experiencia/ tipo de pacientes):

Preguntas:

1. De acuerdo con su experiencia ¿Cuál es el principal motivo de consulta por el cual llegan a su consultorio las pacientes con cáncer papilar de tiroides?
2. Se ha determinado que muchas pacientes con cáncer papilar de tiroides tienen creencias irracionales y pensamientos negativos, ¿ha identificado esto en sus pacientes? ¿Cuáles otras creencias o pensamientos afectan a estas personas?
3. ¿Ha estimado con qué frecuencia se presentan estas creencias y pensamientos? (Mucho, poco o nada). ¿En qué momento del proceso del tratamiento médico se presentan con mayor o menor intensidad?
4. ¿Qué factores ambientales considera podrían influir en los pensamientos y creencias de la paciente durante el proceso?
5. Como se sabe, existen muchos mitos relacionados con diversas situaciones. ¿Conoce usted algunos mitos en relación con el cáncer de tiroides? ¿Considera que estas personas se dejan influenciar por mitos en torno al cáncer? ¿De qué manera afectan a la paciente?
6. Muchas de estas personas sucumben en la tristeza, ansiedad, y depresión. En relación con su experiencia, ¿Cuáles son las principales emociones y sentimientos que ha identificado en las pacientes con cáncer papilar de tiroides? ¿Ha identificado emociones de este tipo?

7. ¿Ha estimado con qué frecuencia se presentan estas emociones? (Mucho, poco o nada).
¿En qué momento del proceso del tratamiento se presentan con mayor o menor intensidad?
8. ¿Qué factores ambientales considera pueden influir en el estado emocional de una paciente el proceso de cáncer de tiroides?
9. El procedimiento quirúrgico y el tratamiento con yodo radioactivo son dos factores que pueden generar muchos temores y miedos en las pacientes con cáncer papilar de tiroides. ¿Cuál ha sido su experiencia en relación con los temores y miedos en las pacientes con cáncer papilar de tiroides? ¿Podría identificarlos?
10. Hay pacientes que incluso tienden a aislarse, a retraerse de la sociedad durante el proceso. ¿Cuáles son las principales conductas/comportamientos que ha identificado en las pacientes con cáncer papilar de tiroides?
11. ¿Ha estimado con qué frecuencia se presentan estas conductas/comportamientos? (Mucho, poco o nada). ¿En qué momento del proceso del tratamiento médico se presentan con mayor o menor intensidad?
12. ¿Qué es lo que principalmente les afecta físicamente y emocionalmente a las pacientes cuando se encuentran internadas en el hospital (por cirugía y tratamiento de yodo radioactivo)?
13. ¿De qué manera se ven afectadas por sus familiares y amigos? ¿Cómo es el apoyo que reciben?

14. ¿En cuanto al área laboral? ¿Qué sucede? ¿Se podrían dar afectaciones en el rendimiento, asistencia y continuidad del trabajo?
15. ¿Qué tipo de trastornos ha podido identificar en estas pacientes? Ej. Trastornos del sueño.
16. ¿Cuáles son las principales intervenciones médicas que ha utilizado en pacientes con cáncer papilar de tiroides?
17. ¿Qué se toma en cuenta para aplicar o no estas intervenciones?
18. ¿Qué resultados tienen estas intervenciones?
19. ¿A qué le atribuye usted esos resultados?
20. ¿Qué limitaciones ha identificado en la aplicación de estas técnicas y estrategias en pacientes con cáncer papilar de tiroides?
21. ¿Qué tipo de seguimiento médico se le da a las pacientes?
22. ¿Existe algún factor específico que pueda influir en el seguimiento del programa de tratamiento y recuperación?
23. De hacer una guía cognitivo conductual emocional para la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer papilar de tiroides, ¿Qué aspectos tomaría usted en consideración para lograr una guía psicológica en este sentido?
24. Para finalizar, ¿desea agregar algo más en relación con el tema?

Anexo 3. Guía de Entrevista Conductual- Profesionales en Psicología y miembros de ASOCATI

Entrevista- Profesionales en Psicología y miembros de ASOCATI *(Duración aproximada: 35-40 min.)*

La presente entrevista, será realizada con el fin de obtener datos relacionados con las creencias, comportamientos y emociones de las mujeres con cáncer papilar de tiroides. La información obtenida a partir de esta entrevista, será utilizada como base para la creación de una guía que permita a las pacientes con cáncer papilar de tiroides afrontar de una mejor manera el proceso. Esta guía forma parte de un proyecto final de graduación de la Bach. Gabriela Sotela, y está siendo desarrollada por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

La información brindada en esta entrevista será utilizada exclusivamente para esta investigación. Le agradezco de gran manera su colaboración, sinceridad y claridad en sus respuestas.

DATOS PERSONALES

Nombre:

Edad:

Procedencia:

Lugar de trabajo:

Enfoque:

Experiencia:

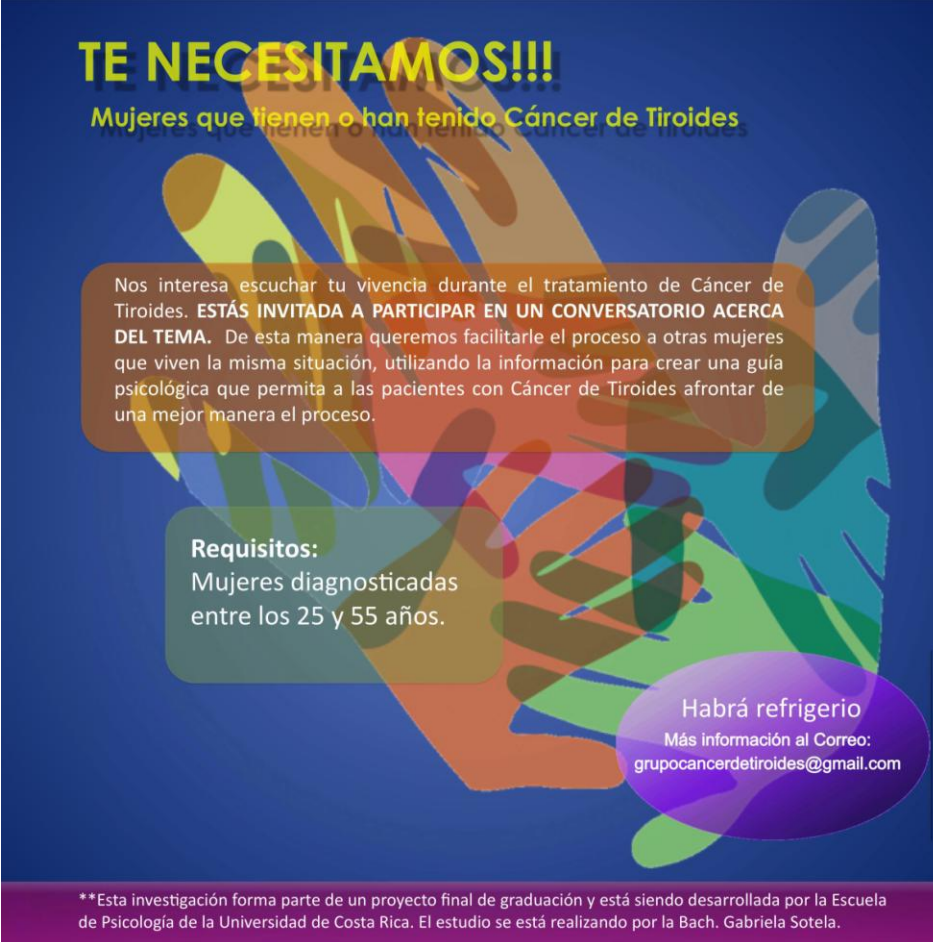
Preguntas:

1. De acuerdo con su experiencia ¿Cuáles son los principales motivos psicológicos (quejas) por los cuales llegan a su consultorio las pacientes con cáncer papilar de tiroides?
2. Se ha determinado que muchas pacientes con cáncer papilar de tiroides tienen creencias irracionales y pensamientos negativos, ¿ha identificado esto en sus pacientes? ¿Cuáles otras creencias o pensamientos afectan a estas personas?
3. ¿Ha estimado con qué frecuencia se presentan estas creencias y pensamientos? (Mucho, poco o nada). ¿En qué momento del proceso del tratamiento se presentan con mayor o menor intensidad?
4. ¿Qué factores ambientales y comportamentales, positivos y negativos, considera podrían influenciar en los pensamientos y creencias de la paciente durante el proceso?
5. Como se sabe, existen muchos mitos relacionados con diversas situaciones. ¿Conoce usted algunos mitos en relación con el cáncer de tiroides? ¿Considera que estas personas se dejan influenciar por mitos en torno al cáncer? ¿De qué manera afectan a la paciente?
6. Muchas de estas personas sucumben en la tristeza, ansiedad, y depresión. En relación con su experiencia, ¿Cuáles son las principales emociones y sentimientos que ha identificado en las pacientes con cáncer papilar de tiroides? ¿Ha identificado emociones de este tipo?

7. ¿Ha estimado con qué frecuencia se presentan estas emociones? (Mucho, poco o nada).
¿En qué momento del proceso del tratamiento se presentan con mayor o menor intensidad?
8. ¿Qué factores ambientales/ conductuales, positivos y negativos, considera pueden influir en el estado emocional de una paciente el proceso de cáncer papilar de tiroides?
9. El procedimiento quirúrgico y el tratamiento con yodo radioactivo son dos aspectos que pueden generar muchos temores y miedos en las pacientes con cáncer de tiroides. ¿Cuál ha sido su experiencia en relación con los temores y miedos en las pacientes con cáncer papilar de tiroides? ¿Podría identificarlos?
10. Hay pacientes que incluso tienden a aislarse, a retraerse de la sociedad durante el proceso. ¿Cuáles son las principales conductas/comportamientos que ha identificado en las pacientes con cáncer papilar de tiroides?
11. ¿Ha estimado con qué frecuencia se presentan estas conductas/comportamientos? (Mucho, poco o nada). ¿En qué momento del proceso del tratamiento se presentan con mayor o menor intensidad?
12. ¿Qué es lo que principalmente les afecta y preocupa a las pacientes cuando se encuentran internadas en el hospital (por cirugía y tratamiento de yodo radioactivo)?
13. ¿De qué manera se ven afectadas por sus familiares y amigos? ¿Cómo es el apoyo que reciben?

14. ¿En cuanto al área laboral? ¿Qué sucede? ¿Se podrían dar afectaciones en el rendimiento, asistencia y continuidad?
15. ¿Qué tipo de trastornos ha podido identificar en estos pacientes? Ej. Trastornos del sueño.
16. ¿Cuáles son las principales técnicas terapéuticas o estrategias que ha utilizado en pacientes con cáncer de tiroides con el fin de sobrellevar el proceso de una mejor manera?
17. ¿Qué se toma en cuenta para aplicar o no estas intervenciones?
18. ¿Qué resultados tienen estas técnicas terapéuticas y estrategias?
19. ¿A qué le atribuye usted esos resultados?
20. ¿Qué limitaciones se ha encontrado?
21. ¿Qué tipo de seguimiento se le da a las pacientes?
22. ¿Existe algún factor específico que pueda influir en el seguimiento del programa de tratamiento y recuperación?
23. De hacer una guía cognitivo conductual emocional para la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer papilar de tiroides, ¿Qué aspectos tomaría usted en consideración para lograr una guía psicológica en este sentido?
24. Para finalizar, ¿desea agregar algo más en relación con el tema?

Anexo 4. Afiches- Convocatoria a Grupos Focales



TE NECESITAMOS!!!
Mujeres que tienen o han tenido Cáncer de Tiroides

Nos interesa escuchar tu vivencia durante el tratamiento de Cáncer de Tiroides. **ESTÁS INVITADA A PARTICIPAR EN UN CONVERSATORIO ACERCA DEL TEMA.** De esta manera queremos facilitarle el proceso a otras mujeres que viven la misma situación, utilizando la información para crear una guía psicológica que permita a las pacientes con Cáncer de Tiroides afrontar de una mejor manera el proceso.

Requisitos:
Mujeres diagnosticadas entre los 25 y 55 años.

Habrà refrigerio
Màs informaciòn al Correo:
grupocancerdetiroides@gmail.com

**Esta investigación forma parte de un proyecto final de graduación y está siendo desarrollada por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. El estudio se está realizando por la Bach. Gabriela Sotela.

TE NECESITAMOS!!!

Mujeres que tienen o han tenido Cáncer de Tiroides

Nos interesa escuchar tu vivencia durante el tratamiento de Cáncer de Tiroides. **ESTÁS INVITADA A PARTICIPAR EN UN CONVERSATORIO ACERCA DEL TEMA.** De esta manera queremos facilitarle el proceso a otras mujeres que viven la misma situación, utilizando la información para crear una guía psicológica que permita a las pacientes con Cáncer de Tiroides afrontar de una mejor manera el proceso.

Fecha:
Sábado 26 de mayo, 2012
Hora: 9:00 am.
Lugar:
Apartotel Los Yoses

Habrà refrigerio

Más información al Correo:
grupocancerdetiroides@gmail.com

**Esta investigación forma parte de un proyecto final de graduación y está siendo desarrollada por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. El estudio se está realizando por la Bach. Gabriela Sotela.

TE NECESITAMOS!!!

Mujeres que tienen o han tenido Cáncer de Tiroides

Nos interesa escuchar tu vivencia durante el tratamiento de Cáncer de Tiroides. **ESTÁS INVITADA A PARTICIPAR EN UN CONVERSATORIO ACERCA DEL TEMA.** De esta manera queremos facilitarle el proceso a otras mujeres que viven la misma situación, utilizando la información para crear una guía psicológica que permita a las pacientes con Cáncer de Tiroides afrontar de una mejor manera el proceso.

Fecha:
Sábado 2 de junio, 2012
Hora: 9:00 am.
Lugar:
Apartotel Los Yoses

Habrà refrigerio

Más información al Correo:
grupocancerdetiroides@gmail.com

**Esta investigación forma parte de un proyecto final de graduación y está siendo desarrollada por la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. El estudio se está realizando por la Bach. Gabriela Sotela.

Anexo 5. Guía de Preguntas- Grupo Focal Pacientes

PREGUNTAS GRUPO FOCAL PACIENTES

1. ¿Cómo ha sido la relación desde entonces con su familia? ¿Amigos? ¿Trabajo? ¿Cómo se tomaron la noticia?
2. ¿Qué es lo primero que se les vino a la cabeza cuando les dieron el diagnóstico de cáncer de tiroides?
3. ¿Qué pensamientos se les cruzaban durante el proceso? ¿Qué creían que podía pasar?
4. Como saben, para todo hay mitos. ¿Conocen algunos mitos relacionados con el Cáncer de Tiroides? ¿Se vieron afectadas por alguno(s) en especial? ¿De qué manera?
5. Muchas personas con Cáncer de Tiroides pasan por momentos de tristeza, de confusión, de ansiedad... ¿Qué fue lo que principalmente sintieron ustedes? ¿Cómo era su estado de ánimo durante el proceso?
6. ¿Cuáles eran sus temores mientras estaban en el hospital? ¿Qué les afectaba de ese ambiente? (Operación y tratamiento de yodo radioactivo).
7. ¿Qué hacían cuando estaban bajo el tratamiento? (en la casa, con su pareja, amigos).
8. ¿Qué otras dificultades se les presentaron? Por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño.
9. ¿Cuáles fueron las principales técnicas o estrategias que utilizaron para poder llevar el proceso de una mejor manera? (Apoyo, fuentes de información, etc).
10. ¿Qué resultados tuvieron? ¿Cómo se sienten actualmente?
11. ¿Cuáles aspectos esenciales consideran, debe poseer una guía psicológica para mujeres con Cáncer papilar de Tiroides?
12. Para finalizar, ¿desean agregar algo más en relación con el tema?

Anexo 6. Guía de Preguntas- Grupo Focal Familiares y Cuidadores

PREGUNTAS GRUPO FOCAL FAMILIARES Y CUIDADORES

1. ¿Se presentó algún cambio en la dinámica familiar desde el diagnóstico? ¿Amigos? ¿Trabajo?
2. ¿Qué es lo primero que se les vino a la cabeza cuando le dieron a su familiar el diagnóstico de Cáncer de Tiroides? ¿Cómo reaccionaron ellas y ustedes?
3. ¿Qué pensamientos se les cruzaban durante el proceso? ¿Qué creían que podía pasar?
4. Como saben, para todo hay mitos. ¿Conocen algunos mitos relacionados con el Cáncer de Tiroides? ¿Se vieron afectados(as) por alguno(s) en especial? ¿De qué manera?
5. Muchas personas con Cáncer de Tiroides pasan por momentos de tristeza, de confusión, de ansiedad... ¿Pudieron notar algo de eso? ¿Cómo era su estado de ánimo durante el proceso?
6. ¿Cuáles eran sus temores mientras estaban en el hospital? ¿Qué les afectaba de ese ambiente? (Operación y tratamiento de yodo radioactivo).
7. ¿Qué hacían cuando estaban bajo el tratamiento? (en la casa, con su pareja, amigos).
8. ¿Qué otras dificultades se les presentaron? Por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño.
9. ¿Cuáles fueron las principales técnicas o estrategias que utilizaron para poder llevar el proceso de una mejor manera? (Apoyo, fuentes de información, etc.).
10. ¿Qué resultados tuvieron? ¿Cómo se sienten actualmente?
11. ¿Cuáles aspectos esenciales consideran, debe poseer una guía psicológica para mujeres con Cáncer papilar de Tiroides?
12. Para finalizar, ¿desean agregar algo más en relación con el tema?

Anexo 7. Sistematización de resultados- Entrevistas Conductuales a Profesionales

CATEGORÍAS	Psicóloga 1	Oncólogo 1	Endocrinólogo 1	Endocrinólogo 2	ASOCATI 1	ASOCATI 2
Motivo de consulta	<p>Manejo emocional. parte</p> <p>Manejo efectos secundarios.</p>	<p>Se detectaron un nódulo en el cuello o en un ultrasonido.</p>	<p>Se palpan algún nódulo tiroideo.</p> <p>Cita donde el ginecólogo: detecta por ultrasonido.</p> <p>Usualmente es algo incidental.</p> <p>Por algún familiar que fue diagnosticado.</p>	<p>Referidos por otros colegas.</p> <p>Se descubren algún nódulo en la tiroides.</p>	<p>Búsqueda de apoyo emocional, se encuentran muy asustados y con una gran incertidumbre.</p>	<p>Búsqueda de apoyo, principalmente cuando son diagnosticados y están en la etapa de aceptación.</p>
Cognitivo	<p>Me voy a morir, la desesperanza: todo lo que me espera es feo, malo, cansado. ¿por qué a mí?, me lo merezco?; temores al futuro, si hay hijos qué pasará con ellos?</p> <p>Frecuencia: Principalmente después del diagnóstico, de la cirugía (resultado</p>	<p>No creo que tengan creencias irracionales, desconocen la enfermedad.</p> <p>La palabra cáncer origina incertidumbre, dudas, temores y pensamientos negativos.</p>	<p>El pronóstico del cáncer de tiroides no se conoce muy bien entre el público. El mito popular es que es un cáncer muy agresivo, que van a haber problemas, vienen un poco angustiadas en ese sentido. La posibilidad de que</p>	<p>Consideran que el cáncer de tiroides tiene el mismo mal pronóstico que otros cánceres y piensan que es el final de sus vidas. Son muy frecuentes desde el inicio del diagnóstico y en la evolución</p>	<p>En muchos de los casos se presentan pensamientos negativos y expectativas irracionales. Pensamientos como: sentirse abandonados de sus familiares y amigos más cercanos por tener falsas expectativas como el</p>	<p>He podido observar las creencias irracionales y actitudes en pacientes, principalmente en pensamientos de muerte, en creer que es el final de sus vidas, que no podrán tener una vida normal nunca más o peor aún que van a</p>

	<p>biopsia) y yodo radioactivo (temor de que el tratamiento no funcionó).</p> <p>Todo esto va a depender del apoyo y comprensión en la familia, amigos, niveles de estrés que se manejen en la casa, situación económica. A nivel comportamental la adherencia al tratamiento (tanto farmacológico como emocional), buena alimentación, buen dormir, a nivel individual el manejo del estrés, no aislarse.</p> <p>Hay mucho temor a comer de nuevo, a dormir (ahogarse mientras duermen), a no volver a hablar (que se afecten las cuerdas vocales), hacer metástasis a otros órganos. Y el temor principal: a morir.</p> <p>Respecto a la cirugía, los resultados de la misma,</p>	<p>Algunos llegan más tranquilos porque han consultado en internet.</p> <p>En mi experiencia todos los pacientes se van más tranquilos después que se les explica las implicaciones en el tratamiento.</p> <p>Esa negatividad se reduce cuando llega el reporte de biopsia en la consulta postoperatoria y desaparece en las consultas de seguimiento.</p> <p>Puede influir la opinión de amigos y conocidos, muchos de ellos sin tener suficiente conocimiento.</p>	<p>se cure únicamente por cirugía es de 90-95% con sólo la cirugía.</p> <p>La mayoría de pacientes con sólo explicarles se tranquilizan.</p> <p>Usualmente son más elevados en el momento del diagnóstico. Igual, creo que es la parte de los mitos, que la familia empieza a decirle cosas.</p> <p>Piensan que el yodo radioactivo, piensan que es radioterapia.</p>	<p>desaparecen después de la cirugía.</p> <p>El entorno familiar es importante, si cuentan o no con apoyo y las vivencias previas de familiares o amigos cercanos con cáncer.</p> <p>Temen los riesgos propios de la irradiación y siempre el fantasma de la muerte por cáncer.</p>	<p>que no vayan al trabajo o actividades sociales porque le deben dedicar todo el tiempo al o la paciente.</p> <p>Se presentan en su mayoría después de la operación y antes del yodo radioactivo. Después van disminuyendo en intensidad. Se ve influido principalmente por la idea que la Sociedad que maneja: cáncer= muerte.</p> <p>La mayoría de los pacientes se tratan por medio de la CCSS y las preocupaciones en el caso de la cirugía se dan o se aumentan por los períodos largos de espera.</p>	<p>morir sin ninguna posibilidad de cura.</p>
--	---	--	---	---	--	---

	morir durante la cirugía.					
Mitos	El mito más fuerte: Cáncer= muerte, aún cuando el médico le diga a la persona que ese no es el pronóstico.	No conozco ningún mito que los pacientes me hayan comunicado. Mi práctica es en el sector privado donde el nivel sociocultural y educativo de los pacientes es mayor. Muchos llegan muy bien informados de su enfermedad.	Todos los pacientes requieren yodo. Algunos extrapolan los tipos de cáncer. Entonces puede que tenga algún familiar o algún conocido que tuvo indiferenciado y piensa que va a tener la misma evolución. Temor de que en algunos meses voy a fallecer, voy a pasar dolores.	No. Luego de una fase inicial de depresión y a veces negación las pacientes aceptan la realidad y se apegan al tratamiento.	Al no tener la glándula tiroidea, va a experimentar una falta de energía permanente que lo incapacitarán para tener una vida normal.	No conozco ninguno, a pesar de que indica que sí existen.
Conductual	Cuando hay aislamiento es porque hay síntomas de depresión y desesperanza. Esto se da principalmente al inicio, después del diagnóstico. El estar separadas de la	Luego del período de ansiedad retoman su rutina una vez finalizado el tratamiento. Físicamente lo que más les molesta es la incomodidad para tragar y mover el	Muchas optan por buscar otra opinión médica . A veces consultan a médicos que les meten miedo. Es la falta de información la clave de todo. Hay algunos pacientes que son	Aislarse: En mi experiencia es poco frecuente. Luego del proceso bien tolerado, está la posibilidad de recuperar la confianza y reanudar su vida	Por los mitos el aislamiento se podría presentar en un 50% de las pacientes. Muchas veces es la familia, compañeros de trabajo o de estudio son los que promueven el aislamiento quizás	Hay mucho temor y angustia por lo que sí se puede dar un aislamiento a raíz de esto. Se presenta mucho en los días anteriores y posteriores al tratamiento.

	<p>familia y de los hijos genera temor, se sienten vulnerables. Respecto a la cirugía, los resultados de la misma, morir durante la cirugía. Con la terapia del yodo radiactivo, el no poder tener contacto físico prolongado con seres queridos, especialmente si hay hijos pequeños.</p>	<p>cuello, nada que no se alivie, sin embargo, con un acetaminofén. La mayoría de mis pacientes con CPT son cirugías ambulatorias.</p>	<p>un poco negligentes en cuanto al cuidado personal, en el sentido de que tienen el diagnóstico inicial y tal vez reciben el tratamiento inicial y luego no vuelven a control.</p>	<p>normal. Cuando se encuentran en el hospital lo que más les afecta es el desbalance hormonal y temores de la salud futura.</p>	<p>hasta inconsciente. después de la aplicación del Yodo Radioactivo.</p>	
Emocional	<p>Las principales son temor, desesperanza y estas desencadenan en ansiedad y depresión, en algunas personas también hay culpa.</p> <p>Considero que el 65% de las pacientes sufren estas emociones de manera intensa. La mayor intensidad es al inicio, cuando todo es desconocido.</p> <p>Dependerán de qué tanto apoyo y comprensión hay en la familia y amigos, niveles de estrés que se manejen en la casa. A nivel comportamental la</p>	<p>Muchos llegan con incertidumbre y dudas pero no recuerdo ninguno que haya entrado en depresión profunda. Creo que la mayoría aumenta sus deseos por sobrevivir.</p>	<p>Ansiedad, tristeza, se les explica que mientras estén en tratamiento y vigilancia logran una calidad de vida normal, y que tienen un buen pronóstico ya se tranquilizan. Se presentan mayormente en el momento del diagnóstico pero usualmente se les explica a las mamás que mientras estén en tratamiento, se tendrán que aislar de sus hijos por</p>	<p>La noticia causa ansiedad, incertidumbre, depresión. Pasan por etapas del duelo de la pérdida de "la salud". Luego lo aceptan y continúan su vida.</p> <p>Se presenta mucho, prácticamente en todos los pacientes y se reviven un poco en la evolución durante los controles anuales. El</p>	<p>Posterior al diagnóstico, presentan tristeza, ansiedad y depresión. El desconocimiento de ciertas reacciones fisiológicas como la alteración nerviosa, lo que les lleva a una irritabilidad espontánea, les genera mucha frustración y ansiedad ya que quienes les rodean que tampoco conocen de esto, se vuelven también reactivos o simplemente aíslan</p>	<p>He notado pacientes con ansiedad, tristeza y depresión. Creo que el sentimiento que más manifiestan es el de impotencia.</p> <p>Diría que se encuentran presentes en muchas pacientes.</p>

	<p>adherencia al tratamiento (tanto farmacológico como emocional), buena alimentación, buen dormir, a nivel individual el manejo del estrés, no aislarse.</p> <p>El sentirse vulnerables, el estar separadas de la familia, los hijos.</p>		<p>unos días, por lo que se da un proceso de separación. Muchas veces el niño no entiende. La mayoría de veces la pareja ayuda muchísimo para manejar esa ansiedad. Pero al fin y al cabo son 7 días, entonces tampoco es la tragedia. Es un poco incómodo, altera un poco la dinámica familiar, pero una semana pasa rápido.</p>	<p>entorno familiar es importante, si cuentan o no con apoyo y las vivencias previas de familiares o amigos cercanos con cáncer.</p>	<p>al paciente. Es sumamente frecuente. Se da sobre todo entre la operación y la radiación. Puede influenciar el desconocimiento por parte del paciente y su familia. Ante el desconocimiento se meten a Internet, obtienen todo tipo de información que les hace aún más profunda su confusión, nerviosismo y depresión. Creo también, que la falta de infraestructura en los Hospitales exclusiva para los pacientes de Cáncer de Tiroides, lo expone a convivir con pacientes de otros tipos de cáncer quizás más agresivos que los llena de ansiedad y llegan a sentirse incrédulos de un futuro positivo. Durante la</p>	
--	--	--	---	--	---	--

					aplicación del Yodo al tener que aislarse, les genera un gran estado de soledad y de ansiedad.	
Área Laboral	Como en toda situación donde hay un diagnóstico de cáncer, la incapacidad laboral tiende a ser un poco larga, al menos esa es la creencia, ese es otro temor y preocupación de casi todas las pacientes (excepto los casos donde la pareja puede dar el aporte económico total sin problemas). De ahí la importancia de explicar que un mes (aún con cirugía y terapia de yodo) no es tan largo. Si la cirugía sale bien y el descanso se respeta, no tiene porqué haber afectación en el rendimiento, ni asistencia ni continuidad.	En general no, pero si el paciente vive de su voz (ejemplo profesionales tales como locutores, cantantes, presentadores de TV) les hago énfasis en la posibilidad de afección.	No tiene por qué afectarse nada. El único cuidado son esos 7 días de aislamiento donde las personas no pueden estar con la familia, pareja y con el trabajo. A veces cuando tenemos que hacer exámenes de suspender tratamientos se pueden sentir un poco mal, pero en la gran mayoría de las ocasiones pueden llevar una vida normal.	Se ven afectadas durante los procedimientos y cambios hormonales en donde el rendimiento y capacidad física se ve reducida.	Esto depende de la actitud del paciente. En la mayoría de los casos no incapacita de manera importante. Si el paciente genera coraje y fuerza, puede mantener una vida laboral prácticamente normal, obviamente con la inasistencia al trabajo del tiempo requerido post-operatorio, internamiento y yodo.	No conozco del tema.
Trastornos	Los trastornos dependen mucho de los temores, la	No por la cirugía ni el yodo radiactivo.	Muchas veces por la dosis de Levotiroxina	Cansancio, falta de concentración, aumento de peso,	El trastorno del sueño, las alteraciones por	Ansiedad, temor, disminución de apetito, de sueño, de

	<p>personalidad y se ha visto que se deben más a una causa psicológica que física o debido a efectos secundarios del tratamiento con yodo radiactivo, excepto que exista dolor, o debido a las náuseas, o a la sequedad de boca, o molestia en las glándulas salivales. Los más comunes son la inapetencia, o trastornos del sueño.</p>	<p>Algunas (casi exclusivamente mujeres) se quejan de aumento de peso, lo cual es posible que sea consecuencia de la dosis supresiva del TSH.</p>	<p>tenemos que dar un poquito más de lo usual del promedio ya que el paciente puede tener un leve exceso de hormonas tiroideas. En estos casos pueden a veces tener un poco de insomnio, pero eso es parte del efecto del tratamiento. Se les explica, se les hace saber que ese es el "precio a pagar".</p>	<p>retención de líquido, depresión</p>	<p>funcionamiento hipotiroideo o hipertiroideo lo que puede causar cambios de carácter. Igualmente el decaimiento físico, etc.</p>	<p>interés por sus actividades normales.</p>
<p>Apoyo recibido</p>	<p>En mi experiencia, en general el apoyo si ha sido incondicional. El apoyo es principalmente emocional, el estar presentes, acompañar, ayudar en lo que necesiten: transportar, cocinar, incluso hasta apoyo económico. Sin embargo, sí hubo un caso donde el esposo era poco apoyante, y preguntó cuánto más</p>	<p>En general en nuestro medio el paciente con cáncer tiene mucho apoyo familiar (esto puede estar sesgado por el tipo de consulta que atiende (privada). La paciente llega acompañada por al menos un familiar o amigo.</p>	<p>Usualmente las parejas apoyan mucho, tal vez el problema principal que veo es los miembros de la familia o vecinos que les meten miedo. Pero la mayoría de las parejas van a la cita con la persona con cáncer y donde se les explica, se tranquilizan. La</p>	<p>Esto es muy variable, en general hay poco impacto.</p>	<p>Después de la radiación, como se pide que el paciente se mantenga a una distancia prudente de los niños y mujeres embarazadas, además que use servicios sanitarios exclusivos igual que su vajilla personal, muchas veces los familiares y amigos, estigmatizan al</p>	<p>El cáncer afecta al núcleo familiar. A todos los va a afectar y el apoyo que reciben es muchas veces nulo ya que no hay ni siquiera para el paciente!</p>

	tendría que él esperar para tener relaciones sexuales “porque ya he esperado mucho”.		mayoría de los pacientes cumplen bien los seguimientos porque todos al final de cuentas están conscientes de que es cáncer. Es de muy buen pronóstico. Los primeros cinco años la idea es vigilar, atacar tempranamente. Las parejas apoyan mucho.		paciente manteniendo esas distancia en todo momento lo que producen el asilamiento antes mencionado.	
Técnicas /Estrategias	Educación respecto a su condición de salud, hablar mucho sobre las expectativas de vida y los pronósticos en cáncer de tiroides, trabajar con sus ideas irracionales principalmente temores y desesperanza, explicar la integralidad mente –	Tiroidectomía total, tiroidectomía con disección de cuello. Se toma en cuenta La extensión de la enfermedad, la necesidad o no de dar yodo	Usualmente una vez hecho el diagnóstico, el 100% se opera, una vez operada y se da el tratamiento sustitutivo de las hormonas tiroideas. Usualmente no requieren ningún	Depende de las características del tumor y de su extensión, para lo cual hay protocolos médicos específicos de manejo. Se toma en cuenta: Tipo y extensión del	La Escucha de qué siente y piensa es muy importante. Prepararnos en el campo de la psicología con profesionales de esa especialidad para poder entender un poco los diferentes tipos de	Tratar de escucharlos, darles apoyo a través de las vivencias personales, conseguirles información. Para aplicar estrategias tomar en cuenta en mi opinión, la capacidad

	<p>cuerpo, relajación, meditación e hipnosis y se explica lo de la psiconeuroendocrinoinmunología. Hacer red de apoyo, hablar con la familia de la importancia del apoyo a la persona. Técnicas de afrontamiento, autocontrol y autorregulación emocional para disminuir ansiedad, estrés y depresión. Debate cognitivo, afirmaciones cognitivas. Se ve video sobre la importancia de tener esperanza y su relación con el sistema inmune.</p> <p>Para cualquier intervención hay que tener en cuenta la personalidad, para evaluar las técnicas. Con todas se trabaja la educación en cuanto a su condición de salud, la relajación y la meditación.</p> <p>Estas estrategias son muy efectivas y</p>	<p>radiactivo, y el seguimiento. Los buenos resultados se los atribuyo a la biología poco agresiva que tiene este cáncer en gente joven. Considero que no hay ninguna limitación, excepto en paciente adultos mayores y en la infancia en quienes, por razones biológicas que desconocemos, CPT se torna muy agresivo. Además en éstas situaciones por lo general estos cánceres no responden al yodo y requieren radiación externa y en algunos casos tratamiento sistémico (ej. Quimioterapia paliativa).</p>	<p>tipo de tratamiento adicional, a menos que requieran yodo o algo así. Más o menos según la experiencia del cirujano que puede andar entre un 1 y un 5% de los casos se lesionan unas glándulas detrás de la tiroides que se llaman paratiroides. Estas paratiroides controlan el calcio. Entonces si se lesionan esas glándulas puede ser que necesiten tomar tratamiento con calcio y con vitamina D.</p> <p>Los resultados son muy buenos: Por ejemplo la aplicación del yodo radioactivo va a depender de las características del tumor: edad de la paciente, tamaño, posibilidad de</p>	<p>tumor</p> <p>Resultados: En general es un tumor excelente pronóstico. Resultados atribuidos a Al comportamiento de este tumor.</p> <p>Limitantes: Es necesario que el paciente entienda que es un tumor de excelente pronóstico si se cumple el protocolo, sino mata.</p>	<p>personalidad para asistirles de una forma efectiva en su proceso. Lo que funciona bien para uno, no necesariamente funciona bien para otro. Se trabaja a veces con prueba y error.</p> <p>La experiencia nos dice que los resultados son bastante buenos desde el punto de vista del paciente y su familia. Esto se lo atribuyo a que se sienten apoyados y comprendidos desde una óptica de "colegas" supervivientes.</p> <p>Limitaciones: La principal es que se sientan decididos a asistir a la primera reunión ya que el paciente no quiere hablar de la enfermedad en esos momentos, es como</p>	<p>de la paciente de aceptar o escuchar o poder expresar lo que siente.</p> <p>Resultados: En los casos que he conocido, buenos porque se ha logrado que la paciente esté mejor.</p> <p>Atribuye resultados a que las personas encuentran en el grupo el apoyo que buscaban.</p> <p>Limitaciones: El no poder hablar de la parte médica que es donde muchas pacientes tienen</p>
--	--	--	--	--	---	--

	<p>eficaces, desde la primer sesión hay una disminución significativa en niveles de ansiedad y desde la quinta sesión el cambio en temores, tristeza es importante.</p> <p>Esto se lo atribuyo al trabajo integral, al apoyo de familia y amigos, son un gran motor de motivación para seguir adelante.</p> <p>Limitaciones: Cuando la familia no apoya, ya que dificulta la adherencia al tratamiento (tanto médico como psicológico), el vivir fuera de San José (distancia, problemas económicos).</p>		<p>metástasis.</p> <p>Limitaciones: En la parte de la cirugía desgraciadamente la lista de espera a nivel de la Seguridad Social. A veces eso también les termina produciendo angustia al saber que tienen que esperar.</p> <p>Nuevamente se les explica que el cáncer papilar es de una evolución muy lenta, por lo que usualmente esa espera de 3 meses para una cirugía no va a cambiar el pronóstico del cáncer. A nivel privado no es tan problemático porque es relativamente rápido y luego el tratamiento con yodo radioactivo usualmente también es</p>		<p>un proceso de negación y esto lo induce a no llegar a la primera que es lo que es más difícil.</p>	<p>dudas.</p>
--	---	--	--	--	---	---------------

			relativamente rápido.			
Seguimiento	<p>Dependiendo de la adherencia al tratamiento las citas pueden ser pocas. Una vez que se cierra ese proceso, se le da un seguimiento de dos meses, luego 4 meses y luego 6 meses.</p> <p>Puede influir en el seguimiento cuando la familia no apoya, ya que dificulta la adherencia al tratamiento (tanto médico como psicológico), el vivir fuera de San José, por la distancia que hay que recorrer para asistir a las citas, problemas económicos.</p>	<p>La mayoría afortunadamente sólo requieren seguimiento con examen físico de cuello, ultrasonido de cuello y un examen de sangre que funciona como monitor (nivel de tiroglobulina) aproximadamente cada 6 meses a un año. En los pacientes que recibieron yodo radiactivo se agrega también, un escaneo al año (yo no lo hago mas si es negativo). Factor que pueda afectar: Si la supresión del TSH que se logra con la dosificación con hormona</p>	<p>Los primeros 5 años de seguimiento son más de cerca, usualmente se recomiendan exámenes de sangre cada seis meses, un ultrasonido una vez al año, y a la persona que se le dio el yodo radioactivo un rastreo, un control al año. Después del quinto año el control se sigue haciendo una vez al año. Los pacientes de muy bajo riesgo a los 10-15 años ya se dan de alta. Los pacientes de riesgo más alto, siguen en control casi toda la vida. Afectar seguimiento: Por ejemplo hay personas que</p>	<p>Hay un protocolo específico de seguimiento médico cada 3-4 meses y un chequeo anual con procedimientos. Lo que puede influir: La relación medico paciente es fundamental y la educación en el tema.</p>	<p>El seguimiento básicamente que se le da es de contactarlo telefónicamente para consultarle cómo ha evolucionado tanto médicamente como emocionalmente. Algunos lo que quieren es convertirse en voluntarios de ASOCATI, pero igualmente después hay una fuerza que los inhibe y se alejan. Igual sus familias.</p> <p>Influir en seguimiento: Creo que es el factor de que el paciente no quiere saber nada con hospitales, médicos y la enfermedad. Es decir, no quiere “contaminarse” de</p>	<p>De mi parte, ninguno. Generalmente las pacientes se acercan a la asociación en busca de apoyo y una vez que lo obtienen, ya no regresan.</p>

		<p>tiroidea y la detección temprana de recurrencias en el cuello o a distancia.</p>	<p>vienen de muy largo y hay listas de espera. Eso no es la peor tragedia. El problema principal es cuando las personas dejan este seguimiento y buscan alternativas con medicinas naturales etc, y no vuelven. Vuelven años después y desgraciadamente ya muy complicados.</p>		<p>todo eso porque le recuerda su sufrimiento durante el proceso de diagnóstico, operación y aplicación de Yodo.</p>	
<p>Aspectos a considerar en guía</p>	<p>Definitivamente la educación en la esperanza, en la integración mente – cuerpo.</p>	<p>Creo que la mayoría, mantienen sus habilidades sociales y afrontan emocionalmente su enfermedad muy bien retornando a su medio en una forma mucho mas efectiva y rápida que todos los demás cánceres.</p>	<p>Principalmente información, que los pacientes estén al tanto de qué implica el cáncer de tiroides, que es de muy buen pronóstico, que el riesgo es bajo, creo que es no angustiarse innecesariamente. Todo el mundo cuando piensa en cáncer piensa que es una sentencia a muerte. Es muy frecuente en gente</p>	<p>Buscar estrategias que refuercen el apego a las terapias. Lo cual al final determina el pronostico. El apoyo familiar. Los trabajos con grupos de pacientes con el mismo padecimiento ayuda</p>	<p>Nivel socio económico, estado civil, con quienes vive, tiene dependientes, tiene ingresos propios o depende de otros. Si antes del diagnóstico había sido una persona “nerviosa” o negativa ante los problemas de la vida. Tiene disposición al servicio a los demás. Cuál es el comportamiento con las recomendaciones y tratamientos</p>	<p>Me parece que se debe tomar en consideración la información que reciben las pacientes, o la falta de información, su nivel educativo, su capacidad de acceso a información, su disponibilidad de tiempo o accesibilidad a los grupos de apoyo.</p>

			joven, entonces están pensando inmediatamente qué va a pasar con los hijos, con el esposo y familia. Usualmente cuando se les explica bien se tranquilizan.		médicos.	
Extra	Solo felicitarla por esta iniciativa de construir una guía de intervención, ya que es sumamente necesaria en nuestro campo.	Las respuestas están sesgadas por mi práctica privada. Trato de conocer a mis pacientes y evaluar su personalidad como una forma de optimizar la relación médico-paciente, es cierto que nunca los llegaré a conocer completamente, una entrevista de una hora no es suficiente.	N/A	N/A	Aunque el Cáncer de Tiroides es considerado un “Cáncer Noble”, debe tratarse con la seriedad y responsabilidad de cualquier tipo de cáncer. La detección oportuna nos ayuda no sólo en el campo fisiológico si no también en la parte emocional y de salud mental.	N/A

Anexo 8. Sistematización de Resultados- Grupos Focales Pacientes, Familiares y Cuidadores

CATEGORÍAS	Grupo Focal PACIENTES 1	Grupo Focal PACIENTES 2	Grupo Focal FAMILIARES Y CUIDADORES
<p>Diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La muerte. • Yo no soy eterna, por qué lloro? • Forma en la que el doctor le dio la noticia: “ayyyy tiene cáncer!” vs. muy tranquilo. • Es el final de mi vida. • Susto porque venía luchando por infertilidad. • Me asusté mucho, estaba en un puro temblor. • Me dio susto, lloraba. • Gran incertidumbre, nunca pensé que iba a ser la protagonista. • Me enteré por una parálisis facial. • Mi familia estaba en un valle de lágrimas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El doctor me dijo “no tiene probabilidades de que llegue a morir, sólo si Dios quiere”. • Me dejaron completamente al bate. • Los doctores se creen tan buenos profesionales que sólo escriben recetas. • Fue un shock, aunque mi familia tiene antecedentes de cáncer. • El doctor dijo: “dele gracias a Dios porque de todos los cánceres usted tiene el mejor, y a usted no le va a pasar nada, no tiene nada y lo que siente es fantasía”. • Lo mío fue una casualidad. Me di cuenta por una mamografía. • El doctor me dijo “lo tuyo es un cáncer indudablemente, lo bueno es que de esto no te 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo un cambio en la dinámica, es algo que tal vez uno espera de una persona mayor, pero no de una joven. • Al momento me impactó porque mi hija vino con una biopsia que le hicieron. Le dieron la noticia muy fría “USTED TIENE CÁNCER DE TIROIDES. En ese momento no me sentí asustada, yo dije por qué? Vamos a orar. Mi esposo lloró bastante, pero Dios ayuda a quienes ama. • En mi caso tal vez mi mamá intentó resguardarme. Ella me inyectó de mucho positivismo para que yo no me asustara tanto. Por eso yo no sentí tanto cambio.

	<ul style="list-style-type: none"> • Me cambió la vida, me hizo ser realmente otra persona. • No tuve el apoyo de mi esposo, sólo de mis hijos. • Debería de haber más apoyo psicológico, no todas las personas reaccionan igual. • Debe haber en el hospital un centro de psicología para esto. • Uno no entiende, uno dice “qué me está pasando?” • Ha sido terrible, muy difícil, más cuando no tenés el apoyo que estás esperando. • Cada vez que iba al doctor, me arrugaba la cara cuando yo hablaba. 	<p>morís, te lo puedo garantizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticada por casualidad, por paritoiditis. • Diagnosticada por casualidad, por un ultrasonido. • Une más a la familia, mis hijos han estado muy pendientes y preocupados de cómo va el tratamiento. Yo creo que lo tomaron tranquilos, no sé si demostraron otra cosa. • El mismo día llegaron a preguntarme qué pasa? Yo dije, solamente tengo que ponerme en manos de Dios, y con el cariño de ustedes voy a salir adelante. • Mi familia después de seis años no ha asimilado que tenía cáncer, tal vez como era de tiroides dicen: “no se va a morir”, y yo lleve a mi chiquito a una cita y me dicen “es que tiene un tumor maligno”. Y decía yo “me voy a morir verdad? A quién le voy a contar? Mi mamá y mi papá se acaban de morir y qué voy a hacer yo? Quién 	<ul style="list-style-type: none"> • Para mi amiga fue un duelo en el momento y pelearse, no contarle a nadie. Ya después de un año lo habla y comparte más con su familia. • Mi hija era demasiado fuerte, muy positiva y era ella la que nos daba fuerza. Ella se enteró por ir al ginecólogo, nos reunió a todos para darnos la noticia. Ella es muy fuerte entonces no cuenta. Es difícil porque uno no sabe cómo ayudarles, cómo hablar. • Ella no habló con nadie, sólo conmigo. Cáncer es una palabra muy fuerte, entonces uno se imagina la muerte, y ver a gente débil, con pérdida de cabello. Ella me decía, tranquila mami, me dijeron que es el mejor. • A mí me dio cólera porque meses después no se había operado. Me dijo “no no es el más tranquilo, no te
--	--	--	--

		<p>me va a cuidar a mi chiquito? Después de ahí el camino fue yo sola. Mi familia ha estado para todo, pero la idea es: ella está bien, viene, camina, cocina, hace. Fue muy difícil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yo le dije a mi esposo después que era muy pasivo, yo necesitaba a alguien más... y me dijo “yo quería estar a su lado pero sin involucrarme porque no sabía qué estaba sintiendo usted”. Yo no tenía información, cómo la iba a tener él. • Cuando llegué a mi casa, todos lloraban. Después cuando vieron como era todo, ya se controlaron. Mi esposo se hizo más amoroso, como más cariñoso. 	<p>preocupés”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yo me imaginé cáncer, lo peor, como que ya se me iba a morir. • Pensé en que le iba a costar hablar. En el momento me puse a llorar. • Las personas no saben qué es cáncer. Es una experiencia dura, preocupa mucho, uno como padre también trata de contener todo en la casa. Parece que lo más normal es que se vayan primero los padres y los hijos le suceden a uno, uno piensa mucho. • Yo no sabía que existía esa glándula hasta cuando mami me empezó a explicar todo y que le iba a dar sueño. • Ese mismo día que fui, se lo encontraron. Pobrecita seguro casi se muere del susto. Ella no me quiere angustiar.
--	--	--	---

<p>Cognitivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la vida, todas lo bueno y malo que hagás se devuelve. • Ha sido un proceso duro, pero creo que uno lo supera, que todas las pruebas son para mejorar, son aprendizaje, nadie se imagina lo que es. • Es difícil, uno piensa en los hijos pequeños, en mi familia asustada porque nadie había tenido cáncer. • Es un poco difícil, yo me mantuve tranquila, pero yo me sentí mal porque al tener células cancerosas pensé en mi hija pequeña, los otros ya están grandes y pueden estar solos. • Me costó mucho procesar que estaba enferma, quedé como en pánico, temía que me iba a morir, me hacía exámenes de todo angustiada que 	<ul style="list-style-type: none"> • A veces los ticos hacemos preguntas que ni pensamos de la misma presión y tensión: “Dr. Qué tenía, qué me encontraron? ¡Cáncer, puro cáncer!” • Creo que me aterra más operarme que tener cáncer. Siento que cuando se está en proceso diagnóstico, es juicio moral, porque yo subí 16 kilos en un año, eso me preocupó. Es de mucho señalamiento, por qué estás tan cansada? Por qué te dormís en todo lado? Por qué comes tanto? Por qué estás tan obesa? Hace dieta, hace ejercicios. Si te dan calambres, es que usted no hace nada, muévase. • Yo decía “qué sigue?” No es el hecho de que uno se va a morir porque todos tenemos que morirnos, pero si es quimioterapia uno le tiene horror a las consecuencias. • Yo pensaba en mis hijas a pesar de que ya son muchachas, y en mi mamá que vive conmigo. En mi 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer= muerte • Voy a ser radioactiva durante ocho días no puedo hablar, nada. • Si se me arrima me deshago. Tiene un año de esperar y evadirlo. Es complicado porque se tiene que convencer, acompañar, pero no presionar mucho porque si no, no me habla. • Hay hasta remedios caseros, hasta la araña cubana que le están poniendo a Chávez. • Las personas creen que van a estar deprimidas. En el trabajo le decían “ay pero por qué usted no está deprimida? Y con esa cara?” Creen que la persona se va a encerrar y no salir. Eso también está en la manera en la que uno les hable, y la actitud de cada persona. Si en las familias empiezan el
-------------------------	---	---	--

	<p>tuviera otras cosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me daba miedo morir, después de esto sí se me quitó un poco el miedo a la muerte. • Es duro porque uno piensa en los hijos, casi siempre uno como madre tiene ese instinto. • A mí no me daba miedo morir, pero me daba miedo con mi hija, porque ella estaba adolescente. Yo le dije a mi hijo: “si me pasa algo, usted se deja a María, no me la deje sola porque no se la voy a mandar al papá”. <p>MITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer da porque uno tiene rencores. Mi familia me mandaba correos, a mí me ponía muy mal. • Como no te comportás bien, y no perdonás te da cáncer. • Me dijeron que fue por haberme hecho la fertilización in vitro. Dios 	<p>esposo ni pensaba porque él es el más independiente. Dios mío dejame cuidarlos un tiempo más.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los esposos no tienen consideración. Si no existe apoyo ni para nosotros imagínense para ellos. Eso no quiere decir que sea una mala persona, simplemente no lo soportó, no lo superó. 	<p>pobrecito, el pobrecito lo que hace es deprimir a la gente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A veces también se aprovechan de su situación para manipular y beneficiarse. • De repente eso de cáncer de tiroides, es el más benigno, dicen que es lo más noble.
--	--	---	--

	quiere que yo me muera porque soy mala.		
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Mis amigos han sido incondicionales. A veces ni mis hermanos se preocupan tanto porque ellos me ven tranquila, que soy fuerte. La gente de afuera es todo lo contrario, tratan de ver cómo colaborar. • Dios guarde uno no tenga amigos. • Cuando mi esposo e hijos querían ponerse a llorar yo les decía “no no tranquilos, van a ver que todo va a salir bien”. • En la familia, si uno no ha pasado por esto, no se da cuenta cómo es. • Mis hermanas me rechazaban porque tenía yodo radioactivo, entonces pensaban que las iba a radiar. • El mes en el que se deja la pastilla, uno conoce los verdaderos amigos porque uno se pone 	<ul style="list-style-type: none"> • Le escondí a mis hijas la noticia, pero me vieron después del examen. • Dejé mi trabajo. • Todos mis amigos se preocupan por mí, siempre que me ven me preguntan cómo estoy y eso no tiene precio, cuando te transmiten toda esa preocupación, interés porque estés bien. • Mi esposo me dijo “ya no lea nada más en Internet porque usted está enferma de lo que cree que tiene y no de lo que tiene”, todos los días salía con algo nuevo. Yo siento que la ayuda de mi esposo fue fundamental, dejó el trabajo, dejó todo por estar conmigo. • Yo aprendí que también tengo que dejarme amar, chinear. No es que yo me sienta mal o que me sienta la fuerte, en el fondo soy débil. • Dejé mi trabajo en mercadeo. • Me pasó una vez que iba 	<ul style="list-style-type: none"> • Se dan cambios en la dinámica, es algo sumamente trágico para la familia. • El aislarse para mí es igual de pavoroso que quimioterapia, somos seres sociales, es complicado que nos quiten nuestra familia. • En la quimio podés darle la mano a la persona, vos con eso ya estás. • Cuando uno tiene hijos uno quiere abrazarlos. La ventaja que ahora existe el celular, y esas cámaras. • Mi hija con el celular veía al chiquito y esposo en la mañana y noche. • Imagínese estar encerrado sin poder salir, usted tiene que olvidarse de todo. Imagínese que no existiera la tecnología, o

	<p>demasiado insoportable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • He visto a mujeres que se encierran y no dicen nada. Yo no sé qué tan enfermizo puede ser reservárselo todo y que nadie sepa. Puede caer en una depresión, pero no se dejan ayudar. • Yo siempre trabajaba muchas horas. Cuando volví al trabajo, al llegar a trabajar me dolía todo el cuerpo, y cuando estaba en la casa me sentaba en el sillón y no podía hacer nada más, y aunque yo quería hacerlo, el cuerpo no me lo permitía. Yo sentí que me estaba haciendo falta una parte de la vida que tenía antes. Ya ahora sí me regularon la levotiroxina. 	<p>manejando, hice un alto, y me parqueé porque no podía así, me derrumbé en el llanto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El yodo hay que tomarlo en el hospital pero yo me aislé en mi casa. Yo era la que cocinaba, tenía que usar guantes. Me bañaba a cada rato. Yo pasaba como sola. Mi hijo no me quería ver cuando me operaron, decía que cáncer lo asoció con muerte, pero ahora él está conmigo, me apoya. Me dice “mami verdad que ud no se va a morir?” “no, me dio el menos malo”. Yo sé que hay gente a veces que no le da la debida importancia. 	<p>que no tuvieran la oportunidad de tenerla. Yo digo que es más duro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando le pusieron yodo a mi esposa, me dijeron váyase al otro cuarto. Si ella necesitaba comida era de lejos, uno no puede entrar al cuarto. • La gente también tiene mucha ignorancia en donde, creen que no pueden tocar a la persona porque se me va a pegar el cáncer, o radiar (incluso dentro de la familia). • El no poder estar con ella en el cuarto de yodo me afectó. • Mi amiga estaba aterrada, ella seguía en resistencia, yo me la llevé como un ganado amarrado al doctor.
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Hay momentos donde se vienen poco a poco las baterías al suelo, a veces 	<ul style="list-style-type: none"> • Caí en depresión, aumenté de peso, no tenía voz. • Muy seguido a mí, operaron 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre la he visto optimista, más positiva. Es la manera en la que

	<p>yo tengo un grupo de apoyo muy fuerte, que está como empujándolo a uno, primero Dios, la familia, los compañeros de trabajo y una ayuda incondicional ha sido el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creo que las emociones son variables, hay días que uno se siente bien, otros días que no. • Una enfermedad no sólo repercute en tu área física, sino repercute en el área emocional y espiritual, en todo tu estado afectivo. • Yo me sentía inútil, y no sabía qué hacer. Cuando se está sin medicamento, y ese humor, agresividad, y a veces llorando, o feliz, no sabía cómo comportarme, cómo ayudar a mi esposo. Yo busqué información pero para mí y para nadie más. • Con yodo radioactivo me dio mucha cólera, porque a los pacientes no le 	<p>a otra compañera de lo mismo, fue donde la ginecóloga y lo descubrió. Pero sí tienden mucho a comparar carácter, es una hormona que afecta eso, entonces yo trato de cuidarme, porque sí tienden a decir “ah mirá María anda así, etc etc.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuve problemas con mi esposo. Empecé a sufrir. Era un agotamiento terrible físico y mental. • Me metí a internet a ver los efectos de la levotiroxina. Yo estoy mal y quiero matar a todo el mundo, me pongo a llorar, me dicen algo y siento que se me pone la cara roja. ¿Será la menopausia? En esto yo me he visto como todo el mundo pobrecita pero nadie se sienta con vos a hablar. Es que como que les da miedo. Yo sola he ido a mis citas, a mis rastreos. Sólo me dicen “Qué tirada como te has hinchado por lo del rastreo”. • No me asusté tanto, el susto fue cuando me iban a meter al cuarto de yodo donde fue 	<p>uno lo tome y los familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mi casa todos se hicieron muy unidos, ellos pasan mandándose mensajes y esas cosas. Tal vez ella nunca expresó que se sentía mal o lloró sola.
--	--	---	--

	<p>explican. La puerta tenía una ventanita y todos me veían como un animal y eso me hizo sentir mal. Yo decía, no tengo nada, ni los voy a contagiar, ni a matar. La puerta tenía un rótulo que decía NO ACERCARSE.</p>	<p>muy triste.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios de ánimo son normales. Puede que uno esté contenta y después llorando. Todo se lo comunicaba a los doctores. Tenemos que saber que esos son efectos de la levotiroxina. 	
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Me tocó en el SJD, es como casa mía. A veces llego y la gente de medicina nuclear, los veo como mis amigos. • A mí me decían “ya usted está acostumbrada a estar internada en un cuarto de yodo”, mentira! • Estando internada después de la operación, llegó a buscarme un psiquiatra. Él seguro llegó porque me vio muy trastornada porque a mí me dio un trastorno de pánico y él fue una ayuda maravillosa para mí. Al principio me estuvieron 	<ul style="list-style-type: none"> • Los médicos no te explican nada, no te ven a los ojos. • Yo como viví todo el proceso de mi mamá, quería tener la energía que ella tenía, cómo agarraba todo tan positivo. Sentí mucho susto el día de la operación, terriblemente. Y ante todo susto para lo que venía con yodo, que era la parte que uno no veía, entonces yo me cuestionaba “y a qué sabe eso?” me van a dar pastilla? O cómo es? Esa parte sí me la cuestionaba un montón. • El Dr. que operó a mi mamá, me operó. Y me decía “no se compare a su mamá, son cosas completamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay doctores muy conchos. También las enfermeras cuando llegan a curarlas. Por eso es importante los padres o familiares de cuando las operan ir a ayudarles. • Esa angustia que se siente. Fui a una charla que dan para la operación, la enfermera nos explicó, el doctor nos habló muy claro. • Cuando despertó y habló y me dijo mami me puse a llorar, temor de uno era no hablar. La voz le cambió, la mandaron a terapia de

	<p>dando unos medicamentos para bajar la ansiedad, pero ya no los tomo, ahora sólo voy por deporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando yo empecé a ir a consulta de oncología, lo que me hacía llorar y estar deprimida en la casa, era la situación en la que estaban los pacientes. No había espacio, todo se encontraba en condiciones inhumanas, la gente estaba mal. Yo no sentía que estaba sufriendo, yo me veía físicamente bien, no se me iba a caer el pelo, no iba a dejar de caminar, yo me sentía privilegiada. • Hay una solidaridad que surge de los pacientes. Cuando estaba internada, porque no había campo en cáncer de tiroides, tuve que estar donde estaban las de cáncer de pulmón. Ellos me reconfortaron, estando tal vez más graves. 	<p>diferentes”, entonces he tenido esa ventaja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queda cierta incertidumbre porque en la primera cirugía yo decía “qué va a pasar? Cómo iba a reaccionar cuando me viera? Le expliqué a mi hijo que iba al hospital y que iba a regresar con una herida en el cuello. Después de la cirugía no podía hablar, me habían tocado unos nervios linfáticos. Al final tuve que ir a terapia de lenguaje y todo. El doctor le dice a uno, tranquila, éste es el cáncer más amigable que hay, sólo con la cirugía suficiente, ya voy para la tercera cirugía. • Emocionalmente es muy importante en un lugar conocido aislarse. Uno puede hacer de esa experiencia como si fuera un retiro emocional o espiritual, de tener chance de estar solo. Como estuve en la casa con la computadora, celular, tele, tenía mucho trabajo. Me sentía de vacaciones. Es también la actitud. Para aislarse hay que ser muy 	<p>lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando mami estaba, ella habla mucho, y era lo único que yo pensaba. Cuando llegó el doctor le dijo, no sea tan payasa si usted sí puede hablar. Y ahí ya no volvió a parar de hablar. El dr. que la operó es muy amigo de ella, entonces yo sabía que nada iba a pasar, por lo menos que él iba a trabajar cautelosamente. No estaba preocupada por eso, y como se suponía que era algo muy controlable, tampoco me asustaba que algo le fuera a pasar en la sala de operaciones. • Yo le digo, usted se va hoy, ok gasta sus energías de hoy, pero mañana es otro día, mañana usted tiene que levantar, trabajar y no va a ser lo mismo. • El mes que ellos duran sin esa pastilla es duro
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Uno no sabe ni a lo que va. Al principio ni se asomaban por la ventana, y llamaban como si les fuera a pasar el yodo por el teléfono. Se han preocupado por instruir al personal. Ahora uno se siente mejor, ya hasta lo saludan. El personal que se encuentre alrededor de uno influye. • Creo que uno tiene que sacarle el vacilón. Yo me hice de una amiga que iba para el cuarto de yodo. Nos comunicábamos todos los días, vacilábamos, llorábamos, nos contábamos chiles. Incluso todavía nos seguimos hablando. La segunda vez me tocó con una joven, ella vio que yo tenía más experiencia y más bien la tranquilicé. • En el trabajo ha habido un gran apoyo, si yo estuviera trabajando en otro lugar, ya me hubieran echado. Me mandan flores, me llaman. Una vez que 	<p>responsable. Aislar ropa, todo lo que toca se tiene que botar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yo tuve una experiencia super positiva porque yo soy como “la testimonio de yodo feliz”. A mí me dio terror tener la operación y cuando venía lo del yodo le tenía más miedo todavía. Era como ser un reo porque me dejaban la comida en la escalera yo agarraba la comida y me volvía a guardar. Si están constantemente chupando cosas ácidas, daban náuseas. • Por el que algunos médicos sean reacios con el yodo es no sólo porque sea caro, sino porque es radioactivo, afecta otros órganos en el cuerpo. Seis meses después de eso uno no puede quedar embarazada. 	<p>también para ellos, porque pierden toda esa energía. Mi hija la última semana me dijo, mami me pesan los brazos como de plomo, el cuerpo cambia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay muchas reacciones porque el cuerpo está sin la tiroides. <p>CIRUGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viene evitándolo, entonces los mitos van porque ella va averiguando más, y leyendo. Yo creo que tiene una expectativa que puede ser hasta peor de lo que ella se imagina. Yo entiendo que va a ser muy difícil, pero ella se imagina muchos cambios a nivel físico y emocional.
--	--	---	---

	<p>llegué el monitor estaba lleno de papelitos y globos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno está débil, entonces que el doctor le hable mal peor, hay veces que son amables, otras que uno se pone tan triste porque se ponen en groserías. • Uno está estresado, llorando y tenso. Me llamaban mis compañeros y yo les decía que estaba en un siete estrellas. 		
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • La ayuda de Dios, orando. • Como que me enojo con el cáncer y le digo “usted no me va a vencer”. • Llamé a mis tías que tienen problemas de tiroides para hacerles todas las preguntas y encontré a la Asociación. Empecé a leer y a enterarme. • Una persona de ASOCATI llegó a mi casa y me ayudó demasiado. • Buscaba en internet con 	<ul style="list-style-type: none"> • La información. Mi hermano es doctor y yo profesora. Él me explicó todo con papel y pizarra. Es la no claridad de qué es lo que tiene uno, de cómo funciona, de ese terror de que uno se va a morir. Hay que generar conocimiento, en internet hay también un montón de estupideces, puede ser un medio de desinformación muy serio. Todo paciente tiene su cuota de responsabilidad para informarse. • Me sentó y me dijo: éste es de los cánceres el mejor. Y yo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser acompañantes sin poder estar acompañándolas. • Uno como cuidador de estar tanto en el hospital se hace amigo de los enfermeros. Uno se desespera, uno quiere ir a verlo, a ver si es cierto lo que le están haciendo. • Mami me dijo que si me pasaba algo no la llamara, porque se iba a volver loca. Tenía que decirle que estaba

	<p>una amiga entendiendo todo lo que me iban haciendo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prefiero no saber nada, que sólo me pongan que me vean y listo. Nosotros como pacientes tenemos el derecho de estar enterados, porque, por lo que yo pregunto. • Aprendí que las técnicas de relajación, respiración profunda, tener más vida interior y meditación, es fabuloso para lograr un equilibrio emocional. Utilicé la música para esto. • Yo empecé a hacer yoga, ya no vivo sin ella. Me siento emocional y físicamente bien. • Me metí en la comunidad hospitalaria, he ido buscando otros recursos. Otra psicóloga me ha ayudado con la ansiedad, a buscar otros caminos y a relajarme. Me encantaba trabajar porque me olvidaba de mí 	<p>“ah bueno!” ya estoy contenta. Y de esa forma hasta hoy lo he asimilado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fui a pasear con mi familia, les dije que era de los más buenos. Todo el mundo me ha visto en el positivismo que es el que he contagiado e irradiado ahí y en el trabajo. • Todos se extrañaban en el trabajo de que llegara pintada y arreglada. • La información es sumamente importante. Conocí a otra paciente con CT en el hospital y ella fue la que me dio mucha información y tranquilidad. • Yo busqué información, pero traté de que fuera información concreta, Asociaciones, libros. • Dos compañeros me contaron que las hermanas habían tenido eso y me contaban cómo se sentía y era todo. Fue una parte de información, y yo sentí mucho apoyo de parte de ellos y de mi hijo y hermana. 	<p>super bien. Por más que usted tenga que tragarse las palabras. Sino la persona puede llegar a un estado de depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi hija se metió a internet a buscar, entonces nos dio información. Yo soy muy preguntona, muy metida, entonces le pregunto a cada doctor, doctor para qué es eso? Qué le va a hacer? Qué tengo que hacer? Me gusta saber porque yo tengo que estar pendiente. • Yo le conté a todos mis amigos, hice como una reunión general porque mi mamá es como la mamá de todos, a los más cercanos, les conté. Pero igual yo sí soy como más reservada con eso, porque llega lo de pobrecita y así entonces no me interesa esa parte. Entonces en mi trabajo sólo sabe mi
--	--	--	---

	<p>misma. Cuando terminaba, me entraba ansiedad que ni podía respirar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuve la oportunidad de dedicarme ese mes de incapacidad a mí misma. Mi hermana me hacía masajes. Pude interiorizar muchas cosas, hacer ejercicios suaves, iba al jardín. 	<p>Cuando estuvimos en el hospital que me iban a operar, mi hermana bajó fue a buscar al cirujano y la atendió. Le explicó todo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandé un correo a la ASOCATI y me llamaron y dieron mucha información, fue un muy buen apoyo. • Yo creo que las fuentes de apoyo son muy buenas, pero no todos funcionamos igual. • Le doy gracias a Dios por mi esposo, mi hijo, que me han ayudado a superar todo. Estoy muy tranquila pero muy despedazada por dentro, Dios me ha dado tranquilidad y fortaleza. Nunca se queden sólo con lo que dice el doctor, siempre traten de averiguar. Si tengo que pasar por esta etapa, es porque Dios lo quiere. • No me he dejado llevar sólo por los doctores, yo he tratado de darle seguimiento de cómo va el proceso. • Todo se lo comunicaba a los doctores. 	<p>amiga y la directora del kínder por los permisos. Mis amigos me apoyaron mucho.</p>
--	---	--	--

<p>Recomendaciones Guía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un capítulo dedicado a la familia, no saben qué hacer ni cómo actuar hacia nosotros. • Información concreta y científica de qué es la enfermedad, cómo prevenirla, brindar apoyo a la familia, información acerca de qué puede hacer uno para sentirse bien. • Un grupo de apoyo, hay personas que no tienen a nadie. • Más fuentes para ayudar a más personas y no estar en esta ignorancia, no encerrarnos nosotros. • Tocar temas de cómo responder ante ciertas situaciones. • En la CCSS, los médicos por más que quieran, están tan limitados de espacio y tiempo, que no pueden darle toda la ayuda al paciente. 	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información: (Internet no). • Actitud positiva. • Colocar estadísticas. • Artículos. • Es importante compartir con gente que lo ha tenido. Hoy aquí estoy contenta. Voy contenta al cuarto oscuro. No llevo miedo gracias a ustedes. Hacer una red de contactos. A veces familia, pareja, compañeros de trabajo no saben cómo reaccionar, menos va a saber gente que no ha pasado por esto. • Poder hablar con propiedad. • Tener una base de información común ya que las personas reaccionan distinto. Tener ayuda psicológica. • El apoyo emocional es fundamental. Contagia a la persona y la ayuda. Tener brochures en hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre más lo informen a uno mucho mejor. Y que le hablen claro. • Hacerlo tipo comics. • Guía de preguntas más frecuentes, preguntas y respuestas. • De una manera bonita como en caricaturas, o dibujos. • Guía muy concisa, no muy larga. Eso mismo de que empiece “qué es la tiroides” “para qué sirve la tiroides?”
-----------------------------	--	---	---

Anexo 9. Sistematización de la validación de la Guía- Profesionales y pacientes con cáncer de tiroides

CAPITULO 1- QUÉ ES CÁNCER DE TIROIDES?

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	Sí me parece que está redactado con lenguaje claro en especial para una persona que está en shock en esos momentos post-diagnóstico.	Si, considero que se encuentra descrito el contenido de forma tal que es sencillo, claro y conciso para ser entendido por la población a quien está dirigido.	Sí.	Sí.	Me parece muy claro y conciso. Está muy bien redactado y explicado. Lo suficiente para tener claro lo que se quiere saber.
ESTRATEGIAS	Me parece que abarca los temas más importantes buscando atender lo que podríamos llamar las “preguntas más frecuentes”.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí, se le abre a uno mucho la mente de lo que quiere saber o entender, está muy completo y de forma muy amena para tenerlo claro.
FORTALEZAS	Que enfrenta a la Paciente con su realidad y la induce a hacerse responsable de su enfermedad empezando por tener información apropiada y correcta.	Describir de una manera bastante sencilla algo muy complejo y de lo cual las pacientes pueden tener prejuicios. Se describe el proceso del cáncer muy claro y las opciones terapéuticas.	Lenguaje claro, buenas imágenes, explicaciones adecuadas.	Se explica con claridad y sencillez.	Me gusta mucho el diálogo entre las dos amigas lo hace muy ameno y de una forma muy agradable de ir aprendiendo y entendiendo.
DEBILIDADES	Su lenguaje sencillo y directo podría	La descripción del cáncer papilar de	Ninguna.	Cuando se habla de los tipos de cáncer se	Me pareció excelente, aunque

	<p>generar algún desinterés en una Paciente con alto nivel académico. No creo que se pueda ni se deba satisfacer todas las posibles percepciones.</p>	<p>tiroides considero que puede ser un poco más amplia. En los otros tipos de cáncer incluso se describen las células afectadas, mientras que en la descripción del papilar solamente se comenta sobre incidencia y pronóstico. Además de incluir mayor información sobre forma de diagnóstico (quién realiza y quién observa la biopsia para hacer el diagnóstico).</p>		<p>habla por ejemplo de células T y de células foliculares y para alguien que no está familiarizado con medicina queda en la misma; en ese caso me parece importante mencionar los tipos de células de la tiroides para que al mencionarlos en los tipos de cáncer, quede más claro.</p>	<p>según la experiencia que viví, me hubiera gustado un poco más de información del yodo radioactivo.</p>
RECOMENDACIONES	N/A	<p>Ampliar la información sobre el cáncer papilar específicamente. Además en cuanto a los posibles efectos adversos del yodo radiactivo, no recomendaría colocarlo en forma de flujograma, ya que puede prestarse a malinterpretar que un efecto puede conllevar al otro y son independientes. Además anotaría en el uso de la levotiroxina</p>	<p>Las letras de las frases “usted tiene cáncer de tiroides” y “¿conocemos en realidad qué tipo de cáncer nos fue diagnosticado y cuáles son sus implicaciones?” resaltarlas más.</p>	<p>Cuando se habla de la biopsia me parece importante mencionar que sólo genera una pequeña molestia y que es rápida, esto porque hay gente que le tiene fobia a las agujas y la ilustración puede generar más miedo de la cuenta a estas personas.</p>	<p>Creo que lo que quieren explicar está muy bien y muy claro, me gusta mucho como está.</p>

		explicar que la dosis debe titularse de acuerdo a esos exámenes que se mencionan para que las pacientes entiendan mejor cómo se indica la misma.			
--	--	--	--	--	--

CAPITULO 2- COGNICIONES

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	Sí me parece que está redactado con lenguaje claro y ayuda a ubicar a la Paciente en cómo interpretar sus pensamientos y actitudes generadas por un evento tan inesperado como impactante.	Sí, considero que el capítulo se encuentra redactado de forma que las pacientes puedan identificarse fácilmente con los pensamientos e ideas descritas.	Sí.	Sí.	Está muy claro, bien redactado y explicado.
ESTRATEGIAS	Las estrategias son muy novedosas para Pacientes de cualquier oficio o profesión y son muy comprensibles para que sirvan de apoyo.	Sí.	Sí.	Sí.	Si y pienso en que uno siempre debe de estar positivo, y que ayuda mucho en cualquier situación de la vida.

FORTALEZAS	Su "aterrizaje" para ser comprensibles y de mucho soporte.	La forma sencilla de describir las estrategias para mejorar para afrontar los pensamientos o ideas con respecto a la enfermedad, además de plantear estrategias puntuales para resolverlos.	Igual que el comentario anterior, además que la explicación la realiza una "persona" que sufrió el mismo proceso, eso es importante. Así como el ejercicio del árbol.	Me encantó la idea del árbol; el capítulo es claro y sencillo para trabajar y entender.	Me gusta mucho lo del positivismo, yo pienso que si uno está positivo las situaciones difíciles se hacen más fáciles y llevaderas.
DEBILIDADES	No determino debilidades que mencionar.	Ninguna.	Ninguna.	En la página 23 se menciona: "Cuando somos diagnosticadas con cáncer de tiroides, nos preguntamos si otras personas estarán pensando en lo mismo" Me parece que esto <u>no es una generalidad</u> pues más bien se tiende a pensar en una misma; creo que sería más conveniente anotar algo más generalizado como: ... surgen muchas interrogantes o ... nos hacemos muchas preguntas... Revisar en las instrucciones del árbol que hay varios puntos donde no deben estar.	Lo encuentro muy bien.

RECOMENDACIONES	Me parece muy balanceado y efectivo.	Anotar un ejemplo donde se cambie un pensamiento negativo a uno positivo en el ejercicio que se solicita, además de los ejemplos en páginas separadas.	En terapia cognitiva no se habla de pensamientos positivos, sino de pensamientos objetivos. Pienso que hay que tener un poco de cuidado si se utiliza “pensamientos positivos”, ya que hay personas que se agarran de su condición de diagnóstico de cáncer y dicen que “cómo van a tener pensamientos positivos si tienen cáncer”, tal vez utilizar pensamientos objetivos u algún otro.	En la página 25 sería importante mencionar el miedo al abandono, en el sentido del temor que se genera al pensar que si se va a necesitar ayuda en el proceso y que la gente cercana dé la espalda y no haya quién te pueda atender. En la página 31, en la línea 5, en <u>Realidad</u> , me parece que debería de anotarse “El cáncer de tiroides no es contagioso” y si se quiere agregar: ...es decir, no se pega”; esto porque el “no se pega” es más coloquial y el lenguaje de Realidad debe ser más formal, más médico.	Me pareció bien y recomiendo hacer los ejercicios del final, ya que ayudan a saber cuánto ha aprendido y entendido uno.
-----------------	--------------------------------------	--	---	--	---

CAPITULO 3- QUÉ ACCIONES DEBO TOMAR?

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	No lo veo claro que el capítulo esté dirigido a Mujeres Pacientes de Cáncer Papilar de Tiroides. Solo se menciona avanzado el capítulo de que es el más bueno. Si ese es el fin me parece sería conveniente ambientarlo así en la introducción en la parte superior de la página 37.	Si considero que el capítulo se encuentra redactado de forma clara.	Sí.	Sí.	Si muy claro y lo principal la buena comunicación que uno debe de tener.
ESTRATEGIAS	Sí me parecen ajustadas.	Sí.	Sí.	Sí, excepto lo que menciono más abajo sobre la página 38.	Si me parece muy interesante todas las propuestas que hacen y las metas que uno debe ponerse en la vida, lo importante de la comunicación y de estar bien informado. Siempre positivo.

FORTALEZAS	Muestra estrategias que para las Pacientes son de mucha ayuda para ubicarse.	Tener ejemplos claros de acciones que pueden tomar las pacientes para manejar su situación.	Los ejercicios y los ejemplos.	El ejercicio de la página 47 sobre solución de problemas me parece genial.	Los retos que uno debe de tener, la comunicación y la fortaleza.
DEBILIDADES	Falta ponerle más énfasis de que se dirige especialmente para las Pacientes de Cáncer Papilar.	Ninguna.	Ninguna.	En la página 38 en la primera nube, la mujer dice “...con solo lo de la casa ya es mucho trabajo” y la respuesta de la amiga con respecto a que las mujeres estamos al servicio de los demás, la primera impresión que me da al leer esto es que solo a las amas de casa, mujeres con hijos etc., les da cáncer de tiroides, me parece una concepción estereotipada de las mujeres solo como encargadas de la casa o de otros, cuando todas - profesionales o no- sufrimos de cáncer de tiroides, por ello me parece importante hacer una frase más inclusiva, que tanto las que trabajan fuera del hogar como dentro, sientan que es a ellas a las que se les está hablando.	Me pareció muy completo.

				<p>Yo soy soltera, profesional no tengo bajo mi cuidado a nadie y sin embargo igual lo sufrí, sobre todo pensando en los sueños no cumplidos, entonces para que lo tomés en cuenta.</p> <p>Revisar en la página 39 que la 14 y 15 son la misma pero se te partió.</p> <p>En la página 40 me parece que en vez de iniciar con “nosotras” quedaría mejor si iniciaras con “las mujeres estamos acostumbradas...”</p> <p>En la página 42 en la nube de Lucía habla de que el cáncer de tiroides es “el más bueno”, pienso que decir que un cáncer es “bueno” está medio jalado del pelo, especialmente para quien lo padece y lo sufre; tal vez cambiarlo a “es el menos mortal”, “el que más posibilidades de cura tiene”, o algo por el estilo, porque la idea de tu guía no es suavizar la situación, sino ayudar a</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>quienes lo padecen a enfrentarlo positivamente.</p> <p>En esa misma, la frase “a veces creo que tengo tantos problemas en mi casa que prefiero no hablar”, creo que está asumiendo/generalizando que las personas que sufren cáncer de tiroides tienen esa realidad y aunque así sea creo que es echarle leña al fuego, por qué no omitirla o cambiarla por algo más general como: “En mi casa cada quien tiene sus preocupaciones” o “no quiero agobiarlos”... algo así.</p>	
RECOMENDACIONES	<p>Sugiero incluir una lámina que desarrolle el tema de que la responsabilidad del manejo de la enfermedad es de la Paciente y no ni de los Médicos, Enfermeros, Técnicos, Familiares ni amigos.</p> <p>En la página 39</p>	Ninguna.	Ninguna.	<p>En la página 42 la carita no es atractiva, tal vez si se pone alguna más llamativa y con color</p> <p>El laberinto de la página 48 me parece muy simple en su presentación, aprovechando que dice “Ayudémosle a Lucía a encontrar la salida”, tal vez se podría voltear el laberinto de manera que</p>	<p>Está bien como está, les recomendaría seguir las actividades agradables (ponerlas en práctica) que recomiendan, yo creo que ayuda mucho a tener la mente ocupada en</p>

	<p>fusionar los puntos 14 y 15.</p> <p>En la página 43 sugiero cambiar la palabra oración por frase para evitar confusión.</p>			<p>al lado de la entrada se ubique una ilustración de Lucía con gesto de duda, así se vería más atractivo y colorido.</p>	<p>otra cosa y estar uno siempre positivo.</p>
--	--	--	--	---	--

CAPITULO 4- EMOCIONES

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	<p>Sí lo veo claro para la población meta. En este capítulo sí ya llega del capítulo anterior de que es para mujeres pacientes de cáncer papilar de tiroides.</p>	<p>Sí considero que se encuentra redactado de lenguaje claro.</p>	Sí.	Sí.	<p>Sí me parece muy claro y correcto todo el lenguaje que ha utilizado durante toda la guía. De manera muy explícita y positiva, muy entendible todos los términos.</p>
ESTRATEGIAS	<p>Sí me parecen apropiadas.</p>	Sí.	Sí.	Sí.	<p>Sí me parece muy importante realizar los ejercicios que proponen de las emociones. Y como he dicho</p>

					anteriormente el positivismo para mi es lo principal. Es muy importante estar bien informado.
FORTALEZAS	El suministro de herramientas para modular las emociones, lo del CD me parece excelente para motivar a realizar ese tipo de ejercicios de relajación que muy pocas personas acostumbramos a realizar normalmente.	Poder poner por escrito y evidenciar las emociones que están sintiendo las pacientes en ese momento.	El proponer formas de afrontar la situación de forma práctica.	Me encanta la idea de las montañas rusas y el ejercicio de la página 52 sobre la Identificación de emociones, es un gran aporte de la guía.	El identificar nuestras emociones.
DEBILIDADES	No le veo debilidades que resaltar.	Ninguna.	Que solo hay un ejercicio para escribir las emociones que siente, pero no se profundiza las emociones como el temor, el enojo, la impotencia, que son típicas en estas personas.	En el ejercicio de la relajación creo que sería importante anotar que si alguien dirige el ejercicio es aún mejor (porque se lo va leyendo) para meterse de lleno en la situación. En ese falta una coma donde dice: "...estar rodeado de azul, un azul que me relaja..."	Me pareció toda muy completa y muy fácil de entender, y me siento que uno que muy bien informado de todos los proceso o etapas por las que se pasa.
RECOMENDACIONES	-	Anotar ejemplos de	Incluir un par de	En el ejercicio de la	Me pareció muy

		<p>actividades positivas que se pueden realizar en el recuadro de la pag. 53. Anotar algún párrafo de conclusión aparte de la conversación entre las pacientes</p>	<p>ejercicios que ayude a trabajar esas emociones disfuncionales.</p>	<p>página 55 solo habla de relacionar los números (sobre los estados de ánimo) tal vez anotar como meta que en los días donde fue mejor -a partir de identificar lo que la hizo sentir mejor-, lo vuelva a hacer cuando no se sienta tan bien; esto de manera que el ejercicio genere no solo toma de conciencia sino también cambios.</p> <p>En la página 56 en la última frase de Lucía dice: "Ahora me siento más tranquila, segura y <i>feliz</i>". Creo que afirmar que bajo esta situación alguien se sienta <i>feliz</i> está difícil, por qué no cambiar el "feliz" por optimista, esperanzada, informada, positiva o algún otro que se ajuste más a la situación.</p>	<p>completa y amena, todos los puntos muy bien explicados.</p>
--	--	--	---	--	--

COMENTARIOS ADICIONALES

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
	Más bien es una pregunta. Casi todo el desarrollo de todos los capítulos se desarrolla tipo taller, lo que implica que se requiere de alguien que guíe lo cual es muy bueno. Mi pregunta sería entonces si se podrían efectuar cambios que permitan convertirla en una guía de consulta, es decir, sin preguntas ni desarrollo por parte de la Paciente?	-	La guía está desarrollada de una forma muy profesional, tanto el lenguaje, las imágenes, los ejercicios, está muy completa. Considero que será un gran recurso con el que contarán estas personas para afrontar y sobrellevar su condición de salud. Felicidades!	<p>**<u>No sé si alguien ya te revisó la parte de redacción pero por aquello te anoto mis observaciones:</u></p> <p>-Los objetivos deben redactarse en infinitivo, es decir, deben iniciar por ejemplo: <u>Identificar</u> las emociones positivas.... <u>Aprender</u> estrategias de afrontamiento....</p> <p>-En la página 1 el primer objetivo dice: - Que aprendamos a conocer qué es el cáncer papilar de tiroides; Suena redundante en tanto aprender implica conocimiento, por ello, creo que podrías eliminar una de las dos palabras de manera</p>	Recomiendo leerla toda en el momento que a uno le dan el diagnóstico ya que va hacer de mucha ayuda en todo el proceso. Está muy clara, concisa, positiva y muy agradable de leer y entender.

				<p>que te quede: - Aprender acerca de qué es el cáncer papilar de tiroides, o bien –Conocer qué es el cáncer papilar de tiroides</p> <p>-Ahora bien, en la página 4, el objetivo 2 habla de: “que aprendamos el proceso...” me parece un objetivo ambicioso; pienso que se ajustaría más: -conocer cómo se da el proceso... o – conocer cuál es el proceso de desarrollo del cáncer...”</p> <p>-En la página 10, <i>exactamente</i> <u>No</u> se tilda.</p> <p>-En la página 29, la primera frase está entre comillas pero las otras no, unificar.</p> <p>-En la página 41, en la primera línea: ... en una situación como</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p><u>ésta</u> más bien debe ser <u>“ésta”</u> (<u>EN SINGULAR</u>)</p> <p>En esa misma página en el segundo párrafo dice ¿ha comunicado... etc? Después del punto y seguido en lugar de anotar NO PENSEMOS, hacerlo en singular (NO PIENSE) y en lugar de CONVERSEMOS convérselo, para que sea más personal, a partir de la pregunta que fue personal, no general.</p> <p>-Finalmente, es importante <u>unificar</u> la manera en cómo se va a dirigir a las personas, pues en algunos casos se usan los verbos para USTED, en otras para VOS y en otras para TÚ. Incluso se combinan, por ejemplo: “No ERES (VOS) víctima de las circunstancias, sino de la realidad de los pensamientos. Si los</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>cambiás (VOS) cambiará tu vida”.</p> <p>-Igualmente el uso del singular y el plural.</p> <p>En general el material me parece atractivo, claro y útil para cualquier mujer que sufra cáncer de tiroides.</p> <p>Personalmente te agradezco el esfuerzo de pensar en aquellas que pasamos por esa etapa tan difícil y de poner tu granito de arena para minimizar los efectos de recibir una noticia como esa y de atravesar todo el proceso médico y de ajuste.</p>	
--	--	--	--	---	--

VALIDACIÓN

CAPITULO 1- QUÉ ES CÁNCER DE TIROIDES?

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	Sí me parece que está redactado con	Si, considero que se encuentra descrito el	Sí.	Sí.	Me parece muy claro y conciso.

	lenguaje claro en especial para una persona que está en shock en esos momentos post-diagnóstico.	contenido de forma tal que es sencillo, claro y conciso para ser entendido por la población a quien está dirigido.			Está muy bien redactado y explicado. Lo suficiente para tener claro lo que se quiere saber.
ESTRATEGIAS	Me parece que abarca los temas más importantes buscando atender lo que podríamos llamar las “preguntas más frecuentes”.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí, se le abre a uno mucho la mente de lo que quiere saber o entender, está muy completo y de forma muy amena para tenerlo claro.
FORTALEZAS	Que enfrenta a la Paciente con su realidad y la induce a hacerse responsable de su enfermedad empezando por tener información apropiada y correcta.	Describir de una manera bastante sencilla algo muy complejo y de lo cual las pacientes pueden tener prejuicios. Se describe el proceso del cáncer muy claro y las opciones terapéuticas.	Lenguaje claro, buenas imágenes, explicaciones adecuadas.	Se explica con claridad y sencillez.	Me gusta mucho el diálogo entre las dos amigas lo hace muy ameno y de una forma muy agradable de ir aprendiendo y entendiendo.
DEBILIDADES	Su lenguaje sencillo y directo podría generar algún desinterés en una Paciente con alto nivel académico. No creo que se pueda ni se deba satisfacer todas las posibles percepciones.	La descripción del cáncer papilar de tiroides considero que puede ser un poco más amplia. En los otros tipos de cáncer incluso se describen las células afectadas, mientras que en la descripción del papilar	Ninguna.	Cuando se habla de los tipos de cáncer se habla por ejemplo de células T y de células foliculares y para alguien que no está familiarizado con medicina queda en la misma; en ese caso me parece importante	Me pareció excelente, aunque según la experiencia que viví, me hubiera gustado un poco más de información del yodo radioactivo.

		solamente se comenta sobre incidencia y pronóstico. Además de incluir mayor información sobre forma de diagnóstico (quién realiza y quién observa la biopsia para hacer el diagnóstico).		mencionar los tipos de células de la tiroides para que al mencionarlos en los tipos de cáncer, quede más claro.	
RECOMENDACIONES	N/A	<p>Ampliar la información sobre el cáncer papilar específicamente. Además en cuanto a los posibles efectos adversos del yodo radiactivo, no recomendaría colocarlo en forma de flujograma, ya que puede prestarse a malinterpretar que un efecto puede conllevar al otro y son independientes.</p> <p>Además anotaría en el uso de la levotiroxina explicar que la dosis debe titularse de acuerdo a esos exámenes que se mencionan para que las pacientes entiendan mejor cómo se indica la misma.</p>	Las letras de las frases “usted tiene cáncer de tiroides” y “¿conocemos en realidad qué tipo de cáncer nos fue diagnosticado y cuáles son sus implicaciones?” resaltarlas más.	<p>Cuando se habla de la biopsia me parece importante mencionar que sólo genera una pequeña molestia y que es rápida, esto porque hay gente que le tiene fobia a las agujas y la ilustración puede generar más miedo de la cuenta a estas personas.</p>	Creo que lo que quieren explicar está muy bien y muy claro, me gusta mucho como está.

CAPITULO 2- COGNICIONES

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	Sí me parece que está redactado con lenguaje claro y ayuda a ubicar a la Paciente en cómo interpretar sus pensamientos y actitudes generadas por un evento tan inesperado como impactante.	Sí, considero que el capítulo se encuentra redactado de forma que las pacientes puedan identificarse fácilmente con los pensamientos e ideas descritas.	Sí.	Sí.	Está muy claro, bien redactado y explicado.
ESTRATEGIAS	Las estrategias son muy novedosas para Pacientes de cualquier oficio o profesión y son muy comprensibles para que sirvan de apoyo.	Sí.	Sí.	Sí.	Si y pienso en que uno siempre debe de estar positivo, y que ayuda mucho en cualquier situación de la vida.
FORTALEZAS	Su “aterriaje” para ser comprensibles y de mucho soporte.	La forma sencilla de describir las estrategias para mejorar para afrontar los pensamientos o ideas con respecto a la enfermedad, además	Igual que el comentario anterior, además que la explicación la realiza una “persona” que sufrió el mismo proceso, eso es	Me encantó la idea del árbol; el capítulo es claro y sencillo para trabajar y entender.	Me gusta mucho lo del positivismo, yo pienso que si uno está positivo las situaciones difíciles se hacen más fáciles y

		de plantear estrategias puntuales para resolverlos.	importante. Así como el ejercicio del árbol.		llevaderas.
DEBILIDADES	No determino debilidades que mencionar.	Ninguna.	Ninguna.	En la página 23 se menciona: "Cuando somos diagnosticadas con cáncer de tiroides, nos preguntamos si otras personas estarán pensando en lo mismo" Me parece que esto <u>no es una generalidad</u> pues más bien se tiende a pensar en una misma; creo que sería más conveniente anotar algo más generalizado como: ... surgen muchas interrogantes o ... nos hacemos muchas preguntas... Revisar en las instrucciones del árbol que hay varios puntos donde no deben estar.	Lo encuentro muy bien.
RECOMENDACIONES	Me parece muy balanceado y efectivo.	Anotar un ejemplo donde se cambie un pensamiento negativo a uno positivo en el ejercicio que se solicita, además de los ejemplos en páginas	En terapia cognitiva no se habla de pensamientos positivos, sino de pensamientos objetivos. Pienso que hay que tener un poco	En la página 25 sería importante mencionar el miedo al abandono, en el sentido del temor que se genera al pensar que si se va a necesitar ayuda en el	Me pareció bien y recomiendo hacer los ejercicios del final, ya que ayudan a saber cuánto ha aprendido y

		separadas.	de cuidado si se utiliza “pensamientos positivos”, ya que hay personas que se agarran de su condición de diagnóstico de cáncer y dicen que “cómo van a tener pensamientos positivos si tienen cáncer”, tal vez utilizar pensamientos objetivos u algún otro.	proceso y que la gente cercana dé la espalda y no haya quién te pueda atender. En la página 31, en la línea 5, en <u>Realidad</u> , me parece que debería de anotarse “El cáncer de tiroides no es contagioso” y si se quiere agregar: ...es decir, no se pega”; esto porque el “no se pega” es más coloquial y el lenguaje de Realidad debe ser más formal, más médico.	entendido uno.
--	--	------------	--	--	----------------

CAPITULO 3- QUÉ ACCIONES DEBO TOMAR?

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	No lo veo claro que el capítulo esté dirigido a Mujeres Pacientes de Cáncer Papilar de Tiroides. Solo se menciona avanzado el capítulo de que es el más bueno. Si ese es el fin me parece sería conveniente ambientarlo así en la introducción en la parte superior de la página 37.	Si considero que el capítulo se encuentra redactado de forma clara.	Sí.	Sí.	Si muy claro y lo principal la buena comunicación que uno debe de tener.
ESTRATEGIAS	Sí me parecen ajustadas.	Sí.	Sí.	Sí, excepto lo que menciono más abajo sobre la página 38.	Si me parece muy interesante todas las propuestas que hacen y las metas que uno debe ponerse en la vida, lo importante de la comunicación y de estar bien informado. Siempre positivo.
FORTALEZAS	Muestra estrategias	Tener ejemplos claros	Los ejercicios y los	El ejercicio de la página	Los retos que uno

	que para las Pacientes son de mucha ayuda para ubicarse.	de acciones que pueden tomar las pacientes para manejar su situación.	ejemplos.	47 sobre solución de problemas me parece genial.	debe de tener, la comunicación y la fortaleza.
DEBILIDADES	Falta ponerle más énfasis de que se dirige especialmente para las Pacientes de Cáncer Papilar.	Ninguna.	Ninguna.	En la página 38 en la primera nube, la mujer dice “...con solo lo de la casa ya es mucho trabajo” y la respuesta de la amiga con respecto a que las mujeres estamos al servicio de los demás, la primera impresión que me da al leer esto es que solo a las amas de casa, mujeres con hijos etc., les da cáncer de tiroides, me parece una concepción estereotipada de las mujeres solo como encargadas de la casa o de otros, cuando todas - profesionales o no- sufrimos de cáncer de tiroides, por ello me parece importante hacer una frase más inclusiva, que tanto las que trabajan fuera del hogar como dentro, sientan que es a ellas a las que se les está hablando. Yo soy soltera,	Me pareció muy completo.

				<p>profesional no tengo bajo mi cuidado a nadie y sin embargo igual lo sufrí, sobre todo pensando en los sueños no cumplidos, entonces para que lo tomés en cuenta.</p> <p>Revisar en la página 39 que la 14 y 15 son la misma pero se te partió.</p> <p>En la página 40 me parece que en vez de iniciar con “nosotras” quedaría mejor si iniciaras con “las mujeres estamos acostumbradas...”</p> <p>En la página 42 en la nube de Lucía habla de que el cáncer de tiroides es “el más bueno”, pienso que decir que un cáncer es “bueno” está medio jalado del pelo, especialmente para quien lo padece y lo sufre; tal vez cambiarlo a “es el menos mortal”, “el que más posibilidades de cura tiene”, o algo por el estilo, porque la idea de tu guía no es suavizar la situación, sino ayudar a quienes lo padecen a</p>	
--	--	--	--	--	--

				enfrentarlo positivamente. En esa misma, la frase “a veces creo que tengo tantos problemas en mi casa que prefiero no hablar”, creo que está asumiendo/generalizando que las personas que sufren cáncer de tiroides tienen esa realidad y aunque así sea creo que es echarle leña al fuego, por qué no omitirla o cambiarla por algo más general como: “En mi casa cada quien tiene sus preocupaciones” o “no quiero agobiarlos”... algo así.	
RECOMENDACIONES	Sugiero incluir una lámina que desarrolle el tema de que la responsabilidad del manejo de la enfermedad es de la Paciente y no ni de los Médicos, Enfermeros, Técnicos, Familiares ni amigos. En la página 39 fusionar los puntos	Ninguna.	Ninguna.	En la página 42 la carita no es atractiva, tal vez si se pone alguna más llamativa y con color El laberinto de la página 48 me parece muy simple en su presentación, aprovechando que dice “Ayudémosle a Lucía a encontrar la salida”, tal vez se podría voltear el laberinto de manera que al lado de la entrada se	Está bien como está, les recomendaría seguir las actividades agradables (ponerlas en práctica) que recomiendan, yo creo que ayuda mucho a tener la mente ocupada en otra cosa y estar

	14 y 15. En la página 43 sugiero cambiar la palabra oración por frase para evitar confusión.			ubique una ilustración de Lucía con gesto de duda, así se vería más atractivo y colorido.	uno siempre positivo.
--	---	--	--	---	-----------------------

CAPITULO 4- EMOCIONES

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
LENGUAJE	Sí lo veo claro para la población meta. En este capítulo sí ya llega del capítulo anterior de que es para mujeres pacientes de cáncer papilar de tiroides.	Sí considero que se encuentra redactado de lenguaje claro.	Sí.	Sí.	Si me parece muy claro y correcto todo el lenguaje que ha utilizado durante toda la guía. De manera muy explícita y positiva, muy entendible todos los términos.
ESTRATEGIAS	Sí me parecen apropiadas.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí me parece muy importante realizar los ejercicios que proponen de las emociones. Y como he dicho anteriormente el

					positivismo para mi es lo principal. Es muy importante estar bien informado.
FORTALEZAS	El suministro de herramientas para modular las emociones, lo del CD me parece excelente para motivar a realizar ese tipo de ejercicios de relajación que muy pocas personas acostumbramos a realizar normalmente.	Poder poner por escrito y evidenciar las emociones que están sintiendo las pacientes en ese momento.	El proponer formas de afrontar la situación de forma práctica.	Me encanta la idea de las montañas rusas y el ejercicio de la página 52 sobre la Identificación de emociones, es un gran aporte de la guía.	El identificar nuestras emociones.
DEBILIDADES	No le veo debilidades que resaltar.	Ninguna.	Que solo hay un ejercicio para escribir las emociones que siente, pero no se profundiza las emociones como el temor, el enojo, la impotencia, que son típicas en estas personas.	En el ejercicio de la relajación creo que sería importante anotar que si alguien dirige el ejercicio es aún mejor (porque se lo va leyendo) para meterse de lleno en la situación. En ese falta una coma donde dice: "...estar rodeado de azul, un azul que me relaja..."	Me pareció toda muy completa y muy fácil de entender, y me siento que uno que muy bien informado de todos los proceso o etapas por las que se pasa.
RECOMENDACIONES	-	Anotar ejemplos de actividades positivas	Incluir un par de ejercicios que ayude a	En el ejercicio de la página 55 solo habla	Me pareció muy completa y amena,

		<p>que se pueden realizar en el recuadro de la pag. 53. Anotar algún párrafo de conclusión aparte de la conversación entre las pacientes</p>	<p>trabajar esas emociones disfuncionales.</p>	<p>de relacionar los números (sobre los estados de ánimo) tal vez anotar como meta que en los días donde fue mejor -a partir de identificar lo que la hizo sentir mejor-, lo vuelva a hacer cuando no se sienta tan bien; esto de manera que el ejercicio genere no solo toma de conciencia sino también cambios.</p> <p>En la página 56 en la última frase de Lucía dice: "Ahora me siento más tranquila, segura y <i>feliz</i>". Creo que afirmar que bajo esta situación alguien se sienta <i>feliz</i> está difícil, por qué no cambiar el "feliz" por optimista, esperanzada, informada, positiva o algún otro que se ajuste más a la situación.</p>	<p>todos los puntos muy bien explicados.</p>
--	--	--	--	---	--

COMENTARIOS ADICIONALES

	Miembro ASOCATI	Médico	Psicóloga	Paciente 1	Paciente 2
	Más bien es una pregunta. Casi todo el desarrollo de todos los capítulos se desarrolla tipo taller, lo que implica que se requiere de alguien que guíe lo cual es muy bueno. Mi pregunta sería entonces si se podrían efectuar cambios que permitan convertirla en una guía de consulta, es decir, sin preguntas ni desarrollo por parte de la Paciente?	-	La guía está desarrollada de una forma muy profesional, tanto el lenguaje, las imágenes, los ejercicios, está muy completa. Considero que será un gran recurso con el que contarán estas personas para afrontar y sobrellevar su condición de salud. Felicidades!	<p>**<u>No sé si alguien ya te revisó la parte de redacción pero por aquello te anoto mis observaciones:</u></p> <p>-Los objetivos deben redactarse en infinitivo, es decir, deben iniciar por ejemplo: <u>Identificar</u> las emociones positivas.... <u>Aprender</u> estrategias de afrontamiento....</p> <p>-En la página 1 el primer objetivo dice: - Que aprendamos a conocer qué es el cáncer papilar de tiroides; Suena redundante en tanto aprender implica conocimiento, por ello, creo que podrías eliminar una de las dos palabras de manera que te quede: - Aprender acerca de qué es el cáncer</p>	Recomiendo leerla toda en el momento que a uno le dan el diagnóstico ya que va hacer de mucha ayuda en todo el proceso. Está muy clara, concisa, positiva y muy agradable de leer y entender.

				<p>papilar de tiroides, o bien –Conocer qué es el cáncer papilar de tiroides</p> <p>-Ahora bien, en la página 4, el objetivo 2 habla de: “que aprendamos el proceso...” me parece un objetivo ambicioso; pienso que se ajustaría más:</p> <p>-conocer cómo se da el proceso... o – conocer cuál es el proceso de desarrollo del cáncer...”</p> <p>-En la página 10, <i>exactamente</i> <u>No</u> se tilda.</p> <p>-En la página 29, la primera frase está entre comillas pero las otras no, unificar.</p> <p>-En la página 41, en la primera línea: ... en una situación como <u>ésta</u> más bien debe ser “<u>ésta</u>” (EN SINGULAR)</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>En esa misma página en el segundo párrafo dice ¿ha comunicado... etc? Después del punto y seguido en lugar de anotar NO PENSEMOS, hacerlo en singular (NO PIENSE) y en lugar de CONVERSEMOS convérselo, para que sea más personal, a partir de la pregunta que fue personal, no general.</p> <p>-Finalmente, es importante <u>unificar</u> la manera en cómo se va a dirigir a las personas, pues en algunos casos se usan los verbos para USTED, en otras para VOS y en otras para TÚ. Incluso se combinan, por ejemplo: “No ERES (VOS) víctima de las circunstancias, sino de la realidad de los pensamientos. Si los cambiás (VOS) cambiará tu vida”.</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>-Igualmente el uso del singular y el plural.</p> <p>En general el material me parece atractivo, claro y útil para cualquier mujer que sufra cáncer de tiroides.</p> <p>Personalmente te agradezco el esfuerzo de pensar en aquellas que pasamos por esa etapa tan difícil y de poner tu granito de arena para minimizar los efectos de recibir una noticia como esa y de atravesar todo el proceso médico y de ajuste.</p>	
--	--	--	--	---	--

Cogniciones, acciones y emociones

Guía instructiva para mujeres con cáncer papilar de tiroides



Autora: Gabriela Sotela Sánchez

NUESTRA GUÍA

¿Sabía que el número de personas diagnosticadas con *cáncer papilar de tiroides* ha ido creciendo en nuestro país y en el mundo?

Escuchar la frase “usted tiene cáncer” puede cambiar nuestras vidas. Esto significa que debemos manejar muchos cambios, por ejemplo visitas médicas, si tenemos hijos buscar con quién dejarlos, y en ocasiones sentir pérdida de control.

Algunas personas intentan sobrellevar su vida con la mayor normalidad posible, otras cambian su vida drásticamente. Sin embargo, el tener cualquier tipo de cáncer, implica un compromiso de tiempo y energía. Entender el impacto del cáncer en nuestras vidas, podría ayudarnos a buscar el apoyo necesario.

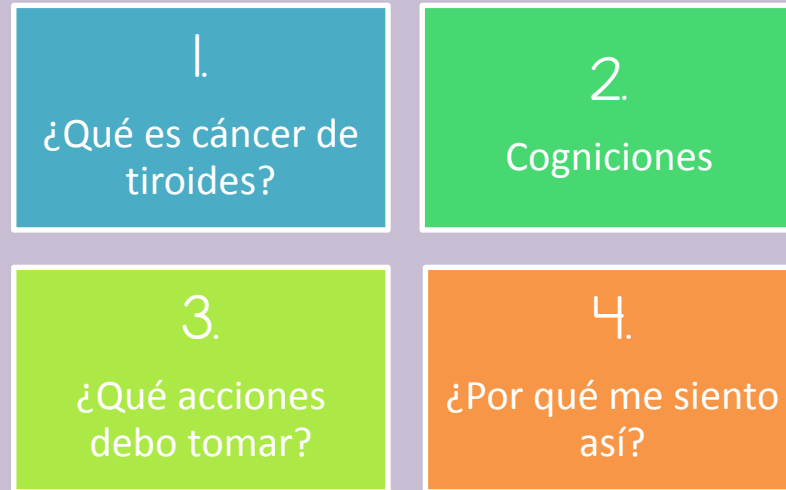
Esta guía pretende transformar el proceso psicológico del cáncer papilar de tiroides, influyendo positivamente principalmente en nosotras como pacientes, y a la vez, en el personal de la salud, familiares y personas cercanas a pacientes con cáncer papilar de tiroides.

Nuestros Objetivos:

- Que aprendamos a conocer qué es el cáncer papilar de tiroides.
- Que nos entrenemos en habilidades sociales.
- Que conozcamos y aprendamos distintas formas de afrontar el proceso de cáncer papilar de tiroides.

¿Cómo usar la guía?

La guía tiene 4 unidades:



Trabajaremos con la guía en orden, primeramente la Unidad 1, acerca de qué es cáncer de tiroides, después la segunda Unidad la cual abarca las cogniciones (pensamientos, creencias, percepciones), seguidamente la tercera Unidad, donde conoceremos más acerca de las conductas, y por último, la Unidad 4, enfocada en nuestras emociones durante el proceso de cáncer de tiroides, ya que las unidades se encuentran organizadas de forma lógica. ¡Al final de cada unidad, habrá una sección que valorará qué tanto aprendimos!

Esta guía también cuenta con un Glosario al final, donde podrá consultar palabras que se utilicen y no estén definidas en el texto. Asimismo, cuenta con información de algunas instituciones donde podemos acudir en búsqueda de apoyo adicional si lo requiriéramos.

¡Adelante!

Contenido

Secciones de la Guía	Nuestros objetivos
Unidad 1: ¿Qué es cáncer de tiroides? p. 4	•Que conozcamos el proceso del cáncer de tiroides y sus implicaciones.
Unidad 2: Cogniciones p. 23	•Que identifiquemos nuestros pensamientos positivos y negativos y aprendamos a afrontarlos adecuadamente.
Unidad 3: ¿Qué acciones puedo tomar? p.37	•Que aprendamos estrategias de afrontamiento que nos faciliten el proceso de cáncer de tiroides.
Unidad 4: ¿Por qué me siento así? p.50	•Qué identifiquemos nuestras emociones positivas y negativas y aprendamos a sustituir las emociones negativas por positivas.
¿Dónde podemos acudir? p.57	•Que nos informemos acerca de los lugares donde podemos acudir si necesitáramos más apoyo.
Glosario p.58	•Que conozcamos la definición de palabras poco conocidas presentes en la guía.

UNIDAD I. ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE TIROIDES?

El diagnóstico de cáncer papilar de tiroides genera un impacto tanto en nosotras como pacientes, así como en nuestras familias y personas que nos rodean. Uno de los momentos más difíciles es cuando nos dan la noticia: *“usted tiene cáncer de tiroides”*, donde la mayoría de veces no tenemos conocimiento del tema, entonces nos dejamos llevar inmediatamente por la palabra “cáncer”, y esto nos puede generar shock, angustia, pensamientos negativos, incluso de muerte. Pero, *¿conocemos en realidad qué tipo de cáncer nos fue diagnosticado y cuáles son sus implicaciones?*

Esta Unidad pretende brindarnos la información necesaria para que podamos conocer el proceso de cáncer papilar de tiroides.

Siempre que tengamos alguna duda, debemos preguntarle a nuestro médico. Recordemos que cada individuo es distinto y por tanto cada persona reacciona diferente, por lo que la comunicación con nuestro médico es MUY importante.

Nuestros Objetivos:

- Que conozcamos qué es cáncer de tiroides.
- Que aprendamos el proceso del cáncer de tiroides y sus implicaciones.

Lucía, acaba de ser diagnosticada con cancer papilar de tiroides



Daniela, amiga de Lucía, es superviviente y resiliente de cáncer de tiroides.



Lucía y Daniela nos acompañarán a través de la guía con sus experiencias para poder comprender más acerca del proceso de cáncer papilar de tiroides.



¡Ay Daniela...!, vengo saliendo del doctor, fijate que me dijo que tengo cáncer de tiroides. Necesito que me expliqués todo, estoy muy asustada.

Antes que nada, calmate, que todo va a estar bien. Te lo digo yo que ya pasé por todo ese proceso. Te voy a explicar primero que todo qué es el cáncer.



¿Qué cree que le diría Daniela a Lucía acerca de lo qué es el cáncer?

Anótelo aquí.



Lucía, nuestro cuerpo está formado por células que constantemente se dividen para renovarse. A veces existen células que se siguen formando y el cuerpo no las necesita. Por esto, se puede formar una masa de tejido que se llama *tumor* que puede ser benigno o maligno/canceroso.

¿Coincide lo que usted anotó con lo que se explicó anteriormente?

SI

Abra aquí



¡Excelente! Lo entendimos.



¡Pase a la siguiente página! 😊

NO

Abra aquí



Revisemos de nuevo lo que escribimos con la respuesta que nos da Daniela.



Daniela, y ¿qué es la tiroides? Nunca había escuchado ese nombre.



¿Sabe usted qué es la tiroides?

Explíqueme a Lucía qué cree usted que es la tiroides.

Escribalo aquí.

Frecuencia y ritmo del corazón

La tiroides produce hormonas que controlan:

Temperatura del cuerpo

Metabolismo

La tiroides es una de las glándulas endocrinas más grandes. Controla muchísimos aspectos de nuestro organismo porque produce hormonas que tienen muchos efectos en el cuerpo. Estas hormonas se transportan a través de nuestra sangre.



¿Coincide lo que usted anotó con lo que se explicó anteriormente?

SI

Abra aquí

¡Eee! ¡Muy bien!
Lo entendimos.

NO

¿Por qué?

Abra aquí

Revisemos de nuevo.

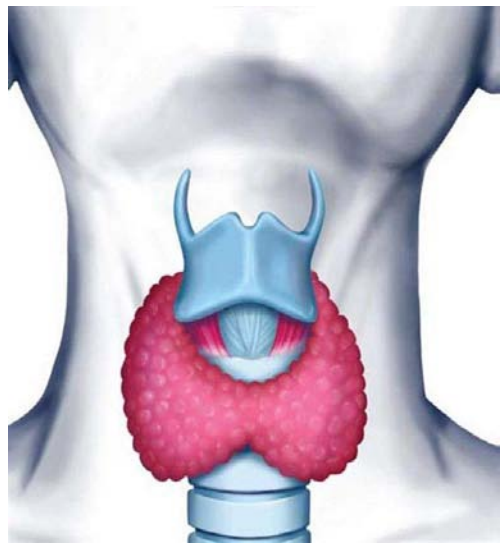


Daniela, sé que la tiroides se ubica por el cuello, pero exáctamente ¿dónde?

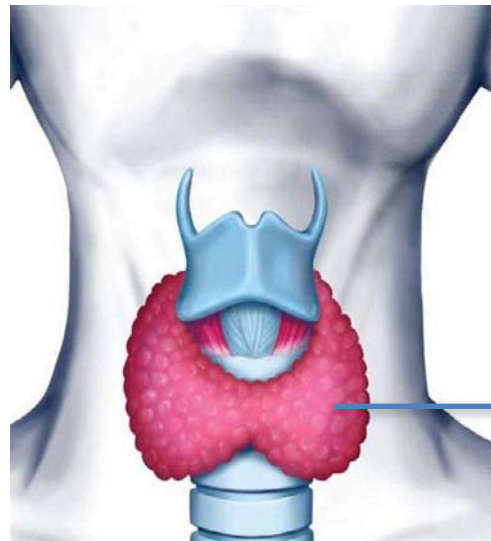


Ok Lucía, fijate en el siguiente dibujo.

Encierre en un círculo dónde cree usted que se ubica la tiroides. **Señálela** en la siguiente imagen:



Lucía, la glándula tiroides se ubica justo debajo de nuestra manzana de Adán (huesito/protuberancia en el cuello). Los lóbulos tiroideos tienen una altura de 5 cm y juntos hacen una forma de mariposa.



Glándula
Tiroides



Ay Daniela, yo no sabía que era tan pequeñita y tiene tantos efectos importantes... Pero entonces, ahora que conozco qué es cáncer y qué es tiroides, ¿qué es el cáncer de tiroides?

Acordate Lucía de todo lo que conversamos antes, es una enfermedad en la que se forman células malignas en los tejidos de la glándula tiroides. Existen varios tipos de cáncer de tiroides. ¿Sabés cuáles son?



¿Conoce cuántos tipos de cáncer de tiroides existen?
Coloque una X en el número que considere correcto.

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> |

Abra aquí



4

Existen 4 tipos de cáncer de tiroides:

1.

Papilar

2.

Folicular

3.

Medular

4.

Anaplásico



El de tipo *papilar* es el más común, es el que afecta aproximadamente a 8 de cada 10 personas que tienen cáncer de tiroides en el mundo, y es el que tiene mejores expectativas. Por lo general se origina en un solo lóbulo de la glándula tiroides y se puede propagar a los ganglios linfáticos del cuello. Se debe tener cuidado de no confundirse con los otros tipos de cáncer porque todos tienen distintas implicaciones.

Por ejemplo, el *cáncer de tiroides folicular* es el cáncer que se forma en las células foliculares de la tiroides, el *medular* se desarrolla en las células C de la tiroides, y el de tipo *anaplásico* es poco frecuente, crece muy rápido y sus células cancerosas tienen un aspecto distinto al de las células de tiroides normales.

En este punto, saber cuál es el tipo de cáncer que tenemos es muy importante porque esto nos ayudará a adherirnos de la mejor forma al tratamiento adecuado. Es por esto que la comunicación con nuestro médico es **¡MUY IMPORTANTE!**



Fijate que el doctor me hizo una biopsia que duró como un minuto, pero no me quedó claro qué fue lo que me hicieron.

Ok Lucía, para un diagnóstico real se hace una biopsia.

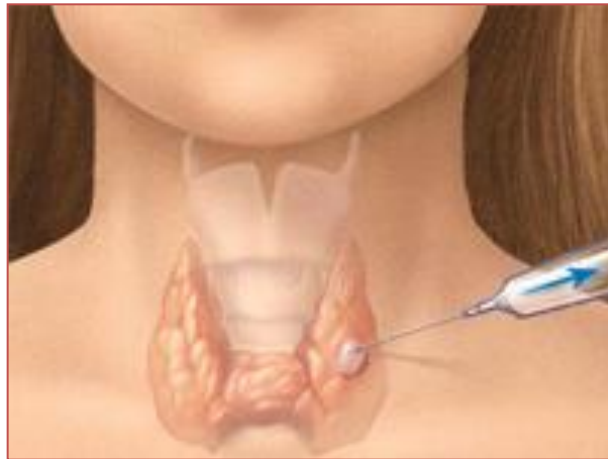


Ok Lucía, primero que todo, decime qué se te ocurre que es una biopsia?

Anótelo aquí.



Ok Lucía, ya que escribiste lo que crees que es una biopsia, ahora yo te voy a explicar:



Biopsia de la tiroides

Para realizar una biopsia, el médico introduce una aguja fina en el nódulo tiroideo.

Esto se realiza para obtener células de esa área sospechosa verificando todo con un ultrasonido.

Esta es la forma más simple de encontrar si el nódulo o protuberancia que tenemos en la tiroides es o no canceroso.



Y ahora, ¿qué sigue? Sé que me tienen que operar.

Existen varios tratamientos, como por ejemplo, la cirugía, la cual se realiza para quitar el tumor, y así disminuir los riesgos de que volvás a tener cáncer.



1. Primero se extrae la tiroides por medio de cirugía.



Después, se realiza un rastreo de cuerpo entero (gammagrafía), donde debemos colocarnos en una gamma cámara para determinar si aún tenemos restos de tejido de la tiroides en el cuello que hayan quedado después de la cirugía, o bien, si existe una metástasis de las células malignas tiroideas en otras zonas del cuerpo.



Para esto debemos ingerir yodo radioactivo. Esto porque la tiroides es el único órgano en el cuerpo que capta yodo.



Con todo también se puede dar una terapia con yodo radioactivo. El médico valora tu caso y decide si es necesaria o no. Dejame explicarte un poco más para que no nos queden dudas:

Para que el yodo destruya los restos de tiroides, se administra una dosis de yodo radioactivo que normalmente requiere que estemos de 2 a 3 días en aislamiento/hospitalización.



Una vez concluido ese proceso, después de varias semanas, el yodo radioactivo desaparece de nuestros cuerpos y se puede determinar la eficacia del tratamiento.

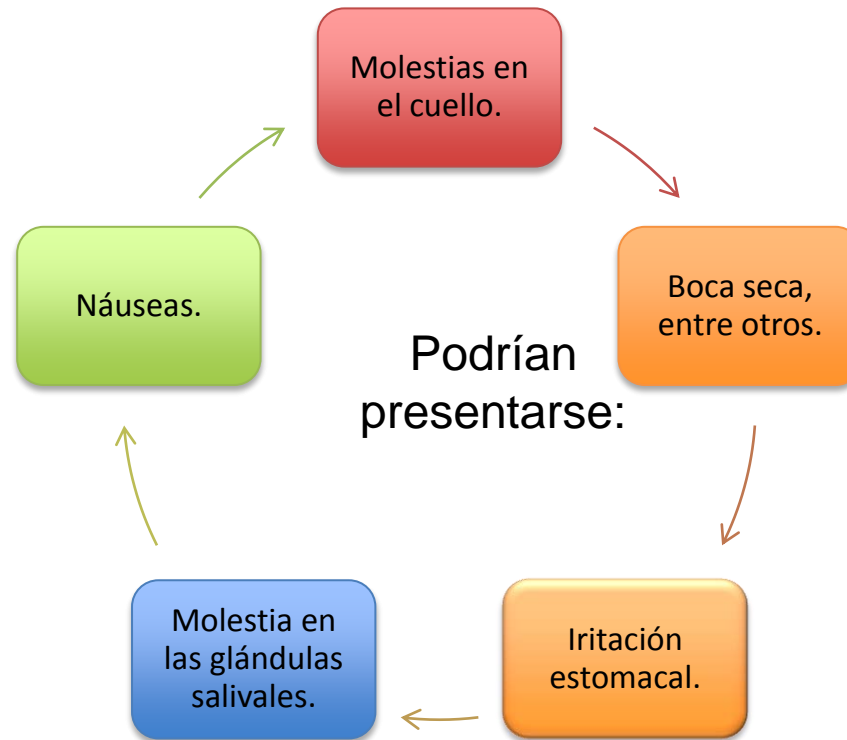


Daniela, ¿Qué efectos secundarios tendré si paso por el proceso de yodo radioactivo?

Según usted, ¿que efectos secundarios podría tener Lucía en el proceso de yodo radioactivo?

(pase a la siguiente página)

Lucía, los efectos secundarios del tratamiento con yodo radioactivo son poco comunes.



•Afortunadamente son pocas las veces que se experimenta dolor.



Tengo entendido que debo tomar un medicamento que es el sustituto de la tiroides?

Sí, vas a tener que tomarlo diariamente por toda tu vida, se llama *Levotiroxina*, pero no te asustés, te voy a explicar:

La *Levotiroxina* se encarga de sustituir las hormonas que nuestra tiroides produciría para que todo pueda continuar con normalidad. Hay pacientes que ya han tenido problemas anteriormente con la tiroides, entonces muchas la toman desde antes. Muy importante, este proceso lo debemos complementar con análisis de sangre para estudiar la actividad de la tiroides y llevar un control. La dosis de dicho medicamento se definirá de acuerdo a estos exámenes realizados. Toda esta información la debemos verificar con nuestro médico.



¿Qué aprendimos de esta Unidad?

Ayudémosle a Lucía a responder las siguientes preguntas y juegos.

a) **¿Qué es** *cáncer de tiroides*? Anótelo aquí

b) Encuentre los
4 tipos de cáncer
de tiroides



L	C	W	C	F	F	A	I	A	B
B	K	A	M	U	O	N	N	J	K
N	L	P	O	Q	L	A	P	G	U
R	B	P	P	Q	I	P	A	M	G
A	E	W	X	X	C	L	P	H	C
L	G	U	G	U	U	A	I	Y	M
U	C	M	F	X	L	S	L	X	M
D	P	Y	S	B	A	I	A	L	H
E	O	Q	S	M	R	C	R	M	J
M	T	J	G	L	U	O	M	M	F

CAP.2. COGNICIONES



Cuando estamos pasando por cualquier situación, tenemos ideas, pensamientos y creencias (algunas positivas, otras negativas) que son muy poderosas e influyen en nuestras acciones y emociones, generándonos una cierta confusión.

Cuando somos diagnosticadas con cáncer de tiroides, nos hacemos muchas preguntas, como por ejemplo, nos preguntamos si otras personas estarán pensando en lo mismo. Tenemos miedo, preocupaciones, temores.

Por esta razón, esta Unidad pretende responder a estos aspectos, brindándonos la información necesaria con la cual nos podremos sentir más identificadas y así podremos generar mayores pensamientos positivos.

Nuestros Objetivos:

- Que identifiquemos nuestros pensamientos positivos y negativos.
- Que aprendamos a sustituir nuestros pensamientos negativos por pensamientos positivos.



¿En qué piensas en este momento?

No sé, de todo, no sé qué va a pasar conmigo, cómo le voy a decir a mi familia, qué voy a hacer tengo miedo.... Estoy super confundida.



Lucía ya nos comentó qué está pensando, y usted, ¿qué pensamientos tiene usted en este momento?

Yo pienso que _____

Sí, estos pensamientos muchas veces nos generan ansiedad y estrés, pero debemos saber controlarlo porque nos puede afectar muchísimo emocionalmente. Entonces, primero que todo aceptemos el miedo que probablemente nos acompañe un tiempo.



Este miedo por lo regular lo asociamos a muchos pensamientos, como por ejemplo: muerte, pensamos que vamos a sufrir, no conocemos los cambios físicos que tendremos, no sabemos qué va a pasar con nuestra familia y amigos, no entendemos, muchas veces no tenemos información clara. Este miedo es esperable, y durará mientras no desarrollemos las estrategias de afrontamiento necesarias para hacerle frente. Siguiendo los pasos de esta guía esperamos poder entender mejor e identificarnos con todos estos cambios en nuestra vida.

Pensamientos negativos

Existen varios pensamientos negativos que tenemos las pacientes con cáncer de tiroides. De pronto nos encontramos en manos de médicos, de personas externas, nos sentimos impotentes y empezamos a tener diferentes pensamientos. Marque con una X cuáles de estos pensamientos ha tenido.

PENSAMIENTOS	SI	NO
¿Me voy a morir?		
¿Quién me va a cuidar a mi hijo(s)?		
Todo lo que pasa en la vida se devuelve.		
¿Por qué a mí?		
¿Me lo merezco?		
Me voy a quedar sin energía.		
¿Me cambiará la voz?		
Mi hijo/ hija todavía no es independiente.		
Yo no soy eterna.		

Además de estos pensamientos, ¿qué otro tipo de pensamientos y creencias tiene usted?

Anótelas.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____


Debemos revalorar algunos pensamientos negativos y trasladarlos en positivos. Aquí hay unas ideas. Preste atención a los pensamientos positivos:

Ejemplos de pensamientos positivos (saludables)

- La vida me ha dado cosas buenas.
- Lo puedo hacer mejor.
- A pesar de que las cosas están mal ahora, éstas se pondrán mejor.
- Soy una buena persona.
- Tengo mucha esperanza en el futuro.
- Soy una buena madre/compañera/amiga.
- Soy atractiva físicamente.
- Mis experiencias me han preparado bien para el futuro.

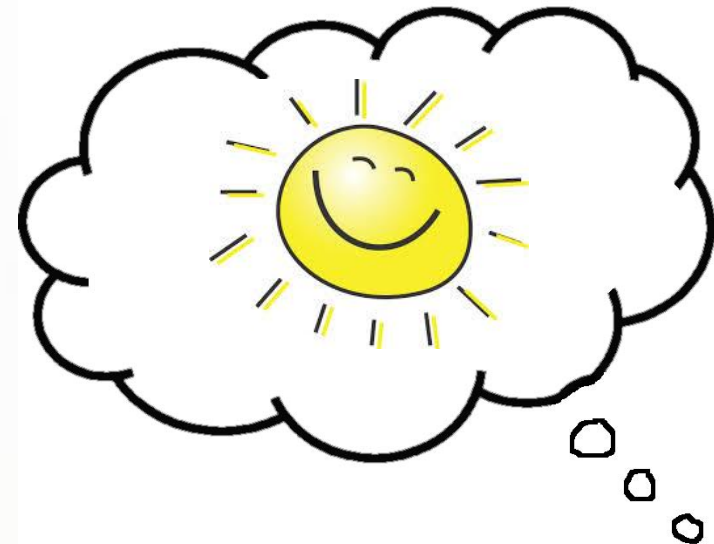
Pensamientos negativos VS. pensamientos positivos

Ahora que ya usted conoce los tipos de pensamientos, escriba los pensamientos negativos que tiene en este momento y tradúzcalos en positivos.

Pensamientos Negativos	← Anotar pensamientos negativos	Pensamientos Positivos
1.		1.
2.		2.
3.		3.
4.		4.
5.		5.

Aunque a veces no nos demos cuenta, los pensamientos también producen emociones que nos llevan a actuar de una determinada manera:

- “El tener pensamientos negativos y dañinos empeora mi estado de ánimo”.
- El tener pensamientos positivos y saludables mejora mi estado de ánimo.
- Si reconozco la diferencia entre los dos tipos de pensamientos, puedo decidir pensar de forma que se mejore mi estado de ánimo, es decir, pensar en POSITIVO.



¿Cuáles de estos pensamientos considera son correctos?

Por cada pensamiento, marque según sus creencias si es correcto (✓) o incorrecto (X).

Pensamientos	✓	X
Como me diagnosticaron de cáncer de tiroides, me voy a morir.		
Todas las mujeres con cáncer papilar de tiroides requieren yodo radioactivo.		
El cáncer es contagioso, “se pega”.		
Por no tener tiroides, no voy a tener energía por el resto de mi vida.		
Se deben utilizar remedios caseros para eliminar el cáncer de tiroides.		



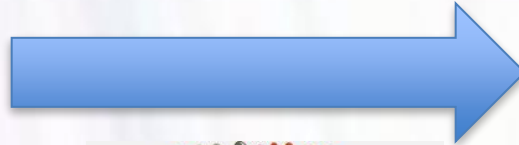
Muchas veces tenemos pensamientos irracionales o mitos alrededor de lo que sentimos y creemos. Existen varios mitos en torno al cáncer papilar de tiroides. Entre los más comunes se encuentran los siguientes.

Mito	Realidad
Como me diagnosticaron de cáncer me voy a morir.	Un diagnóstico oportuno junto con una constancia en el proceso de tratamiento no causará la muerte.
Todas las pacientes con cáncer papilar de tiroides requieren yodo radioactivo.	No todas las pacientes requieren yodo radioactivo. Esto dependerá de las características del tumor.
Por no tener la tiroides, no voy a tener energía por el resto de mi vida.	El ingerir Levotiroxina, implica ingerir hormonas sustitutivas, por lo que con un buen control de la dosis podrá llevar una vida con normalidad.
Se deben utilizar remedios caseros para eliminar el cáncer de tiroides.	Todo tratamiento se debe consultar anteriormente con su médico.
El cáncer es contagioso, “se pega”.	El cáncer NO se pega, NO es contagioso.

Comparando sus anotaciones de la página anterior, ¿Cuál fue el resultado?
¿Cuántos mitos tiene usted? _____

Si siempre nos dejamos llevar por lo que escuchamos de las demás personas, y no pensamos de manera positiva revalorando nuestros pensamientos, no vamos a poder vivir con la libertad que nos merecemos.

Por eso, por cada uno de los pensamientos que tenemos, preguntémonos lo siguiente:



1. ¿Es esta una creencia real?
¿Qué pruebas tengo de que esto pueda o no suceder?
2. En caso de que fuera una creencia real ¿es tan terrible como me la imagino?
3. ¿El sostener esta creencia me ayuda a actuar en la forma en que deseo hacerlo en esta situación?
4. ¿Qué podría hacer para enfrentarme a este miedo?

No eres víctima de las circunstancias, sino de la realidad de los pensamientos. Si los cambiás, cambiará tu vida.

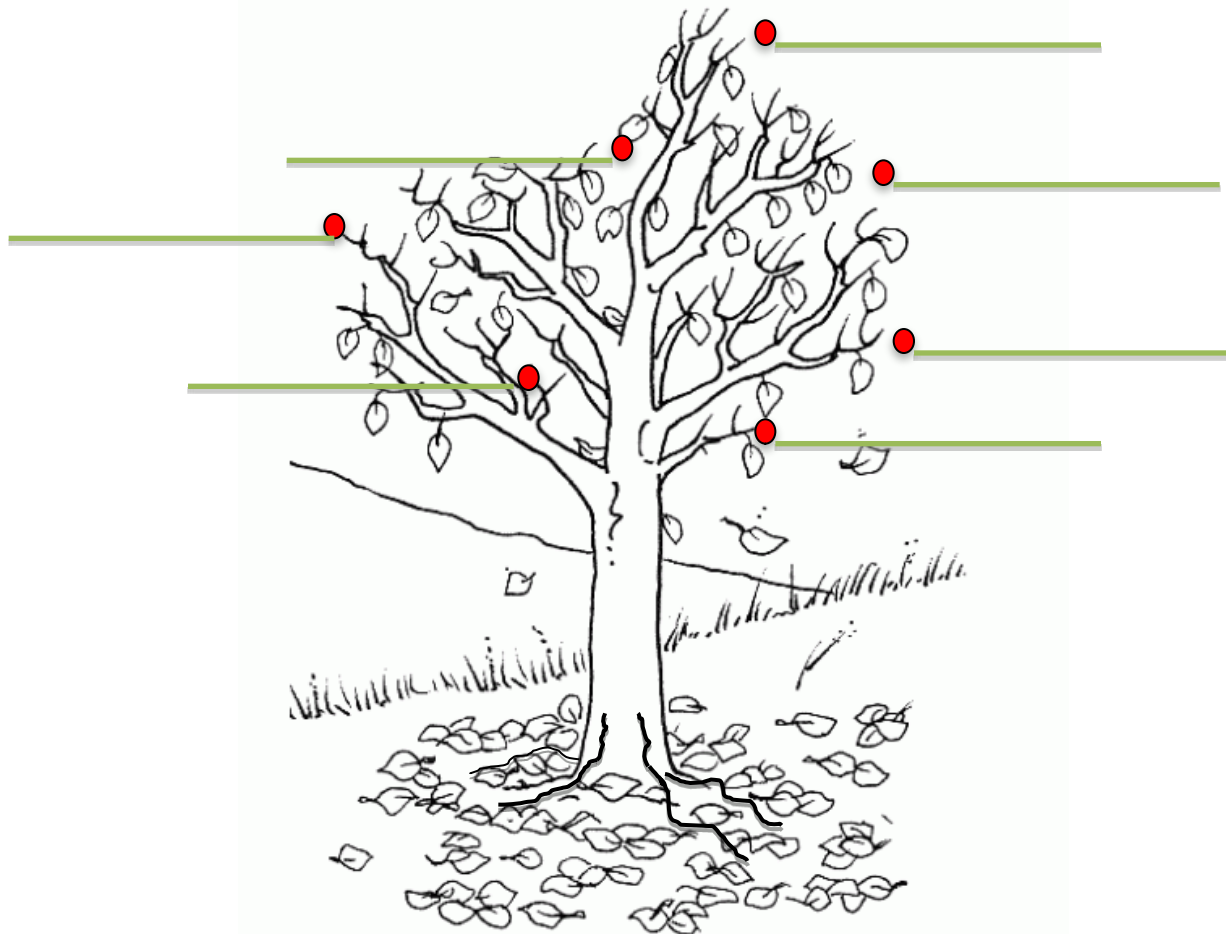
Nuestro árbol personal

Otra estrategia para hacerle frente a nuestros pensamientos es acudiendo a nuestro árbol personal. ¡Le explicaremos cómo hacerlo!

En la siguiente página usted podrá encontrar un árbol que tiene hojas caídas, raíces, frutos y ramas. La idea es que por cada uno de estos elementos usted anote lo siguiente:

- **Hojas caídas:** Voy a anotar los pensamientos que ya no deben estar conmigo, pensamientos de los cuales yo quiero y debo deshacerme.
- **Raíces:** Voy a escribir lo que más me gusta de mí misma y debo siempre conservar.
- **Frutos:** Voy a escribir las cosas que quiero para mí: formas nuevas y positivas de pensar, emociones positivas, acciones positivas.
- **Ramas:** Voy a anotar los nombres de todas aquellas personas en las que confío y siento apoyo, personas a las que puedo comunicar mis sentimientos con confianza.

“El árbol personal”: En el siguiente árbol, escriba en las ramas, los nombres de las personas en las que confía y siente apoyo, en las raíces, lo que más le gusta de sí misma, en los frutos, las cosas que quiere para usted, en las hojas caídas los pensamientos y formas de actuar que ya no quiere para usted.



¿Lista? Utilizando nuestro árbol personal lograremos entender cuando nos encontremos ante cualquier situación, un poco más nuestros pensamientos, nuevas formas de pensar y actuar con nosotras mismas y con los demás.
¡Muy bien!

Eliminemos todas aquellas hojas caídas, y fortalezcamos nuestro árbol con fuertes raíces, agradables frutos y valiosas ramas, para continuar actuando y pensando de forma positiva.

¿Qué aprendí de esta Unidad?

a) Marque **V** si el enunciado es Verdadero y **F** si es Falso.

1. Todas las pacientes con cáncer papilar de tiroides requieren yodo radioactivo. **V F**
2. Por no tener la tiroides, no voy a tener energía por el resto de mi vida. **V F**
3. Un diagnóstico oportuno junto con una constancia en el proceso de tratamiento no causará la muerte. **V F**
4. Todo tratamiento se debe consultar anteriormente con su médico. **V F**
5. El tener pensamientos negativos y dañinos empeora mi estado de ánimo. **V F**

b) **pareo:** Con una línea, clasifique los siguientes pensamientos en Negativos y Positivos

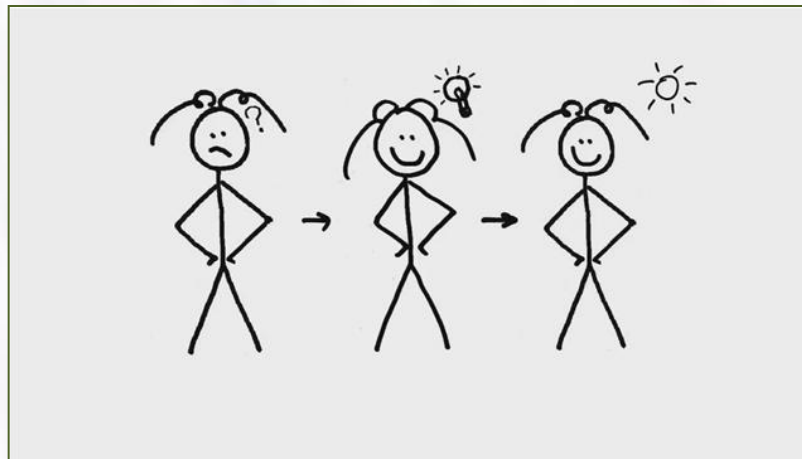
- Nunca voy a poder resolver mis problemas de salud.
- Tengo mucha esperanza en el futuro.
- Nadie me quiere.
- Soy atractiva físicamente.
- Lo puedo hacer mejor.
- La vida no tiene sentido.
- No puedo expresar mis sentimientos.
- Soy una buena madre/compañera/amiga.
- No valgo para nada.
- A pesar de que las cosas están mal ahora, éstas se pondrán mejor.
- Todo es mi culpa.
- Qué estarán pensando ellos(as) de mí?
- Soy una buena persona.
- Tengo mucha esperanza en el futuro.



CAP.3. ¿Qué acciones debo tomar?

En este momento podemos tener variados pensamientos, los cuales nos generan ciertas emociones y esto en conjunto, nos hace preguntarnos “¿qué hago?”, “¿qué acciones debo tomar?”

Este capítulo pretende brindarnos información clara acerca de cómo controlar nuestro comportamiento y qué acciones tomar ante las distintas situaciones que se nos presentan en nuestra vida, principalmente en este proceso que estamos sobrellevando.



Nuestros objetivos:

- Que aprendamos a relacionarnos de forma asertiva con los demás.
- Que logremos comportarnos positiva y saludablemente.
- Que aprendamos nuevas estrategias de afrontamiento en este proceso de cáncer papilar de tiroides.



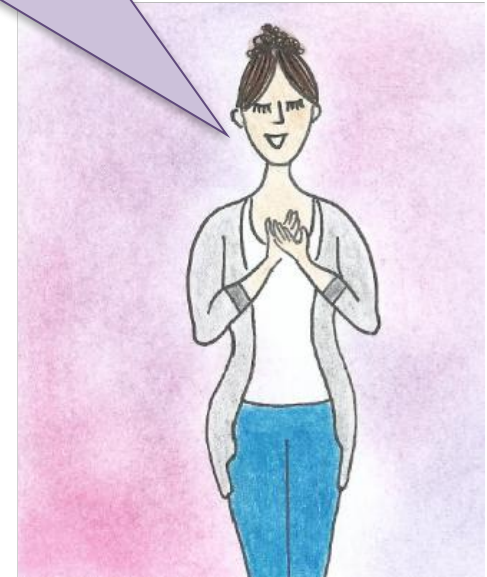
La verdad para mí ha sido difícil, yo con tantas cosas que tengo que hacer!

Muchas veces para nosotras las mujeres es muy complicado darnos tiempo para nosotras, normalmente estamos al servicio de las demás personas, e incluso, estas personas se han acostumbrado a esto. Es este el momento de que realicés un cambio, de aceptarlo e invertir más tiempo en vos durante este proceso.

¡Nota informativa!

Nuestra mente se puede comparar con una flor. Si ésta no recibe sol y la maltratamos con pensamientos y acciones negativas, tendremos una flor marchita y mente oscura.

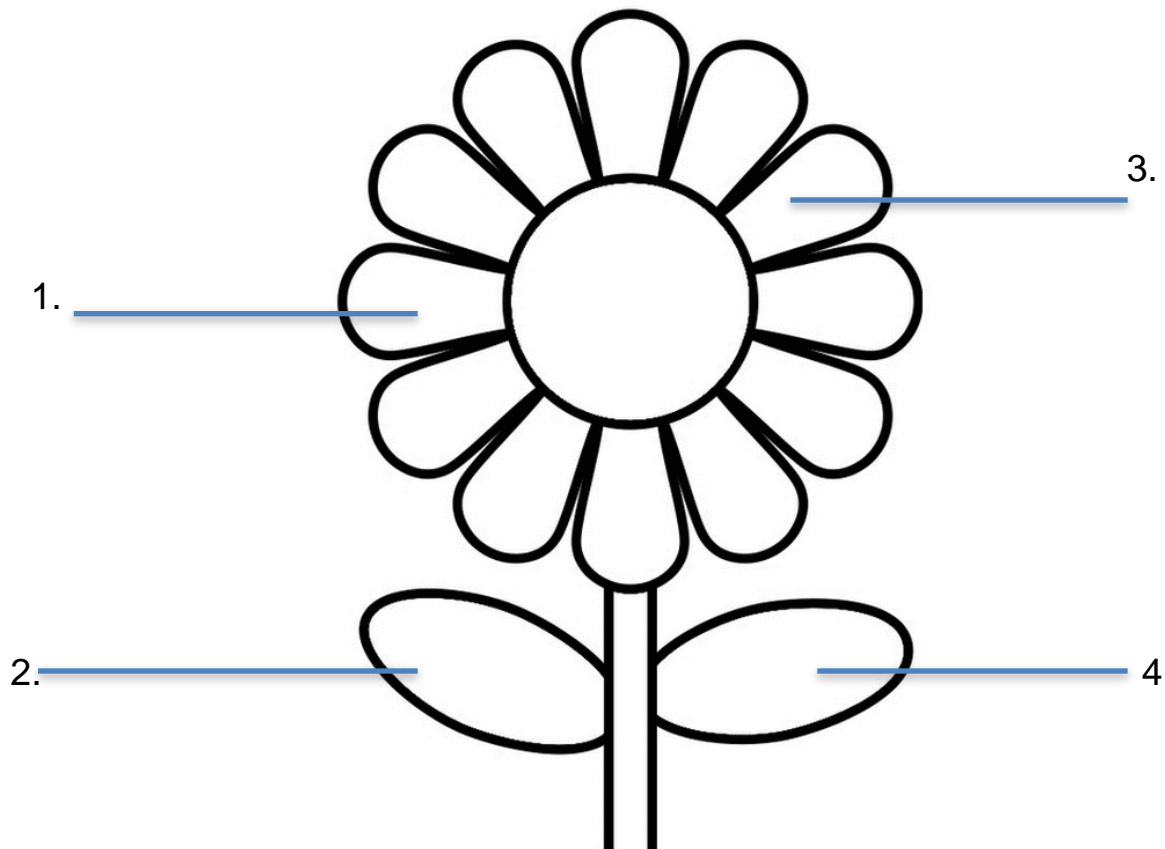
Podemos hacer crecer la flor cambiando nuestros pensamientos y acciones negativas por positivas, cumpliendo la función de sol y agua. Una manera de hacer esto es por medio de actividades agradables. Por medio de estas actividades, se pueden sustituir los pensamientos dañinos y generar pensamientos agradables.



De esta lista de actividades, escoja 4 que le agraden y que se puedan adaptar a su realidad y realícelas. Además, puede agregar otras que sean positivas y de su agrado y que no se encuentren en la lista.

Actividades agradables

1. Hacer algún ejercicio sencillo y sano como caminar.
2. Salir con amigas.
3. Salir de paseo con la familia.
4. Ir al cine.
5. Ir al teatro.
6. Leer un libro o revistas.
7. Hacer manualidades.
8. Ver películas.
9. Hacer un picnic.
10. Llamar a alguna amiga con la que tiene tiempo de no conversar.
11. Salir a bailar.
12. Escuchar canciones positivas y cantar.
13. Salir a almorzar con amigos alegres.
14. Vestirme con ropa que me gusta.
15. Ayudar a alguien.



Anote las 4 actividades que escogió anteriormente para realizar, la fecha en la que la realizará, cómo se siente antes de realizar la actividad y como se sintió al realizarla.

Actividad	Fecha	Cómo me siento antes	Como me sentí después de realizarla
1.			
2.			
3.			
4.			

Las mujeres estamos acostumbradas a estar posponiendo las actividades. Alguna vez le ha pasado que se encuentra con alguna amiga y le dicen: “después coordinamos para vernos” y nunca se ven?
NO posponga actividades, es una invitación de usted para usted. Prohibido posponer. No permita que pase más de una semana de la fecha establecida para realizar las actividades que escogió.

Comunicación durante el proceso de cáncer de tiroides



La comunicación no solamente es importante cuando nos encontramos en una situación como éstas. La buena comunicación es **CLAVE** para cualquier situación en nuestras vidas.

¿Ha comunicado a alguna persona de su familia o amigos cómo se siente, qué piensa y qué le gustaría hacer? Si no lo ha hecho, hágalo. No pensemos en cómo podrían sentirse ellos, sino simplemente conversemos asertivamente (de forma respetuosa).

La mala comunicación puede empeorarnos el proceso de cáncer de tiroides, y además, ahorita se encuentra en juego la tiroides, principal reguladora de muchísimos aspectos de nuestro cuerpo.



Para qué decir la verdad si me dijeron que el cáncer papilar de tiroides es el “más bueno”? voy a hacerle frente sola, mejor no voy a asustar a los demás contándoles, no quiero que sientan lástima por mí. No quiero agobiarlos.



No Lucía, esos son los pensamientos negativos, como vimos en la unidad anterior. La buena comunicación es muy importante y de esta forma podrás estar más tranquila. Para esto, primero te explicaré los tres tipos de comunicación:



Conducta Pasiva: Cuando las personas evitan mostrar sus pensamientos o sentimientos por miedo a sentir rechazo o incomprendidos.



Conducta Agresiva: Lo opuesto a la pasividad, utilizando un volumen de voz elevado, agrediendo e incluso despreciando a los demás.

Conducta Asertiva: La persona expresa lo que desea sin agredir, siendo respetuosa, clara y equilibrada. De esta manera, se podrán comunicar las ideas y sentimientos sin ofender a otras personas.



Bien Lucía, ahora que sabes que la mejor forma de comunicarnos es asertivamente, te voy a enseñar algunos pasos que te podrán ayudar a tener una conversación adecuada (de manera asertiva).



Pasos

1

Primero que todo, decís una oración del tema del que querés hablar.



2

Después decís la emoción que te produce ese tema.



3

Al final, pedís lo que querés de forma respetuosa.

Ayudémosle a Lucía a identificar cuál de estas historias se aborda de manera asertiva. Señálela con un círculo.

1. La semana pasada mi hermana tomó dinero de mi billetera sin pedírmelo, lo que hizo que no me pudiera comprar un helado del que he estado antojada desde hace rato. Ella acostumbra a hacer cosas como éstas, y siempre me paga al día siguiente. Esto me molesta, pero yo nunca le digo nada.
2. Una amiga hacía bromas en el trabajo. Yo ese día tenía un dolor de cabeza terrible, además de que estaba preocupada por una situación en mi hogar. Entonces le grité que era una persona desconsiderada, inmadura, me fui y la dejé hablando sola.
3. El otro día yo estaba en mi casa con un amigo y él encendió un cigarro. Le dije que fumar en un espacio tan pequeño y en mi casa me molestaba, le pedí el favor de que no fumara mientras estuviéramos dentro de la casa, que si quería, podía fumar afuera.

Respuesta correcta : 3

SI → ¡Muy bien! Pase a la siguiente página.

NO → Devuélvase a la página anterior, revise los pasos y vuelva a evaluar las historias.

¿Qué desea comunicarle a su familia o personas allegadas en este momento?

- ¿Qué desea comunicar?
-

- ¿Cómo se siente ante esa situación?
-

- ¿Cómo se sentiría si eso se corrige?
-

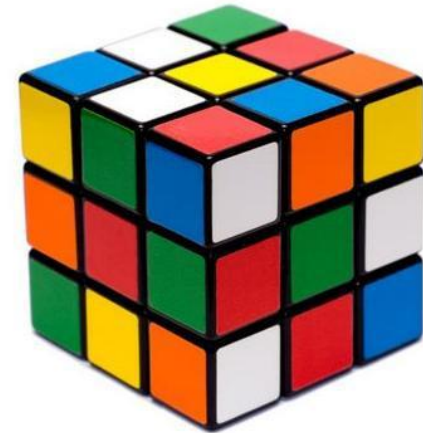
Siguiendo estos pasos, comuníquelo y repítalo con cada situación que desee cambiar. Realícelo cuantas veces necesite.

¿Cómo solucionar problemas?

A veces tenemos muchas ideas en nuestra cabeza, tratamos de mantener el control, pero a veces estamos solas y no sabemos qué hacer. Siempre hemos resuelto cosas para los demás, pero pocas veces para nosotras mismas y ahora debemos tomar acciones.

Muchas veces podríamos pensar que no tenemos salida, que nuestros problemas son como un cubo de rubik, donde por más que intentemos cuesta mucho llegar a la respuesta, a pesar de que hay miles de formas diferentes para solucionarlo.

Existen varias estrategias a utilizar cuando tenemos algún problema o situación a resolver. En la siguiente página le enseñaremos una de ellas.



Recordemos siempre ver los problemas como retos y a aprender a parar y pensar antes de actuar.

¿Cómo solucionar problemas?

Piense en algún problema que le esté afectando en este momento y siga los siguientes pasos detallándolos en la columna derecha.

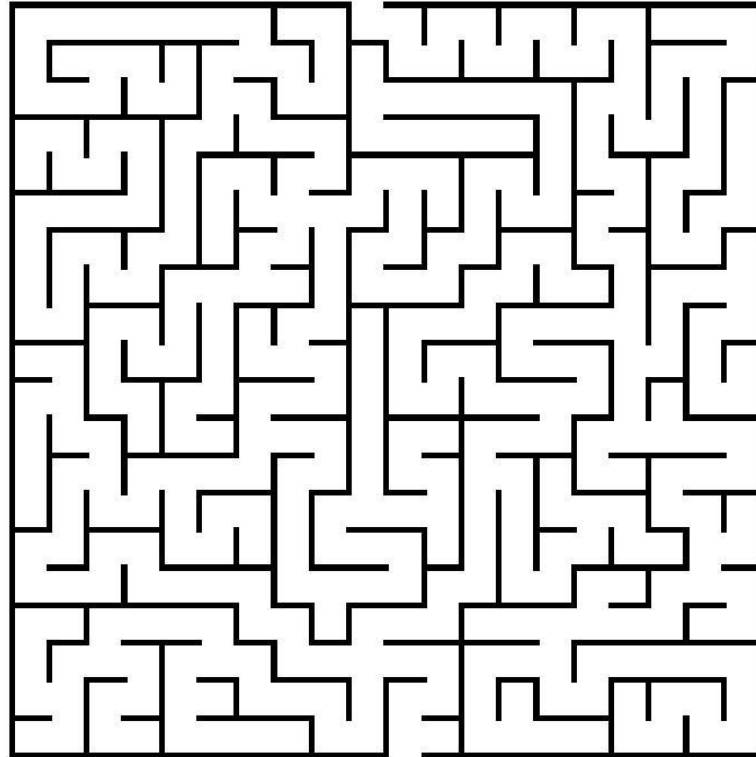
Resolviendo problemas

1. Reconozca y defina el problema	Recopile la información relevante del problema basado en hechos.	Definición del problema:
2. Genere posibles soluciones	Realice una lista de las posibles soluciones al problema, cualquiera que considere.	Posibles soluciones: 1. 2. 3. 4. 5.
3. Tome la decisión	Valore los pros y contras de cada una de las soluciones y comience a descartar. A veces se pueden mezclar distintas soluciones. Piense bien el papel que usted jugará ante la solución que escoja.	Decisión final:

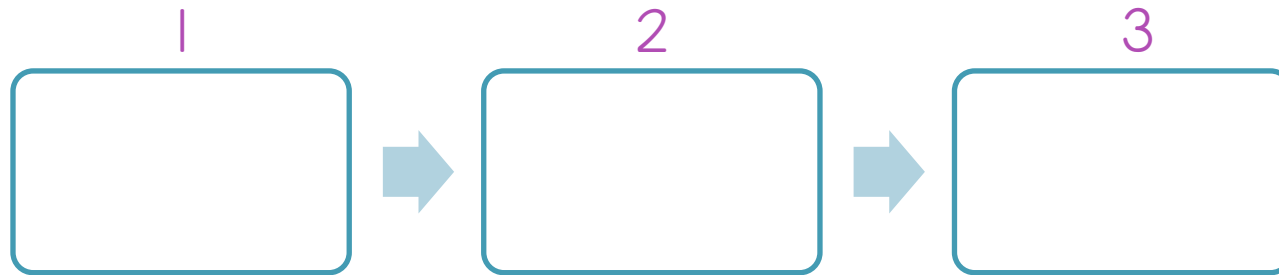
¿Qué aprendimos de esta Unidad?

Ayudémosle a Lucía a responder las siguientes preguntas y juegos.

a) **Laberinto:** Hemos aprendido que podemos tener distintas soluciones que nos llevarán por distintos caminos. Siempre tendremos alguna salida, y tal vez descubramos la forma más eficaz de salir de la misma a través de la buena comunicación. Independientemente de esto, el camino que recorramos siempre formará parte de nuestra experiencia. Ayúdemosle a Lucía a encontrar su salida:



b) ¿Cuáles son los tres pasos principales para resolver un problema?



¿Cuáles son los tres tipos de comunicación y cuál es el tipo correcto para utilizar?

Tipos de comunicación	Correcto	Incorrecto
1.		
2.		
3.		

CAP.4. ¿Por qué me siento así?

La mayoría de mujeres con cáncer papilar de tiroides describen sus emociones como una "montaña rusa", donde a veces pueden estar contentas, pero a veces tristes, preocupadas, enérgicas. Son una gran variedad de emociones y muchas veces cambian durante el proceso.

Muchas mujeres se han tenido que enfrentar a duras experiencias, procesos emocionales fuertes, han tenido que "tragar", en vez de expresar estas emociones, han quedado "atoradas en el cuello".

Debemos recordar que la evolución de estas emociones también influirán en el proceso. ¿Se identifica con alguna de estas emociones en la montaña rusa?



Nuestros objetivos:

- Qué identifiquemos nuestras emociones positivas y negativas.
- Que aprendamos a utilizar estrategias para hacerle frente a las emociones negativas y que predominen las positivas.



Es raro, llevo rato de que a veces me siento feliz, otras no muy bien, más triste, o más ansiosa...

Ok primero que todo, nadie ha dicho que enfrentar cáncer es fácil. Segundo, se debe tomar en cuenta que la tiroides es una glándula muy poderosa que controla muchísimos aspectos de nuestras vidas, produciendo distintas hormonas que hacen que nuestras emociones muchas veces se vean afectadas.

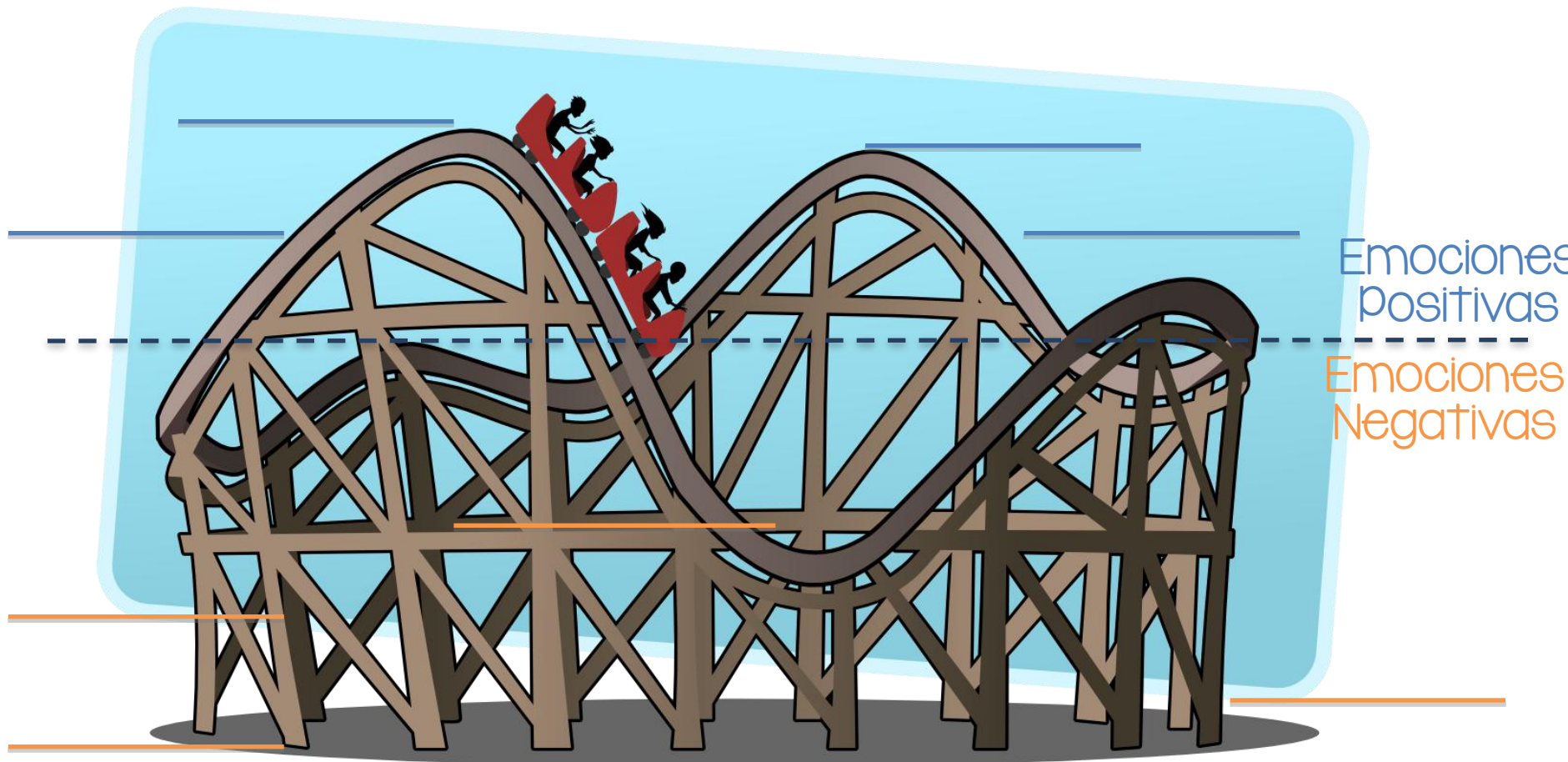


¿Qué emociones siente usted en este momento?

Me siento _____

Identifiquemos nuestras emociones

En el proceso de cáncer de tiroides, muchas veces nuestras emociones se comportan como una montaña rusa. Anote en las rayas las *emociones positivas* presentes en este momento en el área superior de la montaña rusa, y las *emociones negativas* en la área inferior.



De qué manera lo que hago afecta como me siento...

•Muy bien, ahora que ya identificamos nuestras emociones positivas y negativas, vamos a intentar que predominen las positivas realizando actividades agradables, las cuales pueden hacernos sentir más felices, y permitirnos además dejar de lado problemas para reanimarnos.

Anote las cosas que les gusta hacer y al lado cómo se siente cuando realiza esas actividades. Procure realizar una de ellas mínimo dos veces por semana.

Cosas que me gusta hacer	Cómo me siento cuando las hago

Ejercicio de relajación

Otra estrategia sumamente útil para hacerle frente a nuestras emociones, son los ejercicios de relajación. A continuación le presentamos un ejemplo para que lo realice en un espacio cómodo, sin ruido, ni interrupciones. Adjunto podrá encontrar un CD con el audio.



Estoy tumbada con los ojos cerrados..... Me voy alejando de los ruidos y exigencias cotidianas, comienzo a visualizarme con todo tipo de detalles descendiendo por un camino que desemboca en la playa..... Me veo recorriendo el camino..... hace un día cálido, el sol me calienta y la sensación es agradable..... Una fresca brisa en mi frente me refresca..... Siento como los pies se hunden levemente en la arena caliente y me gusta, es una sensación agradable, muy agradable..... Desde aquí puedo mirar al horizonte, veo el azul del mar..... Veo el azul del cielo..... tengo la sensación de estar rodeado de azul, un azul que me relaja y me llena, me invade y me sosiega..... Percibo los olores salobres del mar, de la arena, escucho el sonido del viento al filtrarse entre las hojas de unos árboles cercanos..... Me tumbo en la arena caliente y me relaja, los granos de arena comunican su calor a mi espalda y disuelven la tensión como un azucarillo se disuelve en agua caliente..... El cielo azul, el mar azul me relajan..... El sonido del viento entre las hojas me relaja..... El sonido de las olas me relaja..... Siento la relajación y la calma..... Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio..... Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a esta playa interior a relajarme cuando lo desee, se que mi imaginación es una fuente de calma y de paz.

¿Qué aprendimos de esta Unidad?

Evaluemos nuestro estado emocional a través del
Termómetro del estado de ánimo

Todas las noches antes de dormir, marque con un círculo del 1 al 9 según su estado de ánimo. No hay respuesta correcta, el número sólo refleja cómo se sintió. Anote en la última línea el número de actividades agradables que recuerda haber realizado ese día. Note si existe alguna relación con los números.





Día	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
Mejor estado de ánimo	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	
	Regular	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2
		Peor estado de ánimo	1	1	1	1	1	1
Número de actividades agradables								

Daniela, he aprendido muchísimo, gracias por toda la información que me diste! Ahora me siento más tranquila, segura y feliz.

Lucía, me alegro! Por eso es que teniendo información clara podemos hacerle frente a todas las situaciones que se nos presentan en nuestras vidas. ¡Bien hecho! Actitud positiva ante todo.



¿Dónde podemos acudir?

Asociación	Descripción	Contacto
<p>Asociación Costarricense de Cáncer de Tiroides:</p> 	<p>Asociación creada por pacientes de cáncer de tiroides interesados en dar soporte a la comunidad.</p>	<p>Teléfono: 87257964 Correo electrónico: asocati.cr@gmail.com Website: www.asocati.org/</p>
<p>Sociedad Americana del Cáncer:</p> 	<p>Un especialista en información sobre el cáncer de tiroides le asistirá en español.</p>	<p>Teléfono: 1-800-ACS-2345(1-800-227-2345) Website: www.cancer.org</p>
<p>Instituto Nacional del Cáncer:</p> 	<p>Asistencia disponible en español.</p>	<p>Teléfono: 1-800-4-CANCER Website: http://www.cancer.gov/espanol</p>
<p>Thyca:</p> 	<p>Thyroid Cancer Survivor's Association.</p>	<p>Teléfono: 1-877-588-7904 Website: http://www.thyca.org/</p>

Glosario

Palabra	Definición
Resiliente	Aquella persona que logra afrontar y sobreponerse con flexibilidad a la adversidad, fortaleciéndose de estas experiencias.
Células Foliculares	Utilizan el yodo de la sangre para producir la hormona tiroidea, la cual ayuda a regular el metabolismo de una persona.
Células C	Producen calcitonina. Esta es una hormona que ayuda a controlar la utilización del calcio en el cuerpo.
Ultrasonido	Es un medio que permite a través de imágenes médicas, visualizar muchos órganos internos para captar tamaño, lesiones, o cualquier irregularidad.
Biopsia	Es un procedimiento por el cual se extrae una muestra de tejido para que sea examinada por un especialista.
Endocrinología	Es una rama de la medicina que estudia las glándulas endocrinas y sus hormonas.
Metástasis	Es cuando el cáncer pasa de su lugar de origen a otro órgano del cuerpo.

Respuestas

Cap. 1. ¿Qué es cáncer de tiroides?

- a) Es una enfermedad en la que se forman células malignas en los tejidos de la glándula tiroides.
 b) Controla muchísimos aspectos de nuestro organismo porque produce hormonas que tienen muchos efectos en el cuerpo. Estas hormonas se transportan a través de nuestra sangre.

c)

L	C	W	C	F	F	A	I	A	B
B	K	A	M	U	O	N	N	J	K
N	L	P	O	Q	L	A	P	G	U
R	B	P	P	Q	I	P	A	M	G
A	E	W	X	X	C	L	P	H	C
L	G	U	G	U	U	A	I	Y	M
U	C	M	F	X	L	S	L	X	M
D	P	Y	S	B	A	I	A	L	H
E	O	Q	S	M	F	C	R	M	J
M	T	J	G	L	U	O	M	M	F

Cap. 3. ¿Qué acciones debo tomar?

- b) 1. Reconozca y defina el problema. 2. Genere posibles soluciones. 3. Tome la decisión.
 c) 1. Pasiva (X) 2. Agresiva (X) 3. Asertiva (☺)

d) LEVOTIROXINA

Cap. 2. Cogniciones

a) 1. F 2. F 3. 4. V 5. V

b)

Negativos	Positivos
Nunca voy a poder resolver mis problemas de salud. Nadie me quiere. La vida no tiene sentido. No puedo expresar mis sentimientos. No valgo para nada. Todo es mi culpa. ¿Qué estarán pensando ellos(as) de mí?	Tengo mucha esperanza en el futuro. Soy atractiva físicamente. Soy una buena madre/compañera/amiga. Lo puedo hacer mejor. A pesar de que las cosas están mal ahora, éstas se pondrán mejor. Soy una buena persona. Tengo mucha esperanza en el futuro.

¡GRACIAS!

¡Gracias a todas las personas que hicieron posible la creación de esta guía!

Asociación Costarricense
de Cáncer de Tiroides
(ASOCATI)

Familiares de pacientes
con cáncer papilar de
tiroides

Pacientes y
sobrevivientes de
cáncer papilar de
tiroides

Ilustraciones de
Sophie Molina
Arts

Profesionales
involucrados: Médicos y
Psicólogos