



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**AUTOESTIMA Y DISTORSIONES COGNITIVAS  
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO: PROGRAMA  
DE INTERVENCIÓN BASADO EN LA TERAPIA  
COGNITIVA**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A:**  
**RUBY LIZBETH PÉREZ GARCÍA**

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTOR: LIC. CARLOS MARTÍNEZ LÓPEZ**  
**COMITÉ: LIC. GERARDO REYES HERNÁNDEZ**  
**MTRO. MARIO MANUEL AYALA GÓMEZ**  
**MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ**  
**LIC. MARÍA EUGENIA PLATA MUÑOZ**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**NOVIEMBRE, 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A:*

*María Esther García Saldaña*

*De manera muy especial, te dedico este trabajo como reconocimiento por el esfuerzo que has hecho, ya que el proyecto no habría sido posible de realizar sin el apoyo que me has brindado.*

*Gracias por ser mi compañera inseparable en este y en todos los viajes a lo largo de mi vida, por tu lealtad y tu bondad.*

*Te agradezco por estar presente cuando los ánimos estuvieron decaídos, por confiar en mí incluso cuando yo misma dudaba.*

*Gracias por tu ejemplo. Gracias, pues con tu grandeza como ser humano aprendí que yo también podía hacer cosas grandes.*

*De corazón, agradezco a la vida por poder decir que tú eres mi mamá.*



*A.*

*Yahyr Alejandro Ortiz Orozco*

*(2 de Julio del 2002- 30 de enero del 2014)*

*Al completar esta meta, como en cada momento especial, te recuerdo con esa sonrisa cálida. Amigo mío, desearía que estuvieras aquí para ver la labor que inspiraste.*

*Este es un homenaje para ti hasta donde estés, un tributo a tu sabiduría, tu alma dulce y compasiva, tu fortaleza, y tu valentía para enfrentarte a la enfermedad. Aquí, el legado de esperanza y amor que dejaste continúa extendiéndose con cada persona a la que regalaste felicidad con tu presencia.*

*Queda agradecerte por el tiempo que me compartiste, por el regalo de entender que el cariño y la amistad no se acaba con la muerte.*



# Agradecimientos:

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y a mi muy querida Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, institución en la que tuve el privilegio de formarme y a la que le debo mucho a nivel personal y profesional.

Al Doctor Carlos Martínez López por aceptar dirigir esta investigación, por haber sido guía desde mis primeros años en la licenciatura, por el conocimiento que me transmitió, por su orientación, su paciencia, y por la confianza en mí para emprender este trabajo.

Al Profesor Gerardo Reyes Hernández, por ser pilar importante en mi formación durante la licenciatura, por enseñarme a esforzarme más y ser mejor no sólo en clase, sino en el día a día. Por estar presente en tiempos difíciles y por todo el apoyo que recibí incondicionalmente de su parte.


Al Maestro Mario Manuel Ayala Gómez, por el compromiso mostrado en este estudio y con la psicología, por haberme mostrado elementos importantes de la investigación, por estar presente e influir en mi evolución como psicóloga y como persona. Por la confianza depositada en mí, por las palabras, por los ánimos y también por los regaños cuando fueron necesarios. Dicho apoyo ha sido invaluable.

A la Maestra Gabriela Carolina Valencia Chávez y a la Profesora María Eugenia Plata Muñoz, por su valiosa colaboración con este proyecto y sus aportaciones tan enriquecedoras.

A mis profesores de la licenciatura, a quienes recuerdo con mucho afecto y gratitud.

A la Doctora Sara Unda Rojas, por la confianza, la amistad y el apoyo emocional y sin condiciones durante la recta final de este proceso. Toda mi admiración y mi respeto de manera personal y profesional.





Al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por la oportunidad de llevar a cabo esta investigación y por abrirme las puertas del Servicio de Oncología para hacer mi estancia ahí

A la Psicóloga María del Carmen Rodríguez Calderón, por las facilidades que otorgó para llevar a cabo esta investigación, por el aprendizaje, por el apoyo y por los votos de confianza que depositó en mí.

Al Grupo Reto del Hospital General de México, quienes me acogieron con calidez desde mi llegada.

Respetuosamente y con el debido consentimiento, agradezco infinitamente la confianza y participación de “Vicky”, “Fausta”, “Lilia”, “Vickyta”, “Mauri”, “Juanis”, “Flor”, “Melany”, “Lety A”, “Vero”, “Susy”, “Luisa”, “América”, “Ale”, “Paty”, “Tolis”, “Lety B” y “Amalia” a quienes les debo que este proyecto se concretara. De corazón, deseo haberles devuelto algo de todo lo que ustedes me dieron.

A la Doctora Adriana Solís Fuentes, por la experiencia profesional que compartió conmigo.

A todos los pacientes con los que trabajamos arduamente por su bienestar, algunos de los cuales se me adelantaron en el camino, los llevo siempre en el corazón. Este agradecimiento también es para ustedes.

A Alejandra Ortiz Orozco, a su esposo, Víctor Barbosa y al pequeño Ángel Gabriel Kaleb Ortiz Orozco, quienes me abrieron un espacio en su vida y sus corazones cuando la enfermedad nos juntó.

A Virginia García Lugo por tu sabiduría, por preocuparte de que cumpla mis metas personales y profesionales, porque en poco tiempo te volviste muy importante para mí.

# Agradecimientos Especiales

A mi abuelita Amparo Saldaña Rangel, por todos tus mimos, por las palmadas en el hombro cuando las cosas fallaron, por tu paciencia, calidez, amor, confianza y protección.

A mi hermana Jocelyn Alejandra Pérez García, por ser mi compañera de vida, por todos los momentos felices que hemos compartido, así como los menos afortunados, pero que fueron más fáciles de enfrentar porque estuvimos unidas.

A mi tío Juan García Saldaña, por todo el amor y las enseñanzas que me has dado, por ser tío, figura paterna y amigo.

A mis sobrinas, Frida y Mérida Serna Pérez por iluminar mis días con sus sonrisas.

A Emiliano Ortiz Saucedo, por crecer a mi lado, porque nuestra historia prueba que nos unen lazos más fuertes que la sangre.

A Alejandro García Lugo, por ser mi pareja y cómplice, por el amor que compartimos, por ser compañero y amigo, por luchar hombro a hombro conmigo cuando se ha requerido, por tu confianza, por tu apoyo, por tu lealtad.

A Laura Acosta Hewitt, por tanta alegría que emanabas, por tu compañía, por los momentos en que me has permitido conocer tus valiosos puntos de vista, por todo tu apoyo y por toda la felicidad que tu amistad me da.

A Rodrigo Miguel Rosales Sarabia, por tantos años de amistad inigualable, por tu apoyo como amigo y como profesional, por enseñarme elementos valiosos de investigación, por tu compromiso con la Psicología, por todo lo que hemos compartido y por esas ganas que me contagias de hacer de este, un lugar mejor.



## Contenido

I. Cáncer de Mama .....	1
1.1. Historia natural del cáncer de mama.....	2
1.2. Epidemiología y mortalidad .....	4
1.3. Etiología y factores de riesgo .....	6
1.4. Diagnóstico .....	8
1.4.1. Autoexploración mamaria .....	9
1.4.2. Mastografía.....	12
1.4.3 Biopsias .....	13
1.4.3. Cirugía diagnóstica .....	15
1.4.4. Clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis).....	16
1.4.5. Estadiaje.....	20
1.5. Tratamientos .....	22
1.5.1 Cirugía .....	23
1.5.2. Quimioterapia .....	27
1.5.3. Radioterapia .....	29
1.5.4. Hormonoterapia .....	31
1.5.5. Inmunoterapia.....	32
1.6. Rehabilitación Médica .....	32
2. Aspectos psicológicos del Cáncer de Mama .....	34
2.1 Fase de diagnóstico de Cáncer de Mama.....	34
2.2 Fase del tratamiento de Cáncer de Mama .....	40
2.2.1 Efectos psicológicos en la fase quirúrgica .....	42
2.2.2 Efectos psicológicos durante la quimioterapia y radioterapia .....	44
2.3. Fase de rehabilitación del cáncer de mama.....	47



2.4 Redes de apoyo social.....	49
2.4.1 Familia y amigos.....	50
2.4.2 Grupos de autoayuda.....	52
2.4.3 Pareja.....	54
2.5 Síndrome de la media mujer.....	62
2.6. Diagnóstico de estado terminal.....	64
3. Autoestima en las mujeres con cáncer de mama.....	68
3.1. Definición.....	69
3.2 Aspectos interrelacionados con la autoestima.....	74
3.2.1 Autoconcepto.....	74
3.2.2 Autoimagen.....	78
3.2.3 Autoconocimiento.....	81
3.2.4 Autoaceptación.....	84
3.2.5 Autoconfianza, autoeficacia o sentido de eficacia personal.....	86
3.2.7 Integridad personal.....	92
3.2.8 Sentido de vida.....	93
4. Terapia cognitiva estándar y distorsiones cognitivas.....	95
4.1 Definición de Terapia Cognitiva.....	97
4.2 Antecedentes históricos de la Terapia Cognitiva.....	100
4.3 Fundamentos de la Terapia Cognitiva.....	102
4.4 El proceso terapéutico en la Terapia Cognitiva.....	106
4.5 Terapia Cognitiva de Aaron Beck.....	110
4.5.1 Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva de Beck.....	112
4.5.2 Reestructuración cognitiva.....	118
4.5.3 Técnicas cognitivas y conductuales del modelo de Beck.....	120

Método .....	123
Objetivos .....	123
Objetivo general.....	123
Objetivos específicos .....	123
Hipótesis .....	123
Tipo y diseño de estudio .....	123
Población y tamaño de la muestra.....	124
Tipo de muestreo .....	124
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	124
Definición de las variables a evaluar y forma de medirlas .....	125
Escenario.....	127
Instrumentos .....	127
Procedimiento .....	128
Resultados .....	130
Discusión.....	137
Conclusiones.....	150
Bibliografía .....	153
Programa de Intervención .....	i
ANEXOS .....	ii

## Resumen

El cáncer de mama implica una problemática importante de salud pública a nivel mundial y habitualmente conlleva un fuerte impacto emocional para quienes lo padecen. La interpretación que las pacientes hacen de sus circunstancias antes y después de la enfermedad influye en su capacidad para estimarse a sí mismas y percibirse como seres valiosos. Con el objetivo de mejorar la autoestima de las pacientes con cáncer de mama en etapa de remisión del Hospital General de México, mediante estrategias de reestructuración cognitiva, se planeó un programa de intervención grupal basado en la terapia cognitiva estándar. El procedimiento resultó efectivo para cambiar los pensamientos distorsionados al tiempo que se mejoró la autoestima de las participantes. Se discuten los hallazgos obtenidos.

**Palabras clave:** cáncer de mama, autoestima, programa de intervención, distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama representa una problemática importante de salud pública a nivel mundial. Los informes de la Organización Mundial de la Salud (2013), concluyen que el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Sanfilippo & Moreno (2008), Valencia, Sánchez, Bautista, Torres & Bertozzi (2009), González, González, Nigenda & López (2010) coinciden en que el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por patología maligna en mujeres, superando la mortalidad por cáncer cervicouterino.

Esta afección implica un impacto significativo para las mujeres que lo padecen y sus familias, así como para los servicios de salud, tomando en consideración los efectos emocionales, sociales y económicos que conlleva su atención.

Hasta apenas unos años, la necesidad de un profesional de la psicología en el área oncológica no era reconocida. Antiguamente, al enfrentarse a un diagnóstico de cáncer, la visión que se tenía era la de preservar la vida del paciente por el mayor tiempo posible, incluso si era a costa de su propia calidad de vida. Sin embargo, con el paso del tiempo, el enfoque ha cambiado y esta perspectiva ha quedado obsoleta, aunque todavía es posible encontrar personas que le confieren un peso mínimo a la experiencia emocional de las pacientes. Pero las evidencias que apoyan los beneficios de incorporar los diferentes recursos terapéuticos, tratando a los enfermos con una perspectiva integral de su persona son una realidad ineludible.

Cuidar al paciente no solo significa darle atención médica, también implica atender las cuestiones emocionales que lo afectan, guiarlo en el descubrimiento de nuevos recursos para enfrentar la enfermedad, proporcionar elementos que le devuelvan en la medida de lo posible aquella autonomía que perdió después del diagnóstico y motivarlo en la consecución de sus metas. Hecho que sólo será posible si el paciente logra percibirse como un individuo con amplios recursos.

Tener las nociones de lo que las pacientes están viviendo a nivel médico al enfrentar el cáncer, permite adentrarse con mayor claridad en la experiencia emocional de quienes lo padecen. Así, el capítulo uno ofrece una visión médica de la enfermedad, características, factores de riesgo, prevención y en general, los procedimientos que se utilizan para diagnosticarla y tratarla.

El impacto emocional que acompaña a las pacientes desde el momento en que se enfrentan a la enfermedad, se abordan en el capítulo dos. Esta sección se divide en varios apartados que forman un continuo, comenzando con las alteraciones emocionales durante el diagnóstico, siguiendo con aquellas que se presentan principalmente durante la fase del tratamiento médico, para después desembocar en la curación de la paciente o en una situación terminal. Se abordan reacciones emocionales como la depresión, desesperanza, enojo, ansiedad, sensación de escasa valía personal, pérdida de la identidad femenina e indefensión además de los miedos asociados a las secuelas de los tratamientos y la angustia por la posible cura y/o recaída, que estará presente durante toda la vida (Ford 2002, en García y González, 2007; Barez, 2002).

Para las pacientes que viven o han vivido la experiencia de esta enfermedad, es vital que gocen de una percepción positiva y saludable de ellas mismas para que tengan mayores recursos para enfrentar el cáncer de mama y los efectos que este ha conllevado (Ehrenzweig, 2007; García & González, 2007; Rojas-May, 2006, Ferrero, Toledo & Barreto, 1995).

Profundizando en el tema, el capítulo tres se centra en la autoestima y su importancia para vivir plenamente con independencia de tener cáncer de mama o no. Se abordan las definiciones que diversos autores -desde los pioneros estudiosos hasta los contemporáneos- han dado de la autoestima. Asimismo, se describen los aspectos interrelacionados o también llamados pilares de la autoestima: autoconcepto, autoimagen, autoconocimiento, autoconfianza o autoeficacia, integridad personal (coherencia y congruencia) y sentido de vida.

Sin embargo, es común encontrar afecciones en la autoestima de las mujeres con cáncer de mama, producto de representaciones disfuncionales acerca de ellas mismas y en relación con el problema de salud. No obstante, también es posible observar que a menudo las pacientes ya presentaban limitaciones de esta índole antes del diagnóstico, aunque se han agudizado después de este (Sebastián, Manos, Bueno & Mateo, 2007; Rojas-May, 2006).

Como todo proceso afectivo, la autoestima tiene un componente cognitivo. Un individuo se estima a sí mismo en función de lo que piensa de él y se comporta en consecuencia. Si el individuo goza de una sana autoestima, reconoce su valor como persona y le otorga un significado objetivo y funcional a las situaciones que acontecen en la vida cotidiana, sus conductas se encaminarán hacia el propio cuidado. En palabras de Ehrenzweig (2007), el que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como los determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socioculturales de pertenencia y referencia de la persona.

Los modelos cognitivos de psicoterapia ponen especial atención a las ideas, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado y las expectativas. La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular (Camacho, 2003). Por esta razón, el capítulo cuatro se destinó a hablar de la terapia cognitiva estándar.

La terapia cognitiva ha demostrado su efectividad para cambiar aspectos del pensamiento del paciente que le producen sufrimiento innecesario (Guidano y Liotti, 1980, en Palacio, 1990 y Zuluaga, 2004). Este modelo ha demostrado efectividad clínica en periodos de tratamiento relativamente cortos y ha sido respaldada por numerosas investigaciones experimentales durante varias décadas (Hernández & Sánchez, 2007; Beck & Freeman, 1990; Ferrero et al., 1995; Muñoz, Aguilar-Gaxiola & Guzmán, 1995; Ellis & Grieger, 1990).

En el área hospitalaria se han hecho bastos estudios desde la corriente cognitiva, específicamente como tratamiento para la depresión y ansiedad en el proceso de salud- enfermedad (Fernández, García-Vera & Sanz, 2014; Hermenegildo, 2011; Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008).

La planeación de intervenciones que brinden herramientas psicológicas para enfrentar situaciones adversas que pueden o no tener que ver con la enfermedad, al tiempo que mejoren la autoestima de las pacientes con cáncer de mama, son una necesidad de primer orden y un paso hacia la prevención de conductas disfuncionales que propicien complicaciones, recaídas y/o enfermedades concomitantes. Partiendo de dicha premisa, la finalidad de este estudio fue ensamblar un programa de intervención grupal, aplicando los principios y prácticas de la terapia cognitiva. La intervención se llevó a cabo en la Unidad de Oncología del Hospital General de México, con el objetivo principal de fortalecer la autoestima y disminuir los pensamientos distorsionados de las mujeres que padecieron esta enfermedad y que actualmente se encuentran en fase de remisión.

Los detalles del método, objetivos, hipótesis, tipo y diseño de estudio, variables, tipo de muestreo, población y tamaño de la muestra, escenario, criterios de inclusión y exclusión, especificaciones del procedimiento e instrumentos a utilizar, se describen en la siguiente sección.

En el posterior apartado, se dan a conocer los resultados de la intervención aplicada. Primeramente, se muestran las características sociodemográficas de la muestra con que se trabajó y después los datos recabados a partir del análisis del pretest y postest.

Finalmente, se encuentra la discusión, se comentan los hallazgos obtenidos, las conclusiones del estudio, así como las limitaciones que se encontraron y las recomendaciones para investigaciones consecutivas.

## **I. Cáncer de Mama**

El cáncer es actualmente una de las principales prioridades en salud pública por su frecuencia y mortalidad, por la morbilidad de los tratamientos que se emplean y por los costes asociados al mismo (Aaronson, 1991 en Contreras, 2005).

El cuerpo está formado por millones de células vivas. En un cuerpo normal, las células crecen, se fragmentan en nuevas células y mueren de manera organizada. En un organismo joven, las células normales se dividen más rápidamente para facilitar el crecimiento. Cuando se ha llegado a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para ocupar el lugar de las células desgastadas, o bien, de las que están muriendo.

El cáncer se origina cuando las células de "X" parte del cuerpo comienzan a crecer de manera desorganizada. Así, se puede decir que el cáncer es una patología médica en donde existe un aumento y propagación descontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo (Organización Mundial de la Salud, 2013). Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de células anormales.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

Teniendo en cuenta la definición antes mencionada, se puede definir al cáncer de mama como una patología médica en donde existe una multiplicación acelerada, desordenada y no controlada de células que corresponden a distintos tejidos del órgano mamario. Esto provoca la formación de un tumor que invade los tejidos cercanos y se propaga a otros órganos del cuerpo.

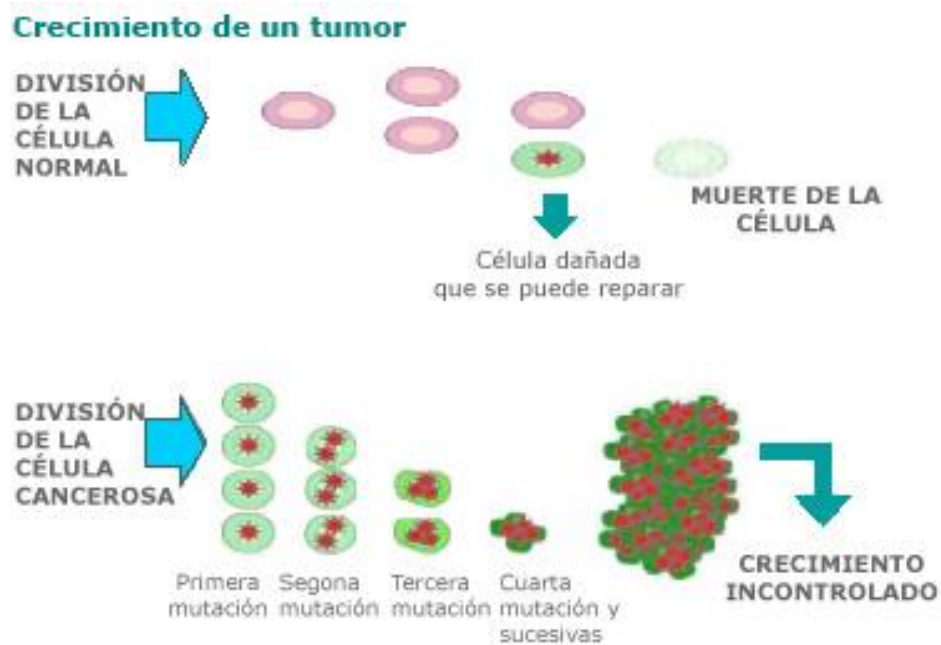


Esta afección implica un impacto significativo para las mujeres que lo padecen y sus familias, así como para los servicios de salud, tomando en consideración los efectos emocionales, sociales y económicos que conlleva su atención.

### 1.1. Historia natural del cáncer de mama

El crecimiento de las células sigue un curso cuidadosamente organizado que depende de las características propias de cada organismo. Este proceso predomina sobre la muerte celular durante la juventud.

Debido a factores exógenos y endógenos, a veces el funcionamiento de estos mecanismos de regulación no ocurre de la manera adecuada. Es así que una célula puede comenzar a desarrollarse sin control. Más tarde, al multiplicarse las células, éstas conservan la tendencia a crecer sin regulación, formando así un clon celular capaz de propagarse considerablemente. Finalmente, el conjunto de células no deseadas pueden formar una masa llamada tumor.



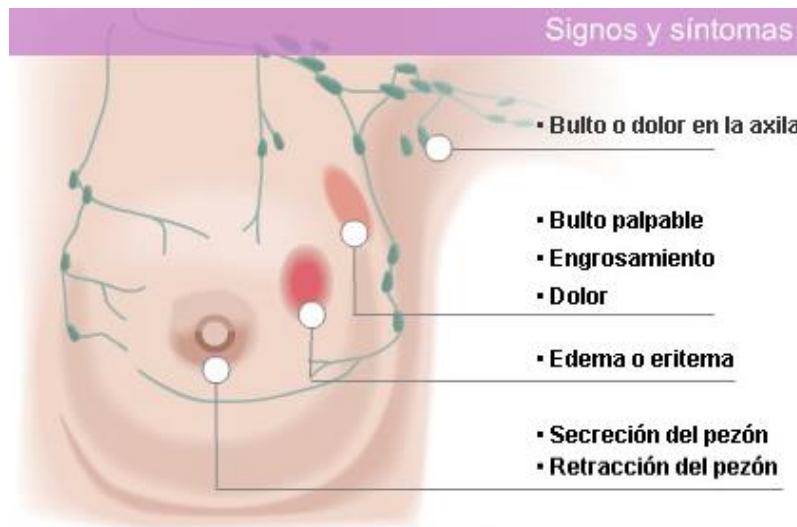
**Figura 1.** Crecimiento de un tumor maligno. Disponible en [https://www.infermeravirtual.com/esp/problemas\\_de\\_salud/enfermedades\\_transtornos/cancer](https://www.infermeravirtual.com/esp/problemas_de_salud/enfermedades_transtornos/cancer)

A menudo, la tumoración en las mamas es asintomática y puede ser percibida como un engrosamiento difuso. El tamaño puede variar. Sin embargo, se siente más dura que el resto del tejido de la mama.

Aproximadamente entre los 4 y 6 meses, el tumor suele aumentar su tamaño al doble y, dependiendo de la zona en que se encuentre, provocando muchas veces retracción de la piel o del pezón.

En los próximos 6 meses más o menos, aparecen adenomegalias axilares, duras y que aumentan gradualmente de dimensión; probablemente aparezca la llamada “piel de naranja”, con un leve enrojecimiento. También puede haber fijación de ese nódulo o tumor a la pared torácica. En algunos casos, puede presentarse hemorragia a través del pezón o haber crecido el tumor desmesuradamente distorsionando la mama, infiltrando la piel o invadiéndola por varios nódulos.

Posteriormente, se forman llagas en la piel y continúan apareciendo adenomegalias axilares que pueden acompañarse de ligeros edemas (moretones) en el miembro superior.



**Figura 2.** Signos y síntomas del cáncer de mama. Disponible en <http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.mx/2011/04/deteccion-precoz-la-mejor-arma-contra.html>

## 1.2. Epidemiología y mortalidad

El cáncer de mama implica en la actualidad una problemática importante de salud pública a nivel mundial. No existe un consenso en cuanto a los datos epidemiológicos sobre este padecimiento. La OMS concluye que, de momento, el cáncer de mama representa el 16% de todos los cánceres femeninos y la incidencia de dicha enfermedad está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales (OMS, 2013). La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), en su informe del 2008, señala que hasta ese año se diagnosticaron 1, 380, 300 nuevos casos, representando el 23 % de los cánceres en las mujeres. A pesar de la diferencia en números, ambos informes concuerdan que el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo (Beltrán, 2010).

Rodríguez y Capurso (2006) y Beltrán (2010), sostienen que la frecuencia del cáncer de mama es mayor en mujeres blancas ciudadanas de origen caucásico ubicadas en países de Europa, Norteamérica, Australia, Nueva Zelanda, Argentina y Uruguay que es donde se concentra la mayoría de mujeres con estas características. A diferencia de zonas como América Latina, Asia y África que tienen los índices más bajos. Esto probablemente se explica por el origen mayoritariamente mestizo de los habitantes de estas regiones.

Sin embargo, el cáncer de mama no se ha reducido al género femenino. Aunque es una enfermedad poco común, el cáncer de seno en hombres representa aproximadamente 1% de todos los casos de cáncer de mama en los Estados Unidos y cerca del 0.1% de la mortalidad por cáncer en el hombre, según Martínez, Arce y Lara (2006).

Con el objetivo de conocer las tendencias de esta enfermedad en el territorio americano, conviene citar el estudio de la IARC en el 2002 (en González, González, Nigenda y López, 2010). La IARC concluyó en su informe que la tasa más alta de cáncer de mama por 100 mil mujeres en América Latina y El Caribe ha ocurrido en

Sudamérica con 46 casos por 100 mil mujeres, seguida por El Caribe con 32.9 y Centroamérica con 25.9. En el sur, Argentina y Uruguay presentan las mayores tasas de incidencia con 75 y 83 casos, respectivamente. Mientras que se observaron cantidades parecidas en Estados Unidos y Canadá.

En países como Estados Unidos y Canadá ha disminuido la mortalidad por cáncer de mama. González , et al (2010) sugieren que dicha situación está asociada no sólo a la efectividad de los programas de detección temprana, sino también a la oportunidad y calidad del tratamiento basado en guías de práctica clínica, incorporación oportuna de nuevas tecnologías, educación continua del personal de salud y fomento a protocolos de investigación.

En contraste con lo anterior, en algunos países de Latinoamérica y El Caribe las estadísticas de mortalidad por cáncer de mama han ido en aumento, particularmente en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Venezuela y México, que hasta hace poco contaban con tasas relativamente bajas (González et al, 2010)

No obstante, de acuerdo a los reportes del IARC, México ocupa lugares bajos de incidencia y mortalidad al ocupar el octavo lugar en la escala baja de incidencia entre 30 países del continente americano y el noveno sitio en mortalidad de la escala baja entre 24 países latinoamericanos (Beltrán, 2010).

En México, se observan diferencias a nivel regional. Para Rodríguez y Capurso (2006) la frecuencia mayor de cáncer de mama es en las zonas del norte y del centro del país, donde el nivel socioeconómico y cultural de las mujeres es más elevado. En contraste con los estados donde predomina la población indígena, y el nivel socioeconómico es menor, como Chiapas y Oaxaca.

Las dificultades para obtener cifras actualizadas y certeras sobre incidencia y letalidad por cáncer de mama no solo son a nivel mundial, también se hacen presentes en México. Sin embargo, Arce, Bargalló, Villaseñor, Gamboa, Lara, Pérez y Villareal, miembros del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en conjunto con la Secretaría de Salud en el 2011 señalan que el cáncer de mama representa

11.34% de todos los casos de cáncer. Igualmente, existe un incremento global de aproximadamente 1.5% anual, sin embargo en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5%. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad. La mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en 10.9% relativo en los últimos años (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000). En adición, Valencia, Sánchez, Bautista, Torres y Bertozzi (2009), Sanfilippo y Moreno (2008) y González et al (2010) coinciden en que el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por patología maligna en mujeres, superando la mortalidad por cáncer cervicouterino.

Beltrán (2010) proporciona un dato importante si se tiene en cuenta que la cura del cáncer de mama depende mucho del momento en el que se detecte. De acuerdo con datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, en México más del 75% de los casos son diagnosticados en etapas localmente avanzadas de la enfermedad (II, III y IV). La OMS (2013) toma lo anterior como una explicación de la tasa baja de supervivencia que pueda existir a nivel mundial, a la vez que añade otros factores como la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

### **1.3. Etiología y factores de riesgo**

Se desconocen las causas para el desarrollo del carcinoma mamario, pero se han podido identificar varios factores de riesgo. Aun así, en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos (IARC, 2008; Lacey et al, 2009 en OMS, 2013).

Los antecedentes familiares de cáncer de mama aumentan doblemente el riesgo. Las mutaciones, principalmente en los genes BRCA1, BRCA2 y p53, son asociadas a una alta probabilidad de desarrollar este cáncer. Aunque, esas mutaciones son poco frecuentes y explican solo una mínima parte de la carga total de cáncer mamario.

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad

madura al momento del primer parto figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Algunos estudios (MacMahon, 1982; Marshall, 1993; Speroff, 1990, citados en Olaya, Pierre, Lazcano, Villamil, Posso, 1999) sugieren que las mujeres que tienen su primer hijo después de los 20 años de edad tienen entre 1,3 a 1,9 veces más posibilidad de padecer esta afección, en comparación con las mujeres que han dado a luz a su primer hijo antes de los 20 años de edad. Así mismo se ha concluido que las mujeres que no tienen hijos poseen un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Además, se presume que la lactancia materna funge un papel protector.

Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos (IARC, 2008, Lacey et al., 2009 en OMS, 2013).

Entre otros factores se ha reconocido el consumo de bebidas alcohólicas, la obesidad, y el sedentarismo.

La diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia (Peto, 2001 en OMS, 2013). La creciente adopción de modos de vida “occidentales” en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos países.

Finalmente otro agente de riesgo es una edad superior a los 40 años de edad. El mayor número de casos de cáncer de mama se presenta en mujeres de esta edad, con variaciones en diferentes países. El promedio de edad en mujeres de Corea del Sur es de 45 años, de 51 años en México y de 61 años en Estados Unidos (Beltrán, 2010).

## 1.4 Diagnóstico

Una de las principales complicaciones del origen multicausal del cáncer es la dificultad para entablar medidas de prevención que reduzcan significativamente la posibilidad de desarrollar un tumor mamario. Esto contribuye a que el diagnóstico del problema ocurra en fases muy avanzadas. En consecuencia, la detección oportuna, con el objetivo de mejorar el pronóstico y por consiguiente la conservación de la vida sigue siendo la pieza clave para el control del cáncer de mama.

Las estrategias de detección oportuna recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y la mastografía, que consiste en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. Este procedimiento es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo (OMS, 2013).

Beltrán (2010) asevera que cuando existen las sospechas que generalmente preceden al diagnóstico del cáncer de mama en la mayoría de los casos es el hallazgo de una protuberancia o deformación indolora, sin embargo, hay mujeres cuyo síntoma inicial es el dolor en el seno. Pocas veces los síntomas iniciales son el descubrimiento de tumores ganglionares en las axilas o regiones supraclaviculares y menos habituales son las manifestaciones generales producidas por las metástasis antes de haber detectado el tumor primario mamario.

En general, inicialmente los síntomas son muy heterogéneos. Dependiendo del tipo de carcinomas puede presentarse por ejemplo sangrado a través del pezón, sarpullido en la piel de la areola y del pezón, inflamación, enrojecimiento, aumento de la temperatura, entre otros.

El estudio clínico de una paciente con sospecha de Ca Ma debe iniciarse con una historia clínica completa que incluya en particular, datos de factores de riesgo ya señalados. La exploración física de las glándulas mamarias debe incluir la

inspección y palpación de las mismas, tanto en la posición sentada como acostada, incluyendo las regiones axilares y supraclaviculares (Beltrán, 2010).

#### **1.4.1. Autoexploración mamaria**

Es importante recordar que el cáncer de mama puede ser curable si es detectado a tiempo. Por ende, la autoexploración mamaria sigue siendo una herramienta útil para la prevención y detección temprana del cáncer mamario. Se trata de un método sencillo y realizarlo es de especial importancia, dado que a través de la palpación manual de los senos utilizando las yemas de los dedos, se llegan a detectar anomalías en la glándula mamaria. El objetivo es que al llevar a cabo esta exploración, la paciente pueda conocer sus senos al grado que le permita descubrir cualquier irregularidad y recibir la orientación médica pertinente lo antes posible.

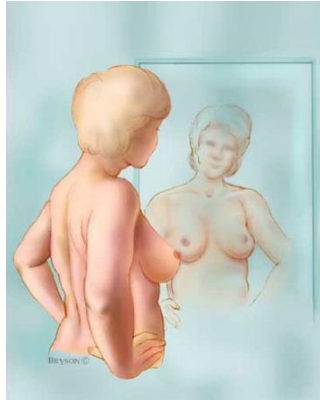
De acuerdo con el equipo Breastcancer (2012), la autoexploración de senos consiste en cinco pasos:

1. Situarse enfrente de un espejo con los hombros rectos y los brazos junto a la cadera mientras se observan cuidadosamente las mamas. Lo ideal es encontrar mamas de tamaño, forma y coloración normales, simétricas, que no presenten deformaciones ni inflamaciones visibles (véase Figura 3).

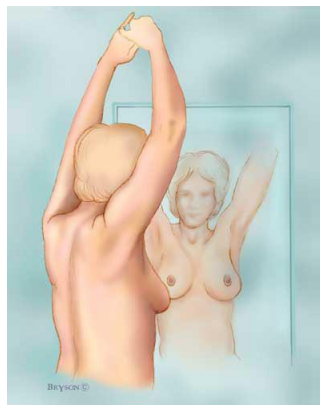
Es necesario acudir con un especialista en caso de notar alteraciones como formación de hoyuelos, arrugas o bultos en la piel, cambio de posición de un pezón o pezón invertido (es decir, orientado hacia adentro en lugar de sobresalir), enrojecimiento, dolor, sarpullido o inflamación.

2. Este paso estriba en levantar los brazos y observar si existen las mismas alteraciones (véase Figura 4).
3. Al estar frente al espejo, examinar si sale líquido de uno o ambos pezones (puede ser transparente, lechoso o amarillento, o sangre).





**Figura 3.** Primer paso para la autoexploración mamaria. Disponible en [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_aem](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem)



**Figura 4.** Segundo paso para la autoexploración mamaria. Disponible en [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_aem](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem)

4. Posteriormente, recostada, palpar las mamas con las manos invertidas, es decir, la mama izquierda con la mano derecha y viceversa. Procurar utilizar un tacto firme y pausado con las yemas de los dedos, manteniendo los dedos rectos y juntos. El movimiento debe ser circular, del tamaño de una moneda aproximadamente. Este movimiento comprende la mama completa de arriba a

abajo y de lado a lado: desde la clavícula hasta la parte superior del abdomen, y desde la axila hasta el escote.

Se puede iniciar con el pezón y avanzar en círculos cada vez mayores hasta llegar al borde exterior de la mama. También se pueden mover los dedos verticalmente, hacia arriba y hacia abajo, como si estuvieras cortando el césped, pero siempre asegurándose de palpar todo el tejido mamario, tanto en la parte delantera como en la parte trasera: para palpar la piel y el tejido superficiales, se ejerce una leve presión; para llegar al tejido ubicado en la parte media de las mamas, una presión moderada, y para el tejido profundo, una presión firme (Figura 5).

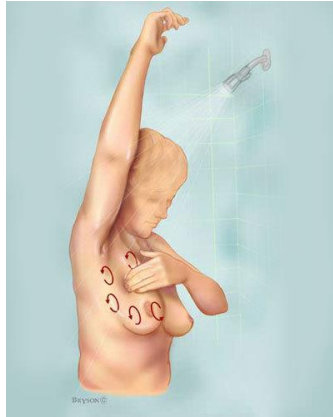


**Figura 5.** Cuarto paso para la autoexploración mamaria. Disponible en [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_aem](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem)

5. Como último paso, la palpación de las mamas se realizará estando de pie o sentada. Los mismos movimientos son los mismos que se describen en el paso anterior (véase Figura 6).

En México existen diversas publicaciones con respecto a enseñanza y prevalencia de la aplicación de autoexploración mamaria y se concluye que las mujeres son capaces de detectar lesiones de, al menos, 1 cm y, cuando son superficiales, de hasta 0.5 cm una vez que han recibido capacitación. El impacto mundial de la autoexploración mamaria muestra datos inconsistentes y no refleja disminución de la mortalidad, pero algunos reportes refieren un mejor pronóstico

para las pacientes, ya que se detectan lesiones en etapas clínicas I y II (Millar, 1993 en Brandan y Villaseñor, 2006).



**Figura 6.** Quinto paso para la autoexploración mamaria. Disponible en [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_aem](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem)

Lo ideal es que sea realizada por el médico cada 6 meses y por la misma mujer al menos cada mes, aproximadamente 3 días después de que termine la menstruación, que es generalmente el tiempo cuando hay menos molestias en la mama. Si la paciente está embarazada o ya está en la menopausia, y por tanto no tiene menstruación, debe escoger una fecha y efectuar el examen el mismo día cada mes.

#### **1.4.2. Mastografía**

La mastografía (también llamada mamografía) es un estudio de imagen cuya característica es que la glándula mamaria es obtenida con rayos X. La imagen se forma debido a la diferente atenuación sufrida por los rayos al atravesar los medios que constituyen la mama. El “mapa” bidimensional de radiación atenuada por la mama incide sobre el receptor de imagen (la placa radiográfica en un mastógrafo convencional o el detector electrónico en un equipo digital) y allí se forma una imagen latente que es hecha visible por un proceso químico (equipo analógico con

película) o electrónico (digital). La información tridimensional de la ubicación de la lesión se logra gracias a la obtención de dos proyecciones. Así, un estudio mastográfico de escrutinio para detectar lesiones subclínicas en mujeres asintomáticas, consiste de 2 pares de imágenes: una proyección cráneo-caudal y una medio-lateral-oblicua, para cada mama (Brandan y Villaseñor, 2006).

La mama es difícil de obtener en este tipo de estudios de imagen ya que los tejidos por los que está formada son muy parecidos entre sí y porque los hallazgos que se buscan como posibles indicios de un tumor son muy diminutos y/o semejantes al tejido normal. Una mamografía de escrutinio tiene por objetivo encontrar indicadores no palpables (inferiores a 0.5 cm cuando son nódulos), calcificaciones (nunca palpables por ser muy pequeñas), asimetrías en la densidad mamaria, y/o deformación en la configuración de la glándula mamaria.

Los nódulos son objetos que aparecen en ambas proyecciones con densidad media y alta, se confunden con el tejido glandular, y sus contornos son indicadores de malignidad. Las calcificaciones son acumulaciones cristalinas de calcio, de tamaños de cientos de micras, cuyo patrón de agrupación y morfología es indicador de malignidad. Sólo la mamografía puede detectar las calcificaciones. La imagen mamográfica sólo permite visualizar estos indicadores, y la severidad de la lesión evaluada por las características de la imagen llevará al radiólogo a solicitar la toma de una biopsia del tejido sospechoso. La malignidad del tumor sólo se determina a través del análisis patológico de la muestra citológica o histológica (Brandan y Villaseñor, 2006).

### **1.4.3 Biopsias**

Como se ha mencionado anteriormente, el seno constituye un gran reto para los estudios de imagen como la mastografía, debido a la similitud entre los tejidos. Es así que una manera más certera de confirmar si cualquier cambio en la mama se trata o no de cáncer es mediante una biopsia.

Una biopsia extrae algunas células del área mamaria para poder observarlas microscópicamente. Las células se pueden extraer con una aguja o mediante una cirugía para extraer parte o todo el tumor. El tipo de biopsia depende del tamaño y la localización de la masa o área sospechosa (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

Cada tipo de biopsia tiene ventajas y desventajas. La elección del tipo que se vaya a utilizar depende de su situación. Algunos factores a considerar son el volumen del tumor, lugar en el que se encuentra localizado, si hay presencia de otros tumores u otra enfermedad médica.

A continuación se describirán con mayor detalle.

#### *Biopsia por aspiración con aguja fina*

En este tipo de biopsia, el especialista utiliza una aguja muy fina colocada en una jeringa para aspirar una pequeña cantidad de tejido del área sospechosa. Más tarde este tejido será analizado microscópicamente y se determinará si es canceroso.

#### *Biopsia por punción con aguja gruesa*

La biopsia por punción con aguja gruesa es muy parecida a la anterior. Se usa una aguja hueca de mayor calibre para aspirar pequeños cilindros de tejido del área sospechosa. Se inserta la aguja de tres a seis veces para obtener las muestras. Esta técnica es, a menudo, más tardada que la biopsia por aspiración con aguja fina, pero la probabilidad de arrojar un resultado más certero es mayor, ya que comprende una mayor cantidad de tejido para ser examinado.

#### *Biopsia estereotáctica por punción con aguja gruesa.*

Una biopsia estereotáctica por punción con aguja gruesa utiliza equipo de rayos X y una computadora para analizar las imágenes (vistas radiográficas). Luego, la computadora identifica exactamente en qué lugar del área anormal se debe colocar la punta de la aguja. Esto a menudo se lleva a cabo para someter a biopsia a las

microcalcificaciones que causan sospecha (diminutos depósitos de calcio) cuando no se puede palpar ni observar masa alguna mediante ecografías (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

#### *Biopsia por punción asistida con vacío*

Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (2013), las biopsias asistidas con vacío se pueden hacer con sistemas tales como el Mammotome o el ATEC (Automated Tissue Excision and Collection). Para estos procedimientos, la piel es adormecida y se hace un corte pequeño de alrededor de medio centímetro. Se introduce una sonda hueca a través del corte y se guía hacia el área anormal del tejido del seno usando rayos X, ecografía o imágenes por resonancia magnética (MRI). Un cilindro de tejido es entonces succionado a través de un hueco por el costado de la sonda mientras que un pequeño instrumento cortador giratorio dentro de la sonda hace el corte del tejido del seno.

#### **1.4.3. Cirugía diagnóstica**

Casi siempre se intentará conocer la causa de cualquier anomalía en el seno, mediante una biopsia con aguja. No obstante, en algunos casos, será recomendada una cirugía diagnóstica. En este procedimiento quirúrgico se realiza un corte en el seno para extraer todo o parte de la protuberancia con el objetivo de que pueda ser analizada microscópicamente.

Existen dos tipos de cirugía: por incisión y por escisión. La cirugía por incisión extrae únicamente una parte del área sospechosa, suficiente para hacer un diagnóstico.

La cirugía por escisión sustrae la masa completa o el área anormal entera, y en algunos casos se puede también llegar a extraer una parte del tejido normal de la glándula mamaria.

#### 1.4.4. Clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis)

La presente clasificación fue desarrollada para describir la expansión o gravedad de un cáncer, no solo en lo que se refiere al tumor primario (véase Figura 7), además en lo referente a su propagación por todo el organismo. De esta forma es más simple para el médico establecer un pronóstico para cada paciente y efectuar una valoración oportuna de los resultados del tratamiento.

De acuerdo con el National Cancer Institute (2010), este sistema se basa en la valoración de tres componentes:

- T: la extensión del tumor primario.
- N: La ausencia o presencia, así como la extensión de las metástasis ganglionares en los ganglios de la zona.
- M: la ausencia o presencia de afectación neoplásica a distancia.

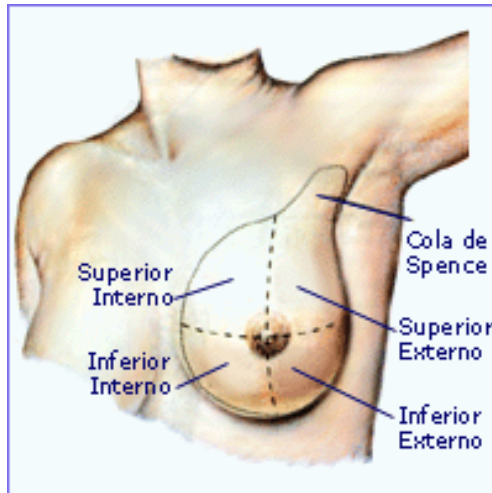
Además de esas letras, son utilizadas ciertas subseries numéricas que indican la extensión progresiva de la enfermedad, quedando la clasificación:

- T: Tumor primario
  - Tx: el tumor primario no puede valorarse
  - T0: no existen indicios del tumor primario
  - Tis: carcinoma *in situ*: carcinoma intraductal
  - Tis (CDIS): Carcinoma ductal *in situ*
  - Tis (CLIS): Carcinoma lobular *in situ*
  - Tis (paget) Enfermedad de Paget del pezón sin tumor. (La enfermedad de Paget asociada con tumor se clasifica de acuerdo al tamaño del tumor)

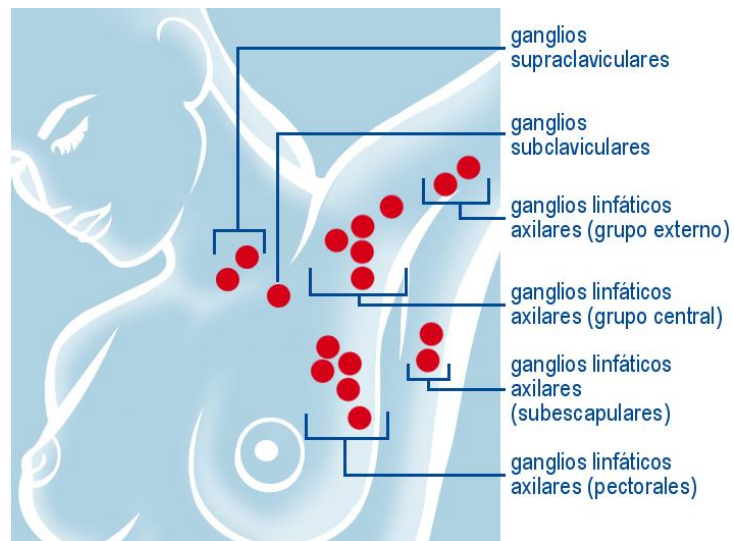
- T1: Tumor de 2 cm o menos en su diámetro mayor
- T1mic: Microinvasión de 0.1 cm o más en su diámetro mayor
  - T1a: Tumor >0.1 cm pero <0.5 cm en su diámetro mayor
  - T1b: Tumor >0.5 cm pero <1 cm en su diámetro mayor
  - T1c: Tumor >1 cm pero no <2 cm en su diámetro mayor
- T2: Tumor >2cm pero no <5 cm en su diámetro mayor
- T3: Tumor de más de 5 cm en su diámetro mayor
- T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a (a) pared torácica o (b) piel, solo como se describe a continuación
  - T4a: Extensión a la pared torácica, sin incluir el músculo pectoral
  - T4b: Edema (incluyendo piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama, o nódulos cutáneos satélites confinados a la misma mama.
  - T4c: Ambas T4a y T4b
  - T4d: Carcinoma inflamatorio
- N: Nódulos o ganglios linfáticos regionales (véase figura 8)
  - Nx: los ganglios linfáticos regionales no pueden valorarse (p.ej. previamente extirpados)
  - N0: no hay adenopatías metastásicas.
  - N1: Metástasis en ganglios axilares homolaterales móviles



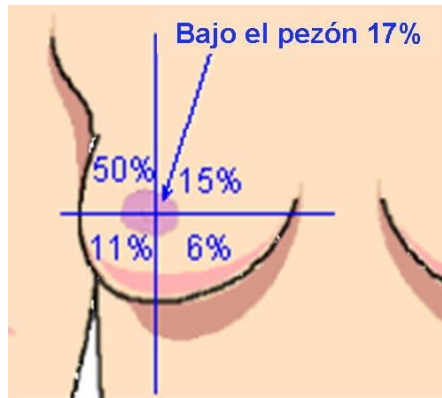
- N2: Metástasis en ganglios axilares homolaterales fijos entre sí o en los ganglios de la cadena mamaria interna homolateral clínicamente presentes ante la falta de evidencia clínica de metástasis ganglionares axilares.
  - N2a: Metástasis en ganglios axilares homolaterales fijados a otras estructuras
  - N2b Metástasis en ganglios de la cadena mamaria interna homolateral clínicamente presentes ante la ausencia de evidencia clínica de metástasis en ganglionares axilares.
- N3: Metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares homolaterales con o sin compromiso axilar, o en apariencia clínica en la cadena mamaria interna homolateral con evidencia clínica de metástasis ganglionares axilares o metástasis en ganglios supraclaviculares con o sin compromiso axilar en la cadena mamaria interna.
  - N3a: Metástasis en ganglios infraclaviculares homolaterales
  - N3b: Metástasis en ganglios mamaros internos o axilares homolaterales.
  - N3c: Metástasis en ganglios supraclaviculares.
- M: Metástasis a distancia
  - Mx: las metástasis a distancia no pueden valorarse.
  - M0: no existen metástasis a distancia.
  - M1: Metástasis a distancia. Este estadio puede especificarse con mayor detalle añadiendo la abreviatura de la localización de la metástasis: PUL (pulmón), OSS (ósea), HEP (hepático), BRA (cerebral).



**Figura 7.** Anatomía de la mama y zonas de cáncer habituales. Disponible en <http://www.needgoo.com/anatomia-de-la-mama/>



**Figura 8.** Ganglios linfáticos situados cerca de la mama. Disponible en [http://www.docvadis.es/fernando-molano/page/mi\\_guia\\_medica/tratamientos/tengo\\_cancer\\_de\\_mama\\_y\\_me\\_van\\_a\\_hacer\\_una\\_linfadenectomia\\_axilar.html](http://www.docvadis.es/fernando-molano/page/mi_guia_medica/tratamientos/tengo_cancer_de_mama_y_me_van_a_hacer_una_linfadenectomia_axilar.html)



**Figura 9.** Localización del cáncer dentro de los cuatro cuadrantes de la mama. Disponible en <http://es.slideshare.net/hojitafría/auto-examen-senos-presentation>

#### 1.4.5. Estadíaaje

Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (2013) una vez que se han determinado las categorías T, N y M, esta información se combina en un proceso llamado agrupamiento por etapas. Éstas son clasificadas en números romanos del I hasta el IV. Por consiguiente, la etapa I corresponde a la menos avanzada mientras que la IV sería la etapa más avanzada, cuando el cáncer se ha propagado fuera de la mama hacia otras partes del cuerpo.

Para lograr una mayor comprensión de este apartado, se describirá con mayor amplitud en que consiste cada estadio.

##### *Estadio 0*

Este es utilizado cuando se trata de los casos de cáncer de mama no invasivos. No existen indicadores de células cancerosas o células anómalas no cancerosas fuera de la glándula mamaria en la que se originaron y los tejidos normales circundantes no exhiben rasgos de haber sido invadidos.

### *Estadio I*

En el estadio I se habla de un cáncer de mama invasivo. En éste, las células cancerosas invaden el tejido mamario que las rodea. El tumor puede medir hasta dos centímetros y no hay ganglios linfáticos afectados. Es común que algunas diminutas células cancerígenas (que miden por mucho 1 milímetro) empiecen a propagarse al tejido que se encuentra en las paredes del conducto o el lobulillo.

### *Estadio II*

El estadio II a su vez se divide en las subcategorías IIA y IIB.

El estadio IIA describe el cáncer de mama invasivo en el que no se detecta la presencia de un tumor en la mama, pero las células cancerosas se encuentran en los ganglios linfáticos axilares. También se aplica para el tumor que mide dos centímetros o menos y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares. Así mismo, se utiliza cuando el tamaño del tumor oscila entre los dos y cinco centímetros, y no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.

El estadio IIB es usado para especificar el cáncer de mama invasivo en el que el tumor mide entre dos y cinco centímetros y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares. O bien, cuando el tumor mide más de cinco centímetros pero no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.

### *Estadio III*

El estadio III se divide en las subcategorías IIIA, IIIB y IIIC.

El estadio IIIA se usa para explicar el cáncer de mama invasivo en el que no se localiza ningún tumor, pero el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos axilares, que se encuentran aglutinados entre sí o adheridos a otras estructuras, o bien, cuando el cáncer pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón. También puede ser que un tumor de cualquier tamaño se

haya extendido hacia los ganglios linfáticos axilares, que se encuentran aglutinados entre sí o adheridos a otras estructuras.

El estadio IIIB describe el cáncer de mama invasivo en el que el tumor tiene un tamaño indefinido y se ha propagado hacia la pared torácica o la piel de la mama y probablemente se haya extendido hacia los ganglios linfáticos axilares, que se encuentran aglutinados entre sí o adheridos a otras estructuras, o el cáncer pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos próximos al esternón.

El cáncer de mama inflamatorio pertenece al estadio IIIB. Las propiedades características del cáncer de mama inflamatorio son enrojecimiento de una parte de la piel de la mama, la mama se siente caliente y puede que se encuentre inflamada, las células cancerígenas se propagan hacia los ganglios linfáticos y pueden ubicarse en la piel.

El estadio IIIC detalla el cáncer de mama invasivo en el que puede que no haya rastros de la enfermedad en la mama o, si hay un tumor, puede tener cualquier magnitud y haberse expandido hacia la pared torácica o a la piel de la mama. También puede ser que el cáncer se haya propagado hacia los ganglios linfáticos ubicados sobre o debajo de la clavícula, o hacia los ganglios linfáticos axilares, así como los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

#### *Estadio IV*

El estadio IV consiste en el cáncer de mama invasivo que se ha propagado fuera de la glándula mamaria y los ganglios linfáticos circundantes hacia otros órganos del cuerpo, como los pulmones, ganglios linfáticos distantes, la piel, los huesos, el hígado o el cerebro.

### **1.5. Tratamientos**

El tratamiento para el cáncer de mama es multimodal y depende del estadio clínico de la enfermedad, al momento de hacerse el diagnóstico.

### 1.5.1 Cirugía

Es un tipo de tratamiento local o locorregional, es decir, su objetivo es atacar un tumor en cierto lugar específico, sin afectar el resto del cuerpo. Es muy común que a las pacientes con cáncer de mama, se les realice este procedimiento para remover el tumor.

Las opciones quirúrgicas existentes son la cirugía conservadora del seno y la mastectomía.

#### 1.5.1.1. Cirugía conservadora del seno

A este tipo de cirugía algunas veces se le llama mastectomía parcial (segmentaria). Sólo se extirpa una parte del seno afectado, aunque la cantidad extirpada depende del tamaño y la localización del tumor y de otros factores. Si se va a administrar radioterapia después de la cirugía, puede que se coloquen pequeños clips de metal dentro del seno durante la cirugía para marcar el área de los tratamientos con radiación (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

En la tumorectomía se retira sólo la masa de la glándula mamaria y un margen circundante de tejido normal. Posterior a este procedimiento, casi siempre se utiliza radioterapia y quimioterapia adyuvante (Figura 10).



**Figura 10.** Realización de una tumorectomía

[https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/17030.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/17030.htm)

En una cuadrantectomía se extrae un cuarto del seno. Después de la cirugía usualmente se usa radioterapia y quimioterapia.

Ahora bien, es probable que al retirar el tejido, se encuentren células cancerígenas en cualquier de los bordes. A estos se les conoce con el nombre de “márgenes positivos”. En contraste, si no se encuentran células cancerosas en los bordes del tejido, se les llama “márgenes negativos”. La presencia de márgenes positivos sugiere la presencia de células cancerosas después de la cirugía y por consiguiente la necesidad de realizar otra cirugía más. En caso de que el especialista no pueda quitar la cantidad necesaria del tejido como para obtener márgenes negativos, es probable que se requiera una mastectomía.

Para la mayoría de las mujeres con cáncer de seno en etapa I o II, la cirugía de conservación del seno más radioterapia es tan eficaz como una mastectomía. De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2013), las tasas de supervivencia de las mujeres que reciben estos dos tratamientos son las mismas. Sin embargo, la cirugía de conservación del seno no es una opción para todas las mujeres que padecen cáncer de seno. Algunas veces se puede omitir la radioterapia de la terapia conservadora de seno. Este tema es algo controversial. Por lo tanto, las mujeres pueden considerar la cirugía de conservación del seno sin la radioterapia si tienen al menos 70 años de edad y todas las características siguientes:

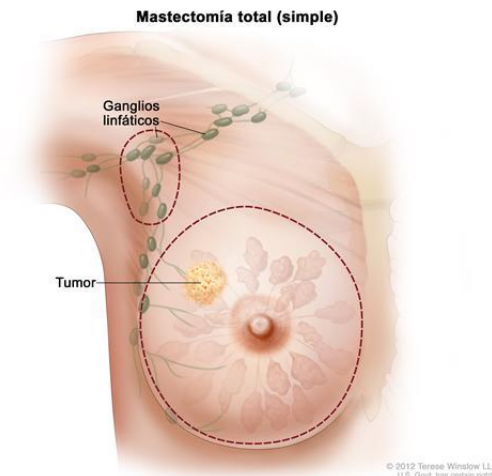
- Tienen un tumor que mide 2 cm o menos de ancho y que ha sido extirpado completamente (con márgenes libres).
- El tumor es receptor de hormona positivo, y las mujeres están recibiendo terapia hormonal (tal como tamoxifeno o un inhibidor de aromatasa).
- Ningún ganglio linfático contiene cáncer.

### 1.5.1.2. Mastectomía

La mastectomía es una cirugía en la que se extrae la mama completamente. Implica la extirpación de todo el tejido del seno, y algunas veces, también los tejidos más próximos.

#### *Mastectomía simple o total*

En este método, se retira el seno y el pezón. Sin embargo, no extirpa los ganglios linfáticos axilares ni el tejido muscular que se encuentra abajo del seno. En algunas ocasiones se retiran ambos senos a manera de prevención en las mujeres con un alto riesgo (Figura 11).



**Figura 11.** Realización de una mastectomía total o simple. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=46620>

#### *Mastectomía con conservación de piel*

En este procedimiento se deja indemne casi toda la piel de la mama, excepto el pezón y la areola. Se utiliza sólo cuando se realizará la reconstrucción inmediata del seno. Aunque no es recomendable para tumores de mayor tamaño o para los que se encuentran adyacentes con la superficie de la piel.



### *Mastectomía con conservación del pezón*

Este procedimiento es más frecuente en pacientes con una tumoración pequeña en etapa temprana yuxtapuesta a la parte externa del seno, sin indicadores de cáncer en la piel o cercana al pezón. En esta cirugía, se retira el tejido del seno, pero la piel y el pezón se dejan en su lugar. No obstante, pueden existir algunas complicaciones en este tipo de mastectomía derivadas, por ejemplo, de que el pezón no tiene un buen suministro de sangre, lo que muchas veces termina por deformarlo, así como respecto a la mínima o nula sensación en el pezón.

### *Mastectomía radical modificada*

Este procedimiento consiste en una mastectomía simple más la extirpación de los ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo). Véase Figura 12.



**Figura 12.** Realización de una mastectomía radical modificada. Disponible en <http://mastectomia2.weebly.com/mastectomia-radical.html>

### *Mastectomía radical de Halsted*

Se trata de una operación extensa, en donde el cirujano extrae todo el seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales (pared torácica) que se encuentran debajo del seno. En la actualidad este procedimiento se lleva a cabo en

pocas ocasiones, por ejemplo, para tumores grandes que están creciendo hacia los músculos pectorales debajo del seno.

### **1.5.2. Quimioterapia**

La quimioterapia (quimio) es un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se pueden administrar por vía intravenosa (inyectados en la vena) o por vía oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo. La quimioterapia se administra en ciclos, de manera que cada período de tratamiento va seguido de un período de recuperación. Por lo general, el tratamiento dura varios meses (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013)

El objetivo de la quimio adyuvante es destruir las células que no han sido detectadas que se han transportado del seno.

Posterior a la cirugía, se administra terapia a personas sin indicios de cáncer, a esto se le conoce con el nombre de terapia adyuvante. Así, cirugía y terapia actúan en conjunto, mientras la cirugía se utiliza para retirar todo el cáncer visible, la terapia adyuvante se emplea para exterminar cualquier célula cancerosa que se haya filtrado al ser casi invisible, reduciendo así el riesgo de que el cáncer regrese. Quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal administradas de esta forma, son ejemplos de terapia adyuvante.

La quimioterapia es recomendable en varios momentos durante el tratamiento. Antes de la cirugía la quimioterapia que se utiliza recibe el nombre de quimioterapia neoadyuvante. Frecuentemente, la terapia neoadyuvante emplea los mismos tratamientos que se utilizan como terapia adyuvante, con la diferencia de que éstos son administrados previos a la cirugía. La quimioterapia neoadyuvante ofrece dos grandes ventajas. En primer lugar, le brinda al especialista la oportunidad de observar el efecto de ciertos medicamentos en respuesta a ese cáncer. Entonces, si el tumor no responde positivamente al primer grupo de fármacos, el médico sabrá que es necesario recurrir a algunos otros.

La otra ventaja de este tipo de quimioterapia es la posibilidad de reducir el tamaño de los tumores. Así, éstos pueden ser retirados por medio de una cirugía más sencilla.

La quimioterapia también se administra como tratamiento principal cuando se está ante un cáncer en etapas avanzadas y la enfermedad se ha esparcido fuera de la mama y del área axilar.

La Sociedad Americana contra el Cáncer (2013) sostiene que los medicamentos de quimioterapia funcionan al atacar las células que se están dividiendo rápidamente, razón por la cual funcionan contra las células cancerosas. Sin embargo, otras células en el cuerpo, tales como aquellas en la médula ósea, el revestimiento de la boca y los intestinos, así como los folículos pilosos, también se dividen rápidamente. Estas células también son propensas a verse afectadas por la quimioterapia, lo cual ocasiona los efectos secundarios. Dichas consecuencias dependen del tipo de medicamentos, de la cantidad administrada y de la duración del tratamiento. Sin embargo los más comunes son pérdida del cabello, úlceras en la boca, pérdida o aumento de apetito, náuseas y vómitos, bajos recuentos sanguíneos, aumento de la probabilidad de infecciones, tendencia a presentar moretones o sangrados fácilmente (a causa de bajos niveles de plaquetas), cansancio (debido a bajos niveles de glóbulos rojos y otras razones). Por lo general, estos efectos secundarios duran poco tiempo y desaparecen después de finalizar el tratamiento.

Las variaciones en los periodos menstruales son un efecto secundario común de la quimioterapia, sobre todo en las más jóvenes. La menopausia prematura y la infertilidad también pueden ocurrir y ser irreversibles. De hecho, las mujeres de edad más avanzada tienen mayor probabilidad de volverse infértiles o de que la menopausia ocurra como resultado de este tratamiento. Así mismo, existe un mayor riesgo de pérdida ósea y osteoporosis.

No obstante, es indispensable que las mujeres que no hayan pasado por la menopausia, estén recibiendo esta terapia y tengan una vida sexual activa, reciban orientación médica acerca del uso de métodos anticonceptivos, pues, quedar

embarazada durante el tratamiento puede ocasionar que éste se interrumpa o causar serias complicaciones con el producto.

Muchos medicamentos que se usan para tratar el cáncer de seno pueden dañar nervios fuera del cerebro y la médula espinal. Esto en ocasiones puede derivar en síntomas (principalmente en los pies y las manos) como adormecimiento, dolor, ardor, hormigueo, sensibilidad al frío o al calor, y debilidad. En la mayoría de los casos, estos síntomas desaparecen una vez finalice el tratamiento, pero en algunas mujeres pueden durar mucho tiempo (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

Otra seria consecuencia es el daño cardíaco permanente que algunos medicamentos provocan. La probabilidad de presentar una cardiomiopatía es mayor si el medicamento se usa por un periodo de tiempo prolongado o en altas dosis.

Otro posible efecto secundario es una ligera pérdida en el funcionamiento mental. De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2013) algunas mujeres han reportado que presentan algunos problemas de concentración y de memoria que duran por mucho tiempo. A pesar de esto, la mayoría de las mujeres se desempeñan bien después del tratamiento.

### **1.5.3. Radioterapia**

La radioterapia es un tratamiento con rayos o partículas de alta energía que destruyen las células cancerosas. La radiación al seno a menudo se administra después de la cirugía de conservación del seno para ayudar a reducir la probabilidad de que el cáncer regrese en el seno o en los ganglios linfáticos adyacentes. También se recomienda después de la mastectomía en pacientes donde el cáncer mide más de 5 cm o cuando los ganglios linfáticos son positivos al cáncer (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

La radiación también se ocupa como tratamiento para el cáncer que se ha diseminado a otras áreas, por ejemplo los huesos o el cerebro.

En este método, la radiación se concentra, desde una máquina al área dañada por el cáncer. La extensión de la radiación depende de si se ha hecho una mastectomía o una cirugía de conservación del seno, y si los ganglios están o no afectados. Si se hizo una mastectomía y los ganglios linfáticos no tenían cáncer, se dirige radiación a la pared torácica y a los lugares donde cualquier drenaje sale del cuerpo. Si se hizo una cirugía de conservación del seno, con más frecuencia se administra radiación a todo el seno y un refuerzo adicional de radiación se administra al área del seno donde el cáncer se extirpó para prevenir que regrese en esa área. El refuerzo a menudo se administra después de que los tratamientos a todo el seno finalicen. Se usa la misma máquina, pero los rayos se dirigen hacia el lugar donde se extrajo el cáncer. La mayoría de las mujeres no nota efectos secundarios diferentes del refuerzo de radiación que con la radiación a todo el seno (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013).

Cuando se administra posterior a la cirugía, casi siempre se hace después de un periodo de tiempo aproximado entre un mes o más, esto es para que el tejido se restablezca. Si además se va a emplear quimioterapia, la radioterapia tendrá que esperar hasta que se complete el ciclo de quimioterapia.

Cuando se inicia el tratamiento, el equipo de radiación obtendrá, a base de mediciones, los ángulos en los que se concentrará la radiación, así como la dosis pertinente. Así, los especialistas realizarán unas marcas con tinta en la piel de la paciente, que servirán para guiar las radiaciones sobre el área afectada.

Es probable que después de este procedimiento, las pacientes reporten inflamación y pesadez del seno, cambios en la piel del área tratada que son similares a las quemaduras solares, y cansancio.

De igual forma, es probable que las mujeres que han recibido radiación en la mama tengan dificultades con la lactancia en el futuro. Y no solo eso, la radiación al seno puede algunas veces afectar algunos nervios del brazo y pueden sentir entumecimiento, dolor y/o debilidad en el hombro, el brazo y la mano.

#### **1.5.4. Hormonoterapia**

Las hormonas son sustancias que actúan como mensajeros químicos en el cuerpo. Afectan las acciones de las células y de los tejidos en varios lugares del cuerpo y normalmente llegan a sus objetivos por medio del torrente sanguíneo.

La terapia hormonal es una forma de terapia sistémica, junto con la quimioterapia. Es empleada con mayor frecuencia como terapia adyuvante para ayudar a reducir el riesgo de que el cáncer regrese después de la cirugía, aunque también puede ser usada como tratamiento neoadyuvante. También se usa para tratar el cáncer que se ha propagado o ha regresado después del tratamiento.

La Sociedad Americana contra el Cáncer (2013) sostiene que los ovarios de una mujer son la fuente principal de la hormona estrógeno hasta la llegada de la menopausia. Después de la menopausia, se siguen produciendo pequeñas cantidades de esta hormona en el tejido adiposo del cuerpo, donde una hormona producida por la glándula suprarrenal es convertida en estrógeno. El estrógeno promueve el crecimiento de los cánceres que son receptor hormonal positivo. Alrededor de dos de cada tres cánceres de seno son receptores hormonales positivos (contienen receptores para las hormonas estrógeno [cánceres ER-positivo] y/o progesterona [cánceres PR-positivo]). La mayoría de los tipos de terapia hormonal para el cáncer de seno evita que el estrógeno actúe en las células cancerosas del seno o disminuye los niveles de estrógeno. Esta clase de tratamiento es útil para cánceres de seno con receptores hormonales positivos, pero no ayuda a las pacientes cuyos tumores son receptores hormonales negativos (ambos ER y PR negativo).

Dicho de otra manera, este tratamiento retrasa o paraliza el crecimiento de tumores sensibles a las hormonas ya que inhibe la capacidad del cuerpo para segregar hormonas o interfiere en la actividad hormonal. Los tumores que no son sensibles a las hormonas no reaccionan a la terapia hormonal.

### **1.5.5. Inmunoterapia**

Debido a la necesidad de encontrar nuevas terapéuticas para el tratamiento del cáncer, los ensayos clínicos con nuevas sustancias, como anticuerpos y vacunas han tenido un incremento.

En pacientes con cáncer de mama, la inmunoterapia constituye otra modalidad terapéutica. Ésta tiene como hipótesis la existencia de antígenos asociados a las células cancerosas. Numerosos estudios han demostrado que el sistema inmunológico es capaz de reconocer muchos antígenos del tumor y desencadenar una respuesta antitumoral frente a tumores en desarrollo. No obstante las células tumorales, pobremente inmunogénicas, escapan de la inmunovigilancia haciendo al hospedador incapaz de producir una respuesta inmune adecuada, dirigida hacia la metástasis del tumor. (Martín y Bermejo, 2011). Entonces, siguiendo esta premisa, se trata de lograr que el sistema inmune pueda reconocer los agentes cancerígenos y responder contra ellos.

Torres, Jiménez y Castillo (2007) afirman que a partir de células tumorales completas o con antígenos asociados a modalidades de otros tumores, es posible generar fármacos especializados tipo vacunas con el objetivo de crear una respuesta inmune contra las células malignas con mayor grado de efectividad.

Se administra como tratamiento adyuvante luego de la eliminación de las masas tumorales junto con los métodos terapéuticos anteriormente descritos.

### **1.6. Rehabilitación Médica**

Para muchas mujeres con cáncer de mama, el tratamiento puede que remueva o destruya el cáncer y esto es un motivo de tensión y entusiasmo a la vez. Pues siempre existe el riesgo de que el cáncer regrese. A este fenómeno se le llama recaída o recurrencia. Y los temores al respecto son muy comunes entre las pacientes.

En algunos otros casos, es probable que el cáncer nunca desaparezca por completo. Por lo que estas pacientes constantemente recibirán tratamientos con quimioterapia, radioterapia, u otros más para intentar mantener controlado el cáncer.

Después de que finalice el tratamiento, viene una etapa de “vigilancia”. Esto significa que las pacientes estarán bajo un periodo de observación rigurosa por parte de los médicos. Es una etapa de seguimiento en la que los especialistas estarán pendientes de hacer exámenes, análisis de laboratorio, radiografías y estudios por imágenes para determinar si hay signos de cáncer o para tratar efectos secundarios.

Si está tomando tamoxifeno o toremifeno, se debe someter anualmente a exámenes pélvicos ya que estos medicamentos pueden aumentar el riesgo de cáncer de útero. Este riesgo es el mayor en mujeres que ya han pasado por la menopausia. Por consiguiente, es necesario que las pacientes tengan una comunicación constante con el médico y ante cualquier sangrado anormal, acudan inmediatamente a recibir orientación, pues aunque pudiera no ser algo de extremo cuidado, también puede ser un primer síntoma de cáncer uterino. Si la paciente está recibiendo un inhibidor de aromataasa o no ha pasado por la menopausia y toma tamoxifeno o toremifeno, es probable que el médico crea pertinente vigilar la salud de los huesos y es posible que considere realizar pruebas de densidad ósea.

Si existe una recaída, el tratamiento dependerá de la localización del cáncer y de los tratamientos recibidos anteriormente.



## **2. Aspectos psicológicos del Cáncer de Mama**

En el capítulo anterior se han abordado los aspectos médicos del Cáncer de Mama. Esto ha sido así con la finalidad de proporcionar al lector una perspectiva más amplia respecto a esta enfermedad. A partir de la aproximación a las particularidades médicas, por ejemplo, cambios físicos y hormonales, así como los que son producto de algunos tratamientos quirúrgicos, se pueden distinguir los efectos psicológicos del CaMa en la paciente y en los individuos cercanos a ella.

En general, la percepción que se tiene respecto al cáncer en la actualidad, sea cual sea el tipo, incluyen ideas relacionadas con la muerte, el dolor físico, sufrimiento y miedo al tratamiento. En referencia al CaMa específicamente, éste se asocia con amputación, estrés por cuestiones estéticas y miedo al abandono y/o al rechazo. Dichas creencias tendrán un impacto en la vida de la paciente y de las personas cercanas, afectando las diferentes esferas de sus vidas: familiar, conyugal, social y laboral. Esto influirá significativamente en el modo de afrontar la enfermedad y por consiguiente en la recuperación y calidad de vida de la paciente.

### **2.1 Fase de diagnóstico de Cáncer de Mama.**

El diagnóstico de Cáncer de Mama muchas veces implica el primer momento de enfrentamiento con la enfermedad. Otras veces, la primera aproximación ocurre desde el momento de descubrir una masa palpable en el seno. Independientemente de si el diagnóstico constituye o no el primer trance, éste suele ser una situación crucial en la vida de la paciente.

Wiesner (2007) ubica el comienzo de este proceso con la aparición del primer síntoma hasta que busca apoyo médico. Comenta que en varias ocasiones, cuando las mujeres reconocen la presencia de una masa palpable indolora, no le otorgan la importancia necesaria y hasta llegan a percibirlo como algo de nulo o bajo riesgo y de carácter transitorio. Lo que en algunos casos va a deparar en un diagnóstico tardío de la enfermedad.

Para Wiesner, la percepción del síntoma como algo preocupante ocurrió en la mayoría de casos cuando se presentó el “endurecimiento” de la mama; fue entonces cuando buscaron ayuda médica. En algunos de los controles, la madre, el esposo o una amiga fueron detonadores para la toma de la decisión de asistir a consulta médica.

Diversos autores (Centeno & Núñez, 1998; Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005; Rodríguez, 2006; Sánchez, 2007; Rodríguez, 2008) coinciden en que la relación existente entre el médico y la paciente suele tener implicaciones de especial relevancia en el momento del diagnóstico. Es primordial que el personal de la salud maneje un vocabulario amplio, con el cual pueda orientar a las mujeres que pasan por esta situación con un lenguaje claro y comprensible. La confianza establecida favorecerá la comunicación entre las dos partes, evitando dificultades debido a interpretaciones equivocadas. Sin embargo, existen otros aspectos que también es pertinente cuidar, como las características personales de la paciente y su historia de vida. Asimismo, es recomendable ser sensible a las necesidades de información que la persona requiera satisfacer, o sea, la cantidad de especificaciones acerca de su padecimiento. De igual forma conviene saber si la persona cuenta o no con redes sociales que sirvan de apoyo durante este proceso. Es responsabilidad del profesional de la salud que incluya estas consideraciones al momento del diagnóstico, pues brindarán a dicho acto un sentimiento ético y humanitario que es necesario para que la paciente enfrente esta condición de una manera adaptativa y logre adherencia al tratamiento, especialmente cuando el pronóstico es aparentemente poco favorable de acuerdo con los criterios médicos.

García & González (2007), señalan que los sufrimientos psicológicos dependerán de la edad, el entorno familiar, laboral y social, y de características de personalidad, así como de la estrategia de afrontamiento al estrés de la enfermedad que la paciente desarrolle.

Lazarus (1999) señala que existen tres tipos de estrés psicológico. Cada uno de ellos se maneja de forma diferente y tiene resultados psicofisiológicos y de ejecución distintos. El primero de ellos hace referencia al daño, perjuicio o pérdida que ya se

ha producido. El segundo tipo ocurre cuando existe la amenaza de daño o pérdida y que si bien no se ha producido hasta ese momento, es posible que ocurra en un futuro relativamente cercano. Mientras que el tercer tipo de estrés psicológico es cuando ya existe el desafío. Hace énfasis en la importancia de que, al enfrentarse a esto, las personas posean la sensibilidad de que aunque las dificultades se interpongan en el camino del logro, éstas pueden ser superadas con entusiasmo, persistencia y confianza en sí mismo. Según Spencer, Carver & Price (1998 en Barroilhet et al, 2005), más que un acontecimiento estresante aislado, el tener cáncer implica padecer series de acontecimientos estresantes interconectados.

El proceso de estrés comienza cuando la persona se da cuenta de que padecer cáncer es un hecho altamente probable o bien es ya una certeza. En ese instante el individuo toma conciencia de un cambio, o una amenaza de cambio, en el estado de sus metas y preocupaciones tal como las concebía hasta ese momento (Barroilhet et al, 2005). Tal como menciona Martín (2003) una vez que se diagnostica la enfermedad se produce una diferencia subjetiva entre esta y la forma que la percibe el que la padece y el significado que le confiere. El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. Así, esta puede percibirse como un fenómeno altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o un beneficio o alivio a responsabilidades, situaciones personales entre otros. En función de esto el paciente adopta su rol de enfermo. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de este, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986, en Soriano, 2002) las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Partiendo de esa definición y atendiendo el término “cambiante” se entiende que el afrontamiento no es un rasgo permanente en el ser humano y que cada persona

tiene un repertorio diferente de técnicas de afrontamiento. Es decir, utiliza la que le resulte más adaptativa en cada situación especial y estas varían o se repiten dependiendo de las circunstancias.

Hernández (2006 en García y González, 2007) destaca la importancia de la evaluación que la mujer hace acerca de su enfermedad y sobre el funcionamiento psicológico. Una evaluación inicial de la enfermedad como un riesgo y una autoevaluación posterior de autoconfianza en la efectividad para afrontar el desafío que la enfermedad impone suele garantizar un buen nivel de bienestar en estas pacientes.

Siegel (1986) apoya esta dinámica, y hace énfasis en los beneficios de que la paciente y la familia sientan que “tienen las riendas” de la enfermedad, pues es la paciente la que tiene el cáncer, y no el cáncer el que la tiene a ella. En otras palabras, es crucial a quién se adjudique el poder, a la mujer que lo padece o a la enfermedad.

Ante el diagnóstico de cáncer de mama, frecuentemente la persona entra en un estado de “shock”. En ocasiones la paciente rechaza el diagnóstico o piensa que ha habido un error y los médicos o las pruebas clínicas están equivocados o bien, se refieren a otra persona. Esto inclusive moviliza a algunas mujeres en búsqueda de una segunda opinión.

Más tarde, esta fase desaparece y da paso a otra de indignación, enojo y frustración. La paciente siente que las expectativas suyas que hasta ese momento había considerado factibles, ya no lo son. Igualmente aparece una sensación de incertidumbre, que se encuentra asociada casi a cualquier enfermedad crónica. El desconocimiento de si el tratamiento del cáncer durará solo un periodo de tiempo o si permanece y/o empeora. Tal y como afirma López-Roig (1995, en Olivares, 2004), la anticipación de lo que va a suceder puede ser tan estresante como su ocurrencia real y a menudo lo es más.

Según The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation (2005), numerosos estudios demuestran que cuando a la paciente se le encuentra un tumor maligno, se guardan más sus emociones, sobre todo la ira, mientras que cuando se les diagnostica un tumor benigno son más propensas a expresar todo lo que sienten sobre su estado (Torres, 2007).

Existen diferencias en el estilo de enfrentar el diagnóstico de acuerdo a la edad de las enfermas. Por ejemplo, las mujeres más jóvenes mostrarán tendencia a sentir ira, resentimiento e incredulidad. En contraste con las mujeres de edad más avanzada, en quienes se observa una mayor aceptación de la enfermedad. Además, estos grupos de pacientes presentan otra disimilitud importante: la maternidad. En caso de ser una mujer con descendencia, es probable que la paciente se sienta preocupada por la transmisión hereditaria a los hijos. Además surgen otros temores asociados con el futuro y cuidado de ellos, sobre todo si son menores de edad. Si por el contrario, la persona no ha experimentado la maternidad, la posible pérdida de la capacidad reproductiva suele ser un factor estresante, y por consiguiente, motivo de negación, depresión, síntomas de ansiedad, culpa, pérdida de control, disminución de la autoestima, sentimientos de inadecuación personal, problemas de pareja y problemas en el funcionamiento sexual (Blanco, 2011; American Cancer Society, 2016).

No obstante, estos dos grupos de mujeres generalmente sí comparten semejanzas relacionadas con la angustia por sus seres queridos ante la posibilidad de perder la vida.

Dependiendo de la situación económica de la paciente, se puede añadir otro motivo de agobio, la disyuntiva en relación con el trabajo y los gastos que genere el manejo de la enfermedad: pruebas clínicas, tratamientos, dietas especiales, entre otros. También los cambios en la interacción social, es decir, la inhabilidad para desempeñar los roles que asumía antes del diagnóstico, debido a que tal vez la paciente se vea obligada a abandonar o posponer sus actividades cotidianas para adaptarse a un estilo de vida completamente diferente y que le permita preservar su salud, en la medida de lo posible.

Dado el carácter de los tratamientos para el cáncer de mama, la paciente enfrenta miedo a los efectos secundarios derivados de someterse a las terapias: molestias, náuseas, fatiga y reducción de la capacidad física. Ansiedad anticipatoria por las biopsias y en general a las intervenciones quirúrgicas, aunado a la angustia asociada a los cambios en la imagen corporal, como la caída del cabello o la pérdida del seno y con ello disminución de la sensación de feminidad, decremento del atractivo y de la función sexual.

Las inquietudes de índole sexual después del diagnóstico de cáncer de mama son frecuentes, pues al igual que cualquier otra esfera de la vida de la paciente, la experiencia sexual exigirá cambios. Los temores de no satisfacer sexualmente a la pareja, así como de no encontrar placer son habituales entre las mujeres con CaMa que llevan una vida sexualmente activa. Estas preocupaciones obedecen a diferentes razones: En primer lugar por la idea aventurada que tiene la sociedad de que existe una relación intrínseca entre casi todos los tipos de cáncer ginecológico con la insatisfacción conyugal. Y no solo eso, es importante recordar que el cáncer de mama ataca en su mayoría a mujeres de edad madura. Esta etapa coincide justamente con el climaterio, factor que también genera diversos cambios fisiológicos y hormonales en la mujer, entre ellos la disminución del apetito sexual. Incluso si se trata de una mujer que aún no atraviesa los cambios típicos de la menopausia, el momento en el que es detectada dicha enfermedad resulta emocionalmente difícil y favorece la probabilidad de que la capacidad para tener relaciones sexuales se vea limitada.

Cobra importancia nuevamente la concepción cultural que se tiene del cáncer como una enfermedad donde existe mucho dolor y sufrimiento; hace aparición el miedo a la muerte, al abandono y a la soledad, así como temores asociados con el deterioro físico y en general con la calidad de vida que la enferma pueda llevar, incluso puede percibirse a sí misma como una persona desvalida y posteriormente desarrollar síntomas depresivos.

De acuerdo con Ford (2002, en García y González, 2007) la depresión es una reacción emocional frecuente en los enfermos crónicos recién diagnosticados y se

encuentra estrechamente relacionada con las redes de apoyo social que posee la paciente y el estadio en el que la enfermedad es diagnosticada. Es importante recordar que el diagnóstico temprano del cáncer de mama está intrínsecamente relacionado con la completa recuperación. De esta manera, la paciente cuya enfermedad se encuentra en una etapa más avanzada puede interpretar dicha detección como desahucio, y por ende guarde sentimientos de desesperanza, desconsuelo, indefensión y pocas o nulas expectativas de supervivencia.

El ser humano tiene un sentimiento de invulnerabilidad, sabe que existen enfermedades graves, pero piensa de manera optimista que eso solo sucede a otras personas. El enfrentarse a un diagnóstico de cáncer rompe esa ilusión de invulnerabilidad para dar paso a un sentimiento de victimización por el que el mundo ya no se percibe como benevolente, ni el sujeto se ve a sí mismo como especial, afectando todo ello a su autoeficacia y ocasionando trastornos de ansiedad y depresión (Barez, 2002).

## **2.2 Fase del tratamiento de Cáncer de Mama**

Como se ha mencionado anteriormente, la paciente con cáncer de mama deberá enfrentarse a un sinfín de estresores desde un principio. Algunos se desvanecerán con el paso del tiempo, mientras que otros más se extenderán a lo largo de la vida de la paciente. Sin embargo, se continúa haciendo énfasis en que la disminución de los sentimientos negativos depende en gran parte de las estrategias y recursos que movilice la paciente en virtud de afrontar la enfermedad.

Los reportes acerca del tema sostienen que posterior a la etapa de aceptación de la enfermedad, la mayoría de las veces sigue un periodo en el que las pacientes logran controlar de una manera satisfactoria sus reacciones emocionales, inclusive algunas mujeres reportan cambios positivos después de este proceso (Taylor, 1983 en Ferrero, Toledo y Barreto, 1995). No obstante, existe otro grupo de mujeres a las que el proceso de adaptación a la enfermedad les ha resultado especialmente difícil y se observan lábiles emocionalmente y temerosas.

Las complicaciones psicológicas que se generan son producto de diferentes factores, por ejemplo un pronóstico desfavorable, recaídas, deterioro del estado funcional, tratamientos adicionales a los rutinarios y la presencia de sintomatología (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995). De igual forma la percepción que la paciente tiene de sus propios recursos o su falta de control sobre la enfermedad ejercen una fuerte influencia. De acuerdo con Barez, Blasco y Fernández (2003) se produce “sensación de control” cuando el individuo juzga que, ante una determinada situación, existe un agente que, a través de unos medios, puede conseguir “X” resultados. Siguiendo tal premisa es viable aplicarla en cualquier acontecimiento. Atendiendo el caso específico del cáncer de mama, una “sensación de control” puede ocurrir cuando la paciente juzga que el oncólogo (agente), a través de los tratamientos (medios), puede lograr suprimir la enfermedad (resultados). En la cuestión psicológica, la paciente puede tener “sensación de control” cuando juzgue que ella (agente) a través de la intervención que el psicólogo lleve a cabo (medios) puede sentirse mejor y mejorar su autoeficacia (resultados).

La relación entre juicio de control positivo y efectos beneficiosos en la salud de los individuos es algo que se ha constatado repetidamente en las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la Psicología de la Salud, ya que se ha observado que aquellas personas que creen que hay algo que puede hacerse sobre la enfermedad o sobre el estrés que ocasiona, muestran un mejor perfil emocional y una mejor calidad de vida, observándose lo contrario cuando el juicio de control es pobre (Folkman y Greer, 2000; Shapiro et al. 1996; Taylor y Armor, 1996 en Báez et al, 2003). Por el contrario, si la mujer tiene una imagen de desamparo y un menor espíritu de lucha tiende a desarrollar sentimientos de depresión, ansiedad y una autoestima disfuncional, comprometiendo la adherencia al tratamiento y con ello, el logro del bienestar y la vida de la enferma.

Aún después de que las pacientes han alcanzado una adecuación a la enfermedad, es posible que sigan enfrentándose a diversas problemáticas relacionadas con aspectos económicos, conyugales, sexuales y se encuentren con incertidumbre por la modificación de los planes de vida así como que experimenten miedo a la muerte.



### **2.2.1 Efectos psicológicos en la fase quirúrgica**

La noticia de una intervención quirúrgica supone para la mayoría de las personas un acontecimiento estresante, provocando un impacto en su vida habitual (López Roig, Pastor y Rodríguez, 1992 en Olivares, 2004). Antes de la operación, la paciente llega a sentir diversos temores debido a que una cirugía siempre supone un riesgo importante para la vida y la salud. Suele considerarse por sí mismo un estresor importante que provoca respuestas de ansiedad anticipatoria y miedo (Gottesman y Lewis, 1982 en Olivares, 2004). Aunque nuevamente se hace hincapié en la influencia que tiene el juicio de control de la paciente sobre la tensión que pueda generar el procedimiento, pues como menciona Lazarus, (1999) la ansiedad, que es una emoción propia del estrés, es más propensa a aparecer y a ser más intensa cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad (autoeficacia).

Es muy importante para el trabajador de la salud tener conocimiento de los efectos de la cirugía en la mujer, pues algunas decisiones subsecuentes serán producto del manejo que tenga de la enfermedad. Por tanto, se debe tomar en cuenta el miedo de la enferma de que acontezcan consecuencias fatales por la patología médica que sufre, por la anestesia, por una recaída, por los probables errores médicos. Incertidumbre de no saber si la operación erradicará completamente la enfermedad, impacto de la pérdida del seno en la imagen corporal y autoestima, escasa sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, miedo a limitaciones físicas o psicológicas, miedo al rechazo y al abandono, así como sentimiento de culpa.

En síntesis, la fase prequirúrgica representa una variación compleja de múltiples estresores. La relevancia de la atención médica y psicológica en virtud de disminuir la ansiedad previa a la operación, se verá reflejada en la rehabilitación física (menos intensidad de dolor, molestias y complicaciones, estancias relativamente cortas en el hospital, menor ingesta de medicamentos, entre otros) y, por consiguiente en la rehabilitación emocional (bajos niveles de ansiedad y depresión post-quirúrgica).

Janis (1958, en Olivares, 2004) plantea que la ansiedad se incrementa inmediatamente ante diversos tipos de cirugía y declina rápidamente después de la misma, la depresión tiene una tendencia similar a la respuesta de ansiedad. De esta forma, el trauma por someterse a una mastectomía radical de Halsted no es el mismo que el de una cirugía conservadora. Al respecto los estudios arrojan diferencias entre una y otra, principalmente en aspectos correspondientes a la imagen corporal y la satisfacción sexual, en los que se ilustran las ventajas de la cirugía conservadora. En general, se habla de la concomitancia existente entre mejores resultados estéticos y bienestar psicológico.

La semejanza que guardan las pacientes que se han sometido por igual a una cirugía u otra, tienen que ver con la inquietud de que el cáncer sea recurrente.

La mastectomía significa una pérdida y por consiguiente implica un duelo que, para la mujer que ha experimentado este proceso, no se reduce solamente a la pérdida de un seno, si no que se extiende a todas las otras pérdidas que la amputación implica: detrimento de confort por presencia de dolor, sensación de miembro fantasma, en algunos casos pérdida de capacidad física con limitaciones funcionales, percepción de invalidez y daños en el aspecto físico en una sociedad mediatizada por la estética. Con el objetivo de facilitar esta evolución es conveniente poder expresar sentimientos vinculados a cada fase.

Como se mencionó en el capítulo anterior, hay casos en los que es realizable la cirugía para reconstrucción del seno. Su realización depende de diversos factores que el especialista evaluará, concluyendo quienes podrán ser candidatas a la operación así como cuando es factible llevarla a cabo.

La reconstrucción del seno supone varias ventajas: sensación de integridad física, menor sentimiento de pérdida de feminidad, autoestima y atractivo sexual y mejor imagen corporal, comodidad al no utilizar un artículo externo, utilización de diferentes tipos de prendas, entre otras. Algunas pacientes, sobre todo las más jóvenes, deciden operarse por cuestiones cosméticas. Acuden con optimismo a la cirugía esperando borrar cualquier huella de la mastectomía, sin embargo, los

resultados no siempre cumplen las expectativas que se tienen e incluso este procedimiento resulte un estresor más.

Por todo ello, es necesario informar pormenorizadamente sobre el procedimiento que se va a seguir y proveer expectativas realistas sobre los resultados, en orden de minimizar discrepancias entre expectativas y resultados (Sheridan y Radmacher, 1992, en Olivares, 2004).

### **2.2.2 Efectos psicológicos durante la quimioterapia y radioterapia**

La quimioterapia es el tratamiento antitumoral usado por excelencia en la población oncológica y no es la excepción en las pacientes con cáncer de mama. A pesar de su efectividad destruyendo las células cancerígenas, se asocian diversos efectos secundarios a este tratamiento, los cuales tienen grandes repercusiones a nivel psicológico.

Entre los efectos secundarios destaca la alopecia causada por la afección de los folículos pilosos, resultando una de las consecuencias inmediatas con mayor repercusión psicológica en la autoimagen de las pacientes. La alopecia en las mujeres supone una confrontación con la naturaleza letal del cáncer. Estos cambios suponen un esfuerzo cognitivo para poder enfrentarse a cambios en su imagen y esto provoca fuerte rechazo y disconfort emocional (Lluch, Almonacid & Garcés, s.f).

La alopecia inducida por quimioterapia se debe sobre todo a la inhibición de la multiplicación en anagén, ya que al estar en división son las más sensibles. Producen un pelo más débil que se rompa con el más mínimo traumatismo (peinado o roce con la almohada) o un fallo completo en la formación. Afecta sólo al 85-90% del cabello, siendo por tanto difusa e incompleta. Sin embargo, en estos pacientes hay circunstancias añadidas como el estrés, procesos febriles, otras enfermedades sistémicas, o situaciones hormonales que hacen perder el pelo maduro que está en telogén y por tanto aumentan la alopecia incompleta de la quimioterapia llegando a producir alopecia total. Además, las sucesivas exposiciones a quimioterapia también

acaban de producir una alopecia completa. El resto de zonas corporales (cejas, pestañas, barba, vello púbico o axilar) se afectan con diferente intensidad dependiendo de la tasa mitótica de éstos y el porcentaje de pelo en anagén (Vega, De Juan, García, López, López, López, Rivera y Ramos, 2004)

El cabello comienza a caerse regularmente entre la primera y segunda semana del tratamiento con quimioterapia y aproximadamente entre el primer y segundo mes casi todo el cabello se ha caído. En ocasiones, mientras se administra quimioterapia el cabello puede volver a nacer, aunque más delgado y menos abundante. A menudo al completar los ciclos de quimioterapia el cabello vuelve a crecer.

Ocasionalmente se ha descrito alopecia definitiva con Busulfán y Ciclofosfamida. Cualquier quimioterapia la produce, pero la pérdida de pelo más importante se produce con Doxorubicina, Epirubicina, Nitrosoureas, Ifosfamida y la Ciclofosfamida (Vega et al, 2004).

El bienestar emocional y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama se ve disminuido por opciones terapéuticas más radicales, el tratamiento adyuvante con quimioterapia y una menor edad (Pintado, 2013).

Otra de las alteraciones que experimentan las pacientes y sobre todo que afecta directamente la determinación de los pacientes a continuar con el tratamiento son las molestias del aparato digestivo en relación con la quimioterapia. Suelen ser reversibles y en algunos casos se alivia con medicación, sin embargo estas afecciones comprometen aún más la salud de las pacientes, ocasionando que no se alimenten de forma debida.

Entre los achaques más comunes se encuentra la inflamación de las mucosas (mucositis). Generalmente las mucosas más afectadas son la oral y labial, superficie ventral de la lengua, paladar blando y orofaringe, aunque también podría presentarse en la mucosa esofágica, ileal, colónica, rectal, anal, vulvar o vaginal.

Según Berger y Kilroy (1998), aproximadamente un 40% de los pacientes con quimioterapia desarrollarán complicaciones orales agudas o crónicas. Cuando es

de intensidad moderada ocasiona dolor pudiendo llegar a condicionar, si es severa, dificultad en las funciones que realice esa mucosa (por ejemplo: si es la boca, dificulta la deglución) y ser la puerta de entrada de infecciones, sobre todo si existe neutropenia (Vega et al, 2004).

La mucositis se presenta aproximadamente a los 5 y 10 días posteriores a la administración de la quimioterapia. De recibir el tratamiento adecuado, las molestias duran entre dos y tres semanas. Si no se trata ésta continuará aumentando al paso del tiempo.

Las náuseas y los vómitos (emesis) son otros de los síntomas digestivos que deterioran el bienestar de las pacientes y afectan la adherencia al tratamiento. Aunque la sintomatología se alivia con medicación, información adecuada acerca de los efectos secundarios y atención psicológica que permita disminuir la ansiedad. En ocasiones, el hecho de que la paciente observe otras pacientes que están vomitando, la cantidad y tipo de comida previamente ingeridos son condicionantes de esta situación.

Vega et al (2004) señala que la emesis ocurre hasta en un 80% de los pacientes tratados con quimioterapia. Hay cuatro síndromes eméticos: emesis aguda (antes de las primeras 24 horas, siendo la más común y severa), emesis retardada (después de las 24 horas pudiendo durar entre 6 y 7 días, menos intensa pero más duradera), emesis anticipatoria (previamente a la administración de quimioterapia, ocurre cuando hubo un pobre control de la emesis en el ciclo anterior, y se da aproximadamente en el 10 a 40% de los pacientes) y emesis refractaria (puede desarrollarse si se experimentaron vómitos severos previamente).

Los riesgos de esterilidad y disfunción sexual también aparecen como efecto de la quimioterapia. En primera instancia, se hace hincapié en que la edad en la que frecuentemente se detecta el cáncer mamario coincide con la etapa de la mujer en la que se presentan los síntomas de menopausia. La quimioterapia acelera los síntomas propios de la menopausia, de tal forma que si se trata de una paciente más joven podría adelantarse la menopausia.

También es frecuente que las pacientes presenten bajo deseo sexual y capacidad reducida para alcanzar el orgasmo, sequedad vaginal con dispareunia secundaria y con ello, disminución de la actividad sexual e insatisfacción.

Respecto a la radioterapia, es previsible que las pacientes se sientan muy cansadas, especialmente durante las últimas semanas del tratamiento. Un efecto de la radiación externa es el enrojecimiento, resecaimiento, mayor sensibilidad, dolor y prurito de la piel.

### **2.3. Fase de rehabilitación del cáncer de mama**

Se considera que la sobrevivencia al cáncer de mama es un proceso que se inicia en el momento del diagnóstico y no cesa, prolongándose hasta el final de la vida. Sin embargo, algunos estudios han evidenciado que la sobrevivencia está asociada a diversos cambios que impactan la vida de la mujer en diferentes fases, cada cual con sus demandas específicas, que afectan el ajuste psicosocial de forma singular (Da Silva y Dos Santos, 2010).

Posterior al diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento adecuado para las necesidades de las pacientes, sobreviene un periodo llamado de post-tratamiento o de vigilancia. En este, las pacientes que cumplieron satisfactoriamente su tratamiento tienen que estar sometiéndose constantemente a distintos estudios con el objetivo de monitorear su estado de salud.

Al paso del tiempo los chequeos se vuelven menos periódicos. Aun si no se encuentra algún indicio de que el cáncer haya vuelto a aparecer, es de vital importancia que la paciente continúe asistiendo a realizar oportunamente los exámenes necesarios, a fin de mermar las oportunidades de que el cáncer haga metástasis o haya recidiva de la enfermedad.

Finalmente las revisiones se vuelven eventuales (generalmente son anuales) y la paciente entra en un período libre de enfermedad.

No por ello esta fase tiene menos estresores. El más frecuente, se refiere a aquellos que comprenden las secuelas físicas de la enfermedad y del tratamiento. Como se ha mencionado anteriormente, la pérdida de una parte del cuerpo es vivida como una lesión a la autoimagen que se verá reflejada en un periodo de duelo. Si la intervención quirúrgica dejó una marca evidente en el cuerpo de la paciente, ellas lo viven como un daño endémico.

La concepción cultural que se tiene del seno como símbolo de sensualidad y feminidad, vinculado con la maternidad, sigue latente como una especie de estigma que intensifica las experiencias dolorosas.

Otras secuelas físicas del tratamiento para el cáncer de mama y que generan malestar psicológico en diferente grado son las dificultades para moverse de la forma en que solían hacerlo, por ejemplo, por el removimiento de los linfonos axilares o por las quemaduras de la radioterapia.

El miedo a la recaída es intrínseco al periodo post-tratamiento. Cuando las expectativas que se tienen son que en cualquier momento el cáncer podría reaparecer o hacer metástasis a otro órgano la respuesta será de angustia. A menudo algunas mujeres reportan sentir ansiedad anticipatoria en días previos a las revisiones o antes de recibir los resultados.

Con el temor a la recaída viene el miedo a la pérdida de autonomía. Las pacientes pueden sentirse abordadas por visiones intrusas de la probabilidad de volverse dependientes de sus familiares en una suerte de carga para ellos.

El miedo a la muerte también se manifiesta, primordialmente en aquellas mujeres que están a cargo del cuidado y educación de niños menores. Muchas veces podrán sentir que no están asumiendo correctamente el rol de madre que les corresponde, lo que a su vez genera sentimientos de culpabilidad.

Miedo y culpa son afines ante el peligro de la transmisión hereditaria de la enfermedad a los hijos, ya que se reconoce el factor genético como uno de los agentes de riesgo para el desarrollo del cáncer.

Las mujeres que están en rehabilitación sufren además de esas dificultades y limitaciones, las consecuencias del prejuicio social y laboral, obstaculizando la integración de estas personas y con ello favoreciendo el aislamiento, marginación y dependencia económica. El alejarse de la ocupación profesional que ejercían en el momento anterior al cáncer está relacionado con la sensación de disminución de la capacidad productiva y a la incomodidad suscitada por la idea de estar sobrecargando a los familiares y amigos (Da Silva y Dos Santos, 2010).

Tras estudiar la existencia de los diferentes factores estresantes en el período post-tratamiento se deduce el riesgo de inconvenientes en el funcionamiento cognitivo, en específico del desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa. Beck (1967 en Gayoso, 2010) brinda una explicación conveniente a estos fenómenos y enfatiza el papel activo de las creencias de las pacientes en el bienestar psicológico. Según esto, existen tres patrones en la visión que el sujeto tiene de sí mismo, de su futuro y de sus experiencias. En este modelo el sujeto se percibe a sí mismo con una visión negativa, por tanto, se desvaloriza y se critica constantemente (“no sirvo para nada”, “nunca podré recuperarme”). Además, tiende a hacer interpretaciones pesimistas de sus experiencias, sin aprender de vivencias pasadas y con una apreciación del mundo llena de problemas insuperables, demandas de los demás y autoexigencias poco realistas. También tienen la impresión de que el futuro estará lleno de obstáculos indefinidamente y tienen expectativas pobres acerca del porvenir (“siempre será así”, nunca cambiará”). Este patrón de pensamiento está conexo con la presencia de síntomas depresivos.

La visión de estas consideraciones hacen obvia la necesidad de llevar a cabo acciones que favorezcan la rehabilitación integral de las pacientes, es decir, una recuperación física y psicológica que respalde el completo bienestar de las mujeres que han pasado por este proceso.

#### **2.4 Redes de apoyo social**

Numerosos estudios realizados han demostrado los beneficios de los vínculos sociales que poseen y que establecen las personas enfermas con otras personas



que comparten su entorno. Las investigaciones sugieren que existe una relación entre las relaciones interpersonales y la salud de las personas.

Para Fernández (2005) el ambiente social es reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del mismo.

La sensación de apoyo es uno de los recursos fundamentales que promoverán el bienestar de la paciente desde el primer momento y esta es una experiencia subjetiva. Es decir, es probable que la familia, pareja y/o amigos provean soporte en cierto grado y dependiendo de un sinfín de circunstancias. No obstante, la percepción que la paciente tenga de contar con ese apoyo es lo que brinda el carácter de elemental a estos medios.

En adición, la impresión de que se tiene sustento emocional, instrumental y material no tiene que ver con el número de personas que integren la red social, sino con la calidad que de ella emane, o sea que tengan la aptitud, actitud y conocimiento para brindar apoyo. Es claro que el apoyo social es funcional en la medida que ayuda en la adaptación de las mujeres.

#### **2.4.1 Familia y amigos**

Cuando se habla de cáncer es imposible no pensar en los cambios que se generan en las diferentes esferas de la vida del paciente. En este caso se puede decir que el impacto de la enfermedad es tal, que también se disemina (en sentido figurado) a las personas cercanas a ella. El apoyo que derive de esto resulta muy deseable, aunque no siempre es observable.

Los familiares y las personas cercanas a la paciente, con los que existe un vínculo de confianza y cuidado mutuo, se hacen parte crucial en la trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada miembro emocionalmente, cognitivamente y en su

conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida

Cobra importancia nuevamente la concepción socio-cultural que se tiene del cáncer de mama como una enfermedad asociada a la muerte, al dolor, al sufrimiento y/o la mutilación. A menudo, la experiencia de la familia es confrontar el riesgo de perder a uno de los miembros y ver a su parentela disgregada, perdiendo la estabilidad que hasta entonces había sido conocida para ellos y se cuestionan si lograrán resistir ese desequilibrio.

El paciente y su familia entran en crisis porque la familia que eran ya no van a ser más. Esta situación les va a exigir movilizar sus recursos individuales y familiares para generar cambios, independientemente de si los desean o no. El objetivo de estas transformaciones es responder a la necesidad de formar habilidades que permitan solucionar problemas no aprendidos y desconocidos. Habrá cambios en las jerarquías, cambios de poder, de límites, de roles, de estilos de relación y posiblemente queden espacios sin concretar.

Las modificaciones que tengan lugar en el sistema familiar van a obedecer a razones de diversa índole; por una parte se encuentran las que tienen que ver con el estado de la paciente. La fase en la que fue detectado el cáncer de mama y el estadio en el que se encuentra, si ha sufrido recaídas o si las células cancerígenas se han multiplicado; el nivel de limitaciones que presente la paciente, es decir, si son a nivel sensorial, motor o cognitivo; percepción de alteración corporal producto de la cirugía mamaria; pronóstico de la enfermedad, de las secuelas post-tratamiento y de si la paciente presenta dolor.

Por otra parte, también es necesario entender los recursos intelectuales y emocionales de cada integrante de la familia, habrá que valorarse una serie de aspectos como son la capacidad de autonomía de los diferentes miembros, la existencia o no de límites generacionales claros; el estilo de comunicación y la capacidad o dificultad de la familia para expresar sus afectos en forma clara y directa; si se trata de un sistema abierto que permite la entrada y salida de

información y de relaciones nuevas; sus habilidades para resolver conflictos, entre otros.

Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia (Bloom, Stewart, Johnston, Banks y Fobair, 2001 en Baider, 2003). Se puede describir el proceso de ajuste familiar frente al cáncer como un proceso continuo, multi-complejo de un ciclo de cambios inesperados e incontrolados. La enfermedad puede percibirse entonces como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro familiar (Baider, 2003).

En conclusión, la serie de cambios en la familia es variable y dependiente de una cantidad enorme de factores, lo que obliga a entender estas condiciones familiares como una gestalt.

No menos importante es el apoyo de los amigos. Al igual que el apoyo de la familia, este también es importante para la paciente en el sentido de que favorece la resistencia de los efectos psicológicos adversos del severo estrés causado por la enfermedad y la necesidad de soporte en la promoción de una mejor recuperación física y mental.

#### **2.4.2 Grupos de autoayuda**

En la actualidad, los grupos de autoayuda o grupos de ayuda mutua son uno de los medios en que las personas que padecen enfermedades crónicas, (como es el caso de las mujeres con cáncer de mama) han encontrado asistencia y soporte.

De acuerdo con Durá y Hernández (2003) la definición más conocida de "grupos de auto-ayuda" es la propuesta por Katz y Bender (1976) y que más tarde adoptaría la Organización Mundial de la Salud: "Los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito

específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un handicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados.

Desde mediados del siglo XX se empezaron a formar los primeros grupos de ayuda mutua, integrados por voluntarios que se habían curado. Su labor consistía en visitar las casas de los enfermos y ayudar a los pacientes a manejar las consecuencias de los tratamientos quirúrgicos y farmacológicos. A partir de entonces y hasta ahora, surgieron numerosos grupos de ayuda para las personas que padecen cualquier enfermedad crónica. El cáncer de mama no es la excepción y con el creciente número de personas que lo padecen también han nacido diferentes organizaciones encargadas de brindar asistencia a estas pacientes.

No obstante, son escasas las investigaciones que se han desarrollado respecto a este fenómeno. Sin embargo estudios como los de Gray (1997, en Durá y Hernández, 2003) reportan beneficios de la participación en el grupo a nivel de apoyo emocional; la identificación y vinculación con otras mujeres que están pasando o han pasado por una situación similar. Esto genera un ambiente de comprensión y apertura para compartir experiencias. Además también brinda un espacio en el cual pueden liberar la tensión y bromear acerca de sus experiencias con el cáncer, o realizando comentarios graciosos sobre las prótesis mamarias o las pelucas, confiriéndole a esto un carácter “terapéutico”.

La integración de mujeres de recién diagnóstico es otro de los ejercicios que se llevan a cabo. En este, es posible que las mujeres conozcan a otras personas que se lograron recuperar de la enfermedad, lo que brinda esperanza en la recuperación. Además es posible encontrar y desarrollar conductas altruistas en las participantes, lo que les genera satisfacción personal.

La segunda categoría son los beneficios a nivel práctico e informativo. Las pacientes comparten información y aprendizajes sobre la enfermedad y los tratamientos. A menudo esto las hace percibirse con un buen control de la enfermedad. Les es más

fácil participar activamente en las decisiones médicas, así como expresar sus dudas.

La tercera categoría se refiere a las cuestiones relacionadas con los procesos del grupo y su estructura. Aquí se exponen las ideas que normalmente sería difícil tratar con la familia o los amigos, como el diagnóstico terminal y la muerte.

Una nueva modalidad de los grupos de apoyo es aquella que algunos investigadores del área médica y especialistas en informática de la Universidad de Washington han desarrollado. Estos portales cibernéticos son similares a Facebook o Twitter y tienen la meta de ayudar a los pacientes a manejar la información sobre sus cuidados, así como de favorecer la interacción entre pacientes que tienen el mismo padecimiento, aunque no necesariamente para tocar esos temas, sino cualquiera que sea importante para ellos, de acuerdo con Landau (2010).

En conclusión las participantes los perciben como foros específicos a los que acudir para buscar y dar un tipo de apoyo social (emocional e informativo fundamentalmente) que no obtienen de otras redes de apoyo formales, como el sistema de salud, o naturales como la familia y amigos (Durá y Hernández, 2003)

### **2.4.3 Pareja**

Como se ha dicho anteriormente, el cáncer es una enfermedad que afecta al que lo sufre tanto como a los que lo acompañan. En algunos casos, las parejas de las pacientes son una de las partes más afectadas durante este proceso.

Los datos sobre el ajuste y la supervivencia demuestran que gente casada de diferente edad y de ambos géneros se adapta mejor a la enfermedad crónica y tiene una calidad de vida más elevada que gente soltera o sin pareja (Reynolds y Kaplan, 1990 en Baider, 2003).

Desde el principio, la pareja de la paciente también enfrentará varios cambios que exigirán un nuevo ajuste ante las situaciones que hasta entonces eran inesperadas y desconocidas. Probablemente el cónyuge de la enferma sienta estrés e

impotencia durante el curso de la enfermedad, así como sentimientos de falta de control, frustración y dificultades en la readaptación a las nuevas demandas.

Sea cual sea la reacción de la pareja, ésta suele jugar un papel decisivo en este proceso. Diversos estudios testifican que el principal apoyo emocional y material que percibe la paciente suele provenir de su pareja, Así, continuamente su compañero/a será el encargado de otorgarle los cuidados prácticos y afectivos que requiere, incluso a pesar de sus propias dificultades para afrontar la situación. Por consiguiente se deduce que la pareja de la enferma tiene tanto estrés psicológico y problemas de adaptación a la enfermedad como ella misma.

Los datos disponibles que describen la interacción en la enfermedad de las parejas sugieren que esposos y familias experimentan dificultades múltiples relacionadas con la enfermedad de forma muy intensa: la carga de proporcionar cuidado constante al enfermo, interrupción en su intimidad marital, social y actividades de ocio, tratar de disminuir la ansiedad emocional del enfermo y, por otro lado, las necesidades y expectativas que están en conflicto con cada uno de los miembros sanos de la familia (Manne y Zautra, 1990 en Baider, 2003).

Comúnmente la paciente con cáncer se siente forzada a mostrar una actitud positiva casi todo el tiempo y a la vez reprime el resto de los sentimientos desagradables que forman parte de su compleja experiencia con la enfermedad. Asimismo puede pensar que la manifestación de estas conductas “negativas” hará que el tratamiento médico no surta el efecto deseado. En realidad es la expresión de todos los sentimientos y no la represión de estos, lo que favorecerá el ajuste psicológico a la enfermedad con todo lo que ello implica.

Es deseable que la pareja esté capacitada para fomentar y apoyar la manifestación de todas las emociones, no solamente las positivas.

Uno de los temores más recurrentes en la vida conyugal es el miedo a la ruptura de la relación. Hasta ahora no existen pruebas válidas y confiables que respalden la hipótesis de que existe una relación entre la conclusión de la relación amorosa y el

diagnóstico o tratamiento de cáncer. No obstante, ciertas parejas son más vulnerables al desequilibrio propio de esta etapa y puede ocurrir que la relación se disuelva posterior al diagnóstico, corriendo la suerte de ser “la gota que derramó el vaso”, aunque no la causa principal del cese amoroso.

Si la pareja está unida y existe apoyo y solidaridad para hacer frente a la enfermedad, ésta es una carga compartida. En el otro extremo, si el paciente no se siente apoyado por su pareja, a la carga del cáncer, hay que añadir el estrés que supone detectar que el cónyuge se desentiende de la situación o no presta la ayuda esperada (Van Wiel, 1990 en FEFOC, 2007).

El apoyo marital realza la capacidad de los enfermos a hacer frente a su enfermedad con más eficacia, comprender el acontecimiento amenazador del cáncer, la motivación creciente en tomar nueva acción y reducir la ansiedad emocional que puede bloquear otros esfuerzos (Cutrona y Russell, 1990; Kerns, 1994; Thompson y Pitts, 1992 en Baider, 2003).

De cualquier forma se entiende que esta enfermedad pone a prueba los recursos intelectuales y emocionales de la persona que lo sufre y de los que conviven en el entorno de ella, en este caso, la pareja.

Una variable fundamental dentro de la relación familiar es la posibilidad de crear un sentido nuevo y diferente frente a la amenaza de la enfermedad. Un mayor riesgo es que la relación se identifique totalmente con la enfermedad, sin dejar ningún espacio para los elementos sanos de la relación (Baider, 2003). De ahí que se destaque la importancia de tratar, en la medida de lo posible, de continuar con aquellas actividades de esparcimiento que se realizaban de manera cotidiana previamente al diagnóstico, ya sea de manera conjunta o individual.

Zalis y Shands (1991) en su estudio con parejas de mujeres con cáncer de mama, han documentado que las necesidades emocionales del paciente es una de las áreas más difíciles y de mayor demanda impuesta a los miembros sanos de la familia. Estos autores identificaron siete tipos de demandas que el paciente imponía

a su pareja: 1) reacción positiva a la enfermedad de la esposa, 2) negociar la experiencia de la enfermedad, 3) adaptar la forma de vida para “satisfacer” las demandas de la enfermedad, 4) sensibilidad ante las necesidades nuevas de la esposa, 5) pensar en el futuro, 6) procurar reducir al mínimo los efectos de la enfermedad y del tratamiento, y 7) sentir y compartir juntos el impacto de la enfermedad en la relación (Baider, 2003).

La maternidad es otra cuestión más que genera estrés en la vida conyugal. En algunas ocasiones, las pacientes reciben el diagnóstico antes de embarazarse y, como ya se abordó anteriormente, el tratamiento oncológico está contraindicado en el embarazo y muchas veces produce infertilidad. Desde tiempos antiguos, la maternidad ha sido fuertemente vinculada con la identidad femenina. El prejuicio que existe aún en la actualidad es que si una mujer no procrea, entonces su desempeño como mujer es incompleto y la paciente puede llegar a sentir que “no sirve como mujer”. Por otra parte, se añade el convencionalismo de que son los hijos los que cuidan a los padres si éstos pierden su autonomía y si la pareja llegase a faltar. Los resultados se reflejan en sentimientos de indefensión, soledad y abandono (a los cuales las pacientes ya eran vulnerables), y con ello disminución de la autoestima y depresión. Si las parejas deciden adoptar un hijo, es probable que el historial de enfermedades no los identifique como candidatos para este procedimiento y encuentren un obstáculo más en la realización de su plan de vida después del cáncer.

Hasta aquí se han abordado las dificultades que la pareja puede experimentar dentro de su relación, sin embargo, a esta lista se suman innumerables desafíos que tendrán que confrontar como resultado de esta enfermedad y que provienen de agentes externos pero que no por eso los afectan menos. De acuerdo con Langeveld, Grootenhuis, Voûte, Haan y Van den Bos (2003 en FEFOC, 2007) los problemas como afectación en la vida laboral de ambos miembros de la pareja (el paciente puede tener dificultades en su reinserción al trabajo y su cónyuge por las continuas ausencias al proveer a su pareja de cuidados concretos), dificultades con los hijos (si los hijos son menores pueden plantearse problemas en su cuidado y en



la información que se les proporciona), aislamiento social (en parejas con un círculo social pueden sentirse solas o poco comprendidas entre sus amistades).

Para acabar, no podemos olvidar a las personas, a menudo jóvenes, que sufrieron el cáncer sin relación de pareja alguna. La dificultad para saber cómo relacionarse (explicar o no lo sucedido y cuando hacerlo) y los miedos para iniciar una vida sexual, les pueden llevar a mantenerse apartados del contacto social (Hill y Stuber, 1998 en FEFOC, 2007).

#### **2.4.3.1. Vida sexual en las mujeres con cáncer de mama.**

El sexo es parte importante en la vida de las personas. Partiendo de esa premisa, se tiene en consideración que las preocupaciones de índole sexual comiencen a surgir. A pesar de su relevancia en la vida cotidiana, es uno de los temas que escasamente se aborda en la relación médico – paciente. La razón es la incomodidad, la vergüenza y el sentimiento de exposición que se puede vivenciar al hablar de sexo con el profesional. A veces la falta de comunicación en estos temas se extiende con la pareja, propiciando algunas dificultades para llevar a cabo el acto sexual con la mayor naturalidad posible. Lo ideal es romper con los tabúes existentes en éste ámbito e informarse de los efectos que tiene el tratamiento sobre la vida sexual de la paciente, así como expresar las dudas de la misma manera en la que se resuelven las preguntas referentes a la dieta y la alimentación.

La forma en que afecta el tratamiento de cáncer de mama en la vida sexual de las mujeres que lo sufren es variada.

- El deseo sexual disminuye, ya sea por un tiempo corto o más bien largo. Esto obedece a diversas razones, como por ejemplo, la sensación de que la enfermedad amenaza la vida. Si la pareja experimenta preocupación, depresión, náuseas y vómitos, dolor o cansancio y en general cualquier pensamiento o sentimiento que la distraiga y evite la excitación hará que el deseo sexual decaiga.

- Las terapias hormonales propias del tratamiento también pueden llegar a afectar el equilibrio de la mujer respecto al sexo. Mientras que la quimioterapia puede hacer que la mujer presente poca lubricación vaginal y la penetración sea incómoda o molesta, debido a que los medicamentos irritan todas las membranas mucosas del cuerpo, incluyendo el recubrimiento de la vagina.
- La quimioterapia a menudo ocasiona una reducción en su deseo sexual. Los efectos secundarios físicos, como irritación del estómago, cansancio y debilidad pueden dejar pocas energías para las relaciones sexuales. Si una mujer recibe quimioterapia cada dos o tres semanas, podría ser que su deseo sexual regrese tan solo unos días antes de su próxima sesión de tratamiento. Durante el tratamiento, las mujeres tienden a sentirse poco atractivas, influyendo la pérdida del cabello, cambios en el peso y a veces las infusiones que se hacen a través de catéteres. Una vez completada toda la quimioterapia, los efectos secundarios se desvanecerán gradualmente, y el deseo sexual a menudo regresa como antes (American Cancer Society, 2014).

Una conclusión similar se ha obtenido en los estudios en mujeres mastectomizadas de García y Domínguez (2011), quienes detectaron en sus participantes que había relación entre la disminución de la libido y los sentimientos de la propia mujer por no sentirse atractiva al faltarle el seno y hallarse sin cabello, sin cejas ni pestañas y con más peso. Así, si no concibe su cuerpo como atractivo, le será difícil sentir deseo.

Las molestias durante el coito son uno de los problemas más comunes entre las mujeres con cáncer y está relacionado con la resequedad vaginal o la estrechez de ésta. Los cambios pueden ocurrir como consecuencia de la radioterapia, la hormonoterapia y/o la menopausia.

El dolor que se origina puede ocasionar vaginismo. El vaginismo ocurre cuando los músculos periféricos al orificio vaginal se endurecen de manera involuntaria. Esto

dificulta la penetración vaginal y si se ejerce mayor presión, el dolor se hace más fuerte y los músculos se contraen en un espasmo.

Es importante recordar que si el cáncer fue detectado en la menopausia, los cambios en el ámbito sexual pueden ser también resultado de ésta. En otros casos, el tratamiento oncológico acelera esta etapa. Esto se llama menopausia prematura y los cambios pueden ser más bruscos e intensos que los que ocurren en el proceso natural, por lo que es imprescindible que estas variables se tomen en cuenta. Estos síntomas incluyen acaloramientos, resequedad y estrechez vaginal, así como periodos menstruales irregulares o suspensión de los mismos.

Por lo general, las mujeres pueden tener orgasmos tras haber padecido cáncer, salvo que el tratamiento contra su enfermedad haya dañado la médula espinal causando insensibilidad de la región genital. Pero incluso habiendo daño en la médula espinal, existe evidencia de que es posible lograr el orgasmo, al menos en algunas mujeres. A veces, problemas como el dolor durante el coito puede interferir para que una mujer logre el orgasmo. En algunos casos, una mujer podría requerir intentar distintas posiciones o diferentes tipos de tacto genital. Podría ser que también necesite práctica en lograr el orgasmo por sí misma antes de retomar la actividad sexual con su pareja (American Cancer Society, 2014).

Parte de la sexualidad de las personas se refiere a cómo se siente consigo misma. La pérdida de un seno o los dos suele ser un proceso traumático para la paciente. El efecto psicológico inmediato después de la cirugía es la pérdida del atractivo físico.

Culturalmente, los senos son considerados una parte esencial de la belleza y la sensualidad de la mujer y se encuentran fuertemente asociados con la identidad femenina. Sin ellos, la mujer puede sentir inseguridad respecto a si su pareja la va a aceptar o si seguirá pareciéndole sexualmente atractiva.

Las caricias en los pechos y los pezones, son una de las prácticas más comunes en el acto sexual. La cirugía mamaria puede disminuir el placer que surge de dichos

tocamientos debido a que se pierde la sensibilidad. Y una vez que ha cicatrizado la herida, depende de la mujer si seguirá disfrutando o no estas acciones.

Frecuentemente algunas mujeres que han sufrido una mastectomía sienten vergüenza de colocarse encima de su pareja durante la actividad sexual, ya que en esta posición se hace evidente la falta del seno y puede ser que les resulte más cómodo utilizar alguna prenda o un sostén con prótesis, mientras que a otras les puede parecer un estorbo.

Si posterior a la cirugía mamaria, la paciente se debe someter a radioterapia, la piel puede enrojecerse o inflamarse. El seno puede estar hipersensible o doloroso y a veces puede presentar adormecimiento en algunas áreas o disminución de la sensibilidad cerca de la cicatriz.

Después de la mastectomía, el seno puede ser reconstruido de tal forma que luzca muy similar al otro seno. Puede que con la reconstrucción del seno se restaure la forma y el tamaño del seno, pero no es posible restaurar la sensibilidad en el seno que antes se tenía. En una reconstrucción del seno, puede que se reduzca o desaparezca la sensación de placer al tocar el seno y el pezón. El nervio que suministra la sensibilidad al pezón corre a través de los tejidos profundos del seno y podría ser que durante la cirugía haya sido cortado. Como resultado, el pezón que haya sido conservado o reconstruido tendrá mucha menor sensibilidad. La sensibilidad en la piel alrededor del pezón puede que sea menos intensa, aunque puede que una parte de la sensibilidad regrese con el tiempo. La piel del seno reconstruido recupera algo de su sensibilidad con el transcurso del tiempo, pero por lo general no ofrece el mismo nivel de placer que se tenía antes de la mastectomía (American Cancer Society, 2014).

En pocas palabras, reconstruir el seno puede fomentar que la mujer se sienta atractiva y con ello disfrute más de su sexualidad. Sin embargo, no en todos los casos se recupera la sensibilidad física que se tenía.

## 2.5 Síndrome de la media mujer

Para contextualizar esta problemática, es pertinente realizar algunas aclaraciones al respecto. La cultura ejerce enorme influencia en la conducta humana, ésta proporciona en gran medida orientación y estructura. Durante mucho tiempo se han hecho construcciones sociales acerca del cuerpo humano como miembro de la cultura en la que se desenvuelve. Independientemente del género de la persona y del resto de las características biológicas propias de ella, el cuerpo humano es el receptáculo sobre el que va a descansar cualquier cambio social que ocurra en su entorno, para ajustarse a los juicios, normativas y valores de la sociedad en que se desarrolla. A partir de esto, más tarde se formará la identidad.

El cuerpo para cada sociedad, además de un hecho biológico, es un territorio cargado de representaciones en donde permanentemente se construye y deconstruye imágenes culturales, en donde se deja notar el espacio y el tiempo, y en donde se proyectan señas de identidad y de alteridad (Acuña, 2001).

El concepto de identidad personal considera la totalidad de rasgos de un sujeto en particular, es decir, actitudes, aptitudes, emociones y sentimientos, historia personal, trayectoria, y por supuesto características físicas. Estos elementos hacen que la persona sea concebida como una Gestalt y aunque pueden compartir algunas particularidades, es imposible tener dos o más individuos completamente idénticos.

Una vez que se han explicado dichos aspectos y la interacción sociedad-sujeto, es posible entender la carga simbólica que poseen las mamas en la cultura occidental. Los senos son sinónimo de feminidad, sensualidad, atractivo físico, autoerotismo, maternidad y lactancia. De ahí que muchas veces, la mujer que ha sufrido una mastectomía sienta que ha perdido al menos una parte de lo que antes la había identificado como fémina. Aguilar, Neri, Mur y Gómez (2013) encontraron en sus investigaciones con mujeres enfermas de cáncer de mama que las variables sociodemográficas como estado civil, edad, nivel educativo u ocupación, así como

los elementos propios del país en concreto son factores que pueden favorecer o agravar la sensación de pérdida de la feminidad en las diferentes pacientes.

Por esto mismo, la percepción que tienen las mujeres con cáncer de mama en referencia a su imagen no es algo fijo o estable, es decir, cada una puede percibirse a sí misma diferente a otras pacientes, tal y como ocurre con las personas saludables. Esta experiencia subjetiva es variable a lo largo del proceso y puede modificarse en virtud de la ocurrencia de otras situaciones.

La imagen corporal interviene directamente en la calidad de las relaciones interpersonales y en la autoestima. La imagen física de la mujer constituye una parte importante de su valoración social, por lo que acaba siendo un componente importante de su identidad personal (Manos, Bueno y Mateos, 2007 en Aguilar et al, 2013).

Esto supone algo alarmante, pues a pesar de que las cirugías practicadas a las pacientes en su mayoría son conservadoras o tumorectomía, todavía existen casos en los que se tiene que recurrir a la mastectomía radical con el objetivo de remover por completo las células cancerígenas. En la actualidad, se busca que la enferma posea un seno de apariencia similar al natural, en la medida de lo posible. Sin embargo, a menudo no se tienen los recursos médicos, económicos e instrumentales necesarios para lograrlo. Aunado a la intervención quirúrgica, el tratamiento de quimioterapia y radioterapia cuyos efectos secundarios incluyen la pérdida del cabello, cejas y pestañas, el linfedema, la retención de líquidos y por consiguiente la hinchazón difusa y el aumento de peso, dan a ellas mismas la impresión de deformidad, despersonalización (no se reconocen a sí mismas) y aversión hacia su propio cuerpo.

En este momento cobra importancia la valoración que la mujer haga acerca de su propio seno y hacia sí misma al tenerlo o perderlo. En una sociedad que enaltece la belleza y perfección física y donde a menudo se intenta cubrir con esos estándares, la paciente siente que ya no aspira a cumplir con el ideal y la aceptación de los cambios en su imagen corporal se vuelve algo complicado.

Es común que después de la intervención, la mujer sienta que ya no es atractiva y por ello evite ver su imagen en el espejo, para ella su aspecto es deplorable. Muchas veces también evita exponerse a situaciones que incluyen la presencia de un grupo de personas por temor a recibir una evaluación negativa por parte de ellos.

De igual forma, es probable que la mujer tenga sentimientos de inferioridad y fracaso, se vuelva introvertida o haga comentarios de rechazo a sí misma o interprete que los demás la desprecian. También puede sentir que le hace falta “algo” y al perder esa parte importante de su cuerpo éste ya no tiene valor, por consiguiente ella también lo ha perdido.

En tal caso, las circunstancias que viven son motivo de vergüenza y no manifiestan deseo alguno de acudir a asociaciones o grupos de ayuda. El aislamiento social agrava el problema al tener más tiempo para cavilar sobre la situación de minusvalía en la que se sienten inmersas, facilitando las falsas interpretaciones que fomentan, a su vez, el aislamiento (...) Hay que añadir a lo expuesto el necesario cambio de vestuario que tiene que darse en estas pacientes y así, al tener que ocultar la ausencia del pecho (o la prótesis), no pueden usar libremente las prendas con escote o ajustadas, teniendo que usar ropa ancha, con volos o pliegues. Este cambio drástico les impide sentirse atractivas y seducir mostrando las formas del cuerpo, estímulos poderosos para la mirada (y el deseo) del hombre (García y Domínguez, 2011).

Esta problemática es uno de los fenómenos en los que la intervención del psicólogo es esencial. Un programa adecuado para mejorar la autoestima y la imagen corporal de las pacientes puede mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

## **2.6. Diagnóstico de estado terminal.**

Hasta ahora se ha escrito acerca de los aspectos psicológicos que sobrevienen al enfrentar el cáncer de mama cuando éste responde al tratamiento oncológico. Pero, ¿qué pasa en aquellas ocasiones en que la enfermedad continúa avanzando

progresivamente y se han agotado los recursos médicos y farmacológicos para combatir dicha enfermedad?

Ante el diagnóstico de estado terminal, la paciente se enfrenta a una de las noticias más difíciles y dolorosas desde que se le diagnosticó la enfermedad. La incertidumbre por la fatalidad de la enfermedad que había caracterizado esta etapa ahora es un hecho inminente que demanda una nueva adaptación a nivel emocional.

En palabras de Rebolledo (s.f, en Soberón y Feinholz, 2008) el estado terminal comprende la suma de los fenómenos biopsicosociales que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones, que no responde a ningún tratamiento. Es reconocible a partir de signos, síntomas, reacciones, actitudes y circunstancias socioculturales y del medio ambiente, que afectan al individuo en su totalidad. Estos fenómenos estarán comprendidos dentro de un periodo aproximado y no mayor a seis meses.

Es necesario diferenciarlo del estado agónico o *pre-mortem*; éste comprende propiamente el agotamiento total de la reserva fisiológica y progresa hacia la muerte dentro de las siguientes veinticuatro horas (Rebolledo, s.f, en Soberón y Feinholz, 2008).

Ante el pronóstico terminal, los especialistas darán los cuidados paliativos correspondientes, a fin de dar una respuesta eficaz ante las necesidades de la paciente. Es decir, se buscará que la mujer obtenga el máximo bienestar posible y no padezca dolor o sufrimiento.

El objetivo de los cuidados paliativos no es precipitar la muerte de la paciente, o por el contrario aplazarla. La duración de este proceso de consumación de la vida, nada tiene que ver con la idea de “bien morir”. Morir rápidamente no significa necesariamente morir sin sufrimiento. La meta consiste en posibilitar que la paciente consiga oportunamente la resolución de sus conflictos y con esto la conciliación con ella misma, logrando así tener una muerte digna.



Al enfrentarse a la noticia de la muerte inminente, es probable que la paciente experimente la muerte como una amenaza y en consecuencia sienta que sus recursos son pobres para encararla. Las manifestaciones cognitivas y conductuales suelen ser muy variables en forma e intensidad dependiendo de una serie de factores, entre ellos el deterioro físico, los síntomas concomitantes y los predictores de progreso del Ca Ma.

La opinión común de los autores revisados es que el proceso de adaptación a la enfermedad sigue una serie de etapas similares a las reacciones de duelo propuestas por Kübler-Ross en 1969. A continuación se desarrollarán brevemente.

- *Negación*: (“Me siento mejor”; “Esto no me puede estar pasando, no a mí”). Los sentimientos que la caracterizan son incredulidad, confusión, miedo, evitación, culpa.
- *Ira*: (“¿Por qué a mí? ¡No es justo!”; “¿Cómo me puede estar pasando esto a mí?”). Es común que la persona manifieste sentir enojo con dios, con el personal médico, contra los amigos, familiares, con el cónyuge, los hijos, las personas que no se les ha dado el diagnóstico terminal o las que tienen salud.
- *Negociación*: (“Déjame vivir para ver a mis hijos graduarse”; “Haré cualquier cosa por un par de años más”). La paciente intenta modificar su condición terminal estableciendo acuerdos, generalmente con dios. Promete cambiar, mejorar y actuar diferente si se le concede la oportunidad de seguir con vida.
- *Depresión*: (“Estoy tan triste, ¿Por qué hacer algo?”; “Voy a morir, ¿Qué sentido tiene?”). Esta acontece cuando no se han cumplido las expectativas propuestas en la fase anterior. Además el tiempo se acaba, así que la mujer suele recapitula aquellas cosas que ha dejado pendientes por concluir, así como aquellas que no habrá de realizar. Es posible que esto se traduzca en desesperanza y depresión.
- *Aceptación*: (“Todo va a estar bien, me debo adaptar a la pérdida de la vida”). En esta última fase, el dolor está presente pero no es constante ni con la misma intensidad.

Rebolledo (s.f, en Soberón y Feinholz, 2008) sugiere que es necesario jerarquizar la escala de valores de la paciente, a modo de integrar los depósitos (¿A quién voy a encargar mis cosas?), pendientes (¿Qué me falta por hacer?) y los arraigos (¿A qué estoy arraigada?, ¿Qué no me permite irme tranquila?).

En este contexto, es importante reconocer la muerte como una fase natural de la vida, más que como parte de la historia natural del proceso salud-enfermedad *per se*. Es decir, se sabe que cualquier enfermedad posee la cualidad de evolucionar hacia la adaptación, si es que el organismo tiene los recursos necesarios para recuperarse, o bien, si se somete a los cuidados y tratamientos adecuados. Si no se cumple este requisito o si los métodos arrojan resultados nulos, el organismo decaerá, provocando diferentes fallas que obedecerán al proceso terminal y posteriormente a la finitud. En este caso, la muerte es algo que ocurre simultáneamente con el cáncer, no como resultado del cáncer. La enfermedad desencadenará efectos a nivel fisiológico y esto es algo natural y propio de la salud. De tal forma que la única condición que existe para fallecer, es estar vivo. El entendimiento de esto como una fase inherente al ciclo vital del ser humano favorece el afrontamiento positivo del diagnóstico terminal.

A propósito de lo mencionado, se considera pertinente citar a Rebolledo (s.f, en en Soberón y Feinholz, 2008). Morir continente y contenido como ser humano dentro de su propia escala de valores. Eso sería suficiente para cubrirlo con dignidad. Morir sin conflicto con su realidad, consciente de su finitud, resuelto, encontrándose con la aceptación de su muerte como un límite que lo contiene en la vida, y no como un sin límite que lo pierde en el vacío.

### 3. Autoestima en las mujeres con cáncer de mama

...Puesto que todo lo mío me pertenece,  
puedo llegar a conocerme íntimamente.  
Al hacerlo, puedo llegar a quererme  
y sentir amistad hacia todas mis partes.  
puedo hacer factible  
que todo lo que me concierne funcione  
para mis mejores intereses.  
Sé que tengo aspectos que me desconciertan  
y otros que desconozco.  
Pero mientras yo me estimo y me quiera,  
puedo buscar con valor y optimismo soluciones para las incógnitas  
e ir descubriéndome cada vez más...  
(Satir, 1975)

Una necesidad inminente en la vida de todo ser humano es la capacidad para estimarse a sí mismo con todo lo que ello implica. La autoestima es probablemente la habilidad emocional más importante para el bienestar total de los individuos y su consecución está íntimamente relacionada con la satisfacción personal y la autorrealización.

La autoestima ha despertado mucho interés en las últimas décadas por parte de profesionales de diversas áreas, así como del público en general. Los cambios globales que han ocurrido en la sociedad contemporánea han contribuido a que ésta se conciba no solo como una cualidad afectiva, sino también como un factor predictor del éxito o fracaso, un requisito para integrarse laboralmente a diferentes organizaciones o una competencia en cualquier ámbito de la vida de las personas incluso en los que anteriormente no se había considerado, por ejemplo en el campo económico-financiero.

En el proceso salud-enfermedad y en específico en el caso del tumor mamario la importancia del autoestima no solo es destacada, es vital, pues está fuertemente vinculada con aspectos que favorecen o dificultan este proceso, como la adherencia al tratamiento, percepción de control, insatisfacción con los resultados de las intervenciones, entre otros. Por lo que el papel del psicólogo como facilitador de estas herramientas es fundamental, sin embargo, este enfoque se ha usado a partir

de los últimos tiempos. Antiguamente, al enfrentarse a un diagnóstico de cáncer la visión que se tenía era la de preservar la vida del paciente por el mayor tiempo posible, incluso si era a costa de su propia calidad de vida.

Aunque esta perspectiva ha quedado obsoleta, todavía es posible encontrar personas que le confieren un peso mínimo a la experiencia emocional de las pacientes. Pero las evidencias que apoyan los beneficios de incorporar los diferentes recursos terapéuticos, tratando a los enfermos con una perspectiva integral de su persona son una realidad ineludible.

La calidad de vida personal está notablemente influida por la forma como cada persona se percibe y se valora a sí misma (Martínez, 2010).

Ahora bien, es conveniente mantener expectativas realistas en cuanto a la formación de autoestima. Conseguir una autoestima sana no es sencillo y mucho menos rápido, es producto del esfuerzo por cambiar viejos hábitos disfuncionales con paciencia, mas no con pasividad. El hecho de que una mujer con cáncer de mama participe de una manera activa en este proceso no va a ser la cura directa para su enfermedad, no se van a resolver todos sus conflictos “por arte de magia”. Al comprender el proceso de autoestima no habrá accedido a un recetario para la felicidad. No obstante, adquirir estas habilidades brindará a las pacientes un sólido apoyo para adaptarse al tratamiento y a las subsecuentes pérdidas que éste supone, enfrentar y superar las adversidades que sobrevengan, dará la sensación de eficacia para cuidar de sí mismas y las ayudará a no rendirse o sentirse indefensas. Tal como menciona Branden (1994), un sentido bien desarrollado del yo es una condición necesaria para el bienestar, pero no una condición suficiente. Su presencia no garantiza una realización, pero su ausencia, garantiza, de alguna forma, la ansiedad, la frustración o la desesperación.

### **3.1. Definición**

Gozar de una autoestima saludable es una ventaja enorme en cada etapa del ciclo vital del ser humano. Es deseable que las personas que sufren algún padecimiento

como es el cáncer tengan actitudes que fomenten la confianza en sus capacidades para enfrentar los desafíos que conlleva la enfermedad. No obstante, en la moderna sociedad mexicana se promueven conductas que poco tienen que ver con el aprecio por sí mismos. Desde la familia y las principales religiones hasta los medios de comunicación de masas han heredado ideologías y modelos de proceder que dificultan la capacidad para sentir amor propio, ¡y no solo eso!, se ha incomprendido (y a menudo malentendido) el verdadero significado de la autoestima. La reciente popularización de dicha cualidad ha hecho esta situación más aguda, confundiendo la autoestima con hábitos que, por mucho, tienen por objetivo proyectar una falsa imagen de seguridad a los demás.

El presente estudio no persigue la meta de hacer una crítica extensiva de las razones que llevan a los individuos, frecuentemente desde pequeños, a sostener una pobre relación afectiva consigo mismos. Sin embargo, vale la pena situarse en el contexto de esta problemática que afecta a la población en general, pero que se acentúa más en las personas que se enfrentan a un diagnóstico como el de cáncer de mama.

Existen tantas definiciones de autoestima como estudiosos en la materia. La conceptualización ha evolucionado y se han agregado u omitido elementos de acuerdo con el contexto de cada autor; para muestra de ello, basta indagar las primeras definiciones que se dieron. Casi todos coinciden en comentar que las teorías de la autoestima surgieron con William James (1842–1910). De acuerdo con Martínez (2010) las investigaciones de James sugerían que a la hora de darse un valor personal se suelen considerar tres componentes de la identidad; el primero es el estilo de pensar sentir y actuar, los rasgos de la personalidad. El segundo es el “yo” social, las cualidades o defectos que reconocen los demás, y la buena o mala reputación que se tiene en el entorno social. El tercero es el “yo” material que incluye la imagen corporal, las riquezas, el patrimonio económico y las propiedades que son importantes para la persona.

Asimismo, señalaba que para calcular el nivel de autoestima se tiene que dividir los éxitos entre las pretensiones. Si los triunfos igualan o superan a las aspiraciones la

autoestima sería positiva, pero si los anhelos suman más que los logros la autoestima sería negativa.

Ciertos aspectos de esta teoría han sido retomados por autores contemporáneos y han servido como base para reformulaciones e investigaciones subsecuentes.

El autor que hiciera aportes a la teoría con su escala para medir la autoestima, Rosenberg (1979 en Sánchez, 1999) definió la autoestima personal como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La autoestima es otro aspecto del autoconcepto y se refiere a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Rosenberg, 1965, en Sebastián, Manos, Bueno y Mateo, 2007).

Otra pionera en las investigaciones de la autoestima, Satir, dice que la autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen. La conceptualiza como la capacidad para valorar el “yo” y tratarse con dignidad, amor y realidad (1976, p. 34-35).

Para Bonet (1997) el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias conductuales dirigidas hacia sí mismos, hacia la propia manera de ser y comportarse, hacia los rasgos del cuerpo y del carácter, configuran las actitudes a las que globalmente se les conoce como autoestima. La autoestima es en suma la percepción evaluativa de uno mismo.

Asimismo, Coopersmith (1996), sostiene que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo (Steiner, 2005).

La definición que se ajusta mejor a los propósitos de este proyecto es la que propone Branden en 1994. A lo largo de sus investigaciones, él ha incorporado otros

elementos además del sentimiento de valía personal que diversos autores han manejado. Para Branden la autoestima plenamente consumada es la experiencia fundamental de que se puede llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente la autoestima sería la confianza en la propia capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. La confianza en el propio derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de tener derecho a afirmar las necesidades y carencias personales, a alcanzar los principios morales y a gozar del fruto de los esfuerzos (p. 21-22).

En síntesis, para Branden existen dos componentes relacionados entre sí. Uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal (autoconfianza). El otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo (autovalía o autorespeto). Y añade que independientemente de la referencia que se haga a los componentes de la autoestima, es posible encontrar invariablemente estos aspectos.

En la opinión de Martínez (2010) la autoestima posee tres elementos:

- *Componente cognitivo*: Es el autoconcepto personal, la descripción que tiene cada uno de sí mismo en las diferentes dimensiones de su vida. Incluye la opinión que se tiene de la propia personalidad y conducta, así como las ideas y creencias, sobre sí mismo.
- *Componente afectivo*: Supone un juicio de valor sobre las cualidades personales, la respuesta afectiva ante la percepción de uno mismo.
- *Componente conductual*: Es el proceso final de la valoración anterior, que se plasma en la decisión en intención de actuar. Las acciones van determinadas por la opinión que se tenga de ellos mismos y del esfuerzo que se esté dispuesto a realizar para conseguir el reconocimiento (propio y de los demás) por las acciones realizadas.

La autoestima se forma a lo largo de la historia personal de los individuos a partir de la influencia que ejerce el medio en el que la persona se desarrolla, así como de sus experiencias, acciones y logros.

La familia es muy importante en la formación de la autoestima. La familia introduce las primeras representaciones sobre lo que el niño es y el valor que tiene. La aceptación o rechazo que obtenga de los miembros de su familia será un punto clave en la cimentación de su seguridad y confianza.

Los compañeros y maestros de la escuela, los amigos y los medios de comunicación también juegan un rol sustancial en la creación de la autoestima. De ellos se aprende lo que se considera deseable o estimable en una persona, así como valores, ideologías y pautas de comportamiento o estilos de vida.

Muchas de estas conductas tradicionales operan en las personas de una manera automática, es decir, no se cuestionan, solo se llevan a cabo sin reflexionar previamente al respecto. Probablemente porque en la infancia las afirmaciones de los demás eran percibidas como algo irrefutable y verídico. En resumen, producto de esas interacciones se establecen relaciones de contingencia y condicionamientos.

Es importante que se reconozca la influencia del ambiente en el desarrollo de la autoestima, pero es necesario hacer énfasis en la responsabilidad que cada persona tiene de decidir si continuar con los hábitos que lleva hasta entonces o sustituirlos por otros que le resulten más funcionales.

Sería perjudicial ofrecer a la gente nociones de autoestima para “sentirse mejor”, desconectadas de cuestiones relativas a la consciencia, la responsabilidad y la elección moral (Branden, 1994).

Finalmente, es posible deducir que la autoestima no es algo con lo que el ser humano nazca. Incluye una serie de actitudes que se aprenden con el tiempo y que cualquiera que tenga plena voluntad puede adquirir. No obstante, la lucha por sobrevivir sí es innata. Al igual que todas las especies, la supervivencia del ser humano depende en gran medida de su capacidad para adaptarse al entorno y es aquí donde la autoestima adquiere su carácter vital.



## **3.2 Aspectos interrelacionados con la autoestima**

### **3.2.1 Autoconcepto**

A lo largo de su vida las personas desarrollan maneras de interpretar el mundo que son consistentes con sus esquemas cognitivos, creencias y valoraciones acerca de sí mismo y de los demás, así como de las imágenes y actitudes de los otros hacia él en constante interacción con el entorno. Es indispensable tener en cuenta dicha aproximación cuando se habla de autoconcepto.

El autoconcepto global vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo (multidimensionalidad), que se estructuran en una organización jerárquica (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008).

Ausubel (1952, en Oñate, 1989) define el autoconcepto como la combinación de tres elementos en cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales.

La definición más completa probablemente sea la de Purkey (1970, en Oñate, 1989). Él considera el autoconcepto como un sistema complejo de creencias, cada uno con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de sí mismo. El autoconcepto es una realidad organizada; se caracteriza por el orden y la armonía. Cada creencia tiene dentro del sistema su propio valor positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso es una habilidad importante para el Yo, reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas. Y al revés, el éxito es una característica importante que eleva la valoración de otras características personales. Es una realidad única, no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias. Además de ser organizado es una realidad dinámica. El mantenimiento del Yo, tal como se percibe a sí mismo constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana.

Diversos especialistas en la materia están de acuerdo en que existen múltiples niveles y categorías o dimensiones organizadas jerárquicamente y que forman el autoconcepto en un sentido global.

Staines (1958, en Oñate, 1989) distingue tres niveles: el nivel Yo conocido, o lo que el individuo percibe que es él mismo; el nivel del otro Yo, o lo que los otros piensan de él; y el Yo ideal o lo que desearía ser.

Respecto a esto, es importante que se tenga en consideración el papel que desempeña la cultura en el juicio positivo o negativo que las personas dan a sus ideologías y comportamientos. En referencia con los valores transmitidos de generación en generación las personas modelan sus actitudes, acciones, sentimientos, creencias y pensamientos, y les dan el carácter de correcto o incorrecto, bueno o malo y les confieren un grado de importancia. Así, alguien puede percibir cierta conducta como deseable o inaceptable según el ideal que se haya establecido previamente; puede anhelar o rechazar algo, sentirse satisfecho, inconforme o de cualquier otra forma ante alguna circunstancia. Con base en esto, se construirá el autoconcepto. En pocas palabras, la formación del autoconcepto estará mediada por la cultura.

Explica Rice (2000) que habiendo construido conceptos sobre sí mismos y sobre sí mismas, las personas deben enfrentarse a la estima que tienen de sí. Cuando su autoconocimiento las lleva a la autoaceptación y a la aprobación, a un sentimiento de valía, entonces tienen autoestima suficiente como para aceptarse a sí mismos y a sí mismas. Para que las personas se autoestimen, debe existir una correspondencia entre los conceptos de sí mismas y los yo ideales (Naranjo, 2007).

Rogers (en Rice, 2000) señala que existe una ausencia de conflicto interno y de ansiedad cuando las personas descubren quienes son, y lo que perciben que son y lo que quieren ser comienza a converger, entonces pueden aceptarse a sí mismas sin conflictos. Sus autopercepciones y las relaciones con otras personas llevan a la autoaceptación y a la autoestima. Por otra parte, el desajuste psicológico ocurre cuando hay una divergencia entre el yo real y el yo en relación con otras personas, con respecto al yo que le gustaría ser (Naranjo, 2007).

Otros autores como Esnaola, Goñi, Madariaga (2008) y Salum-Fares, Marín y Reyes (2011) distinguen al menos cuatro dimensiones que componen el autoconcepto. Éstos son:

- *Académica*: Percepción de la competencia que se tiene respecto a las diversas materias escolares.
- *Social*: Percepción de la aceptación social que recibe, así como de sus habilidades sociales.
- *Personal*: También llamado Emocional o Moral. Incluye la propia percepción de la ética y moral, sentimientos de adecuación como persona, percepción de su ajuste emocional y regulación de emociones, autonomía y autorrealización.
- *Física*: Habilidad física y deportiva, apariencia física, condición física, competencia física, salud, fuerza, resistencia, coordinación, flexibilidad, capacidad funcional.

El estudio del autoconcepto es aún un tema abierto a discusión. Para McCall y Simons (1966); Stryker (1968), y Burke y Tully (1977) los autoconceptos están compuestos en parte de rol, identidades, entre otros (Oñate, 1989). Un rol es aquella atribución que se ha hecho tradicionalmente al hombre y a la mujer en la sociedad. Muchas veces se identifican ciertas características como propias de un género, como si fueran parte de sus constitución biológica (“los hombres de verdad son fuertes y no lloran”, “las mujeres son débiles por naturaleza”) de tal forma que las personas adoptan modelos de comportamiento y estilos de vida que encuentran apropiados para cumplir con su rol.

La identidad es un proceso de construcción en la que los individuos se van definiendo a sí mismos en estrecha interacción simbólica con otras personas (Mead, 1974)... es la capacidad de considerarse a uno mismo como objeto y en ese proceso ir construyendo una narrativa sobre sí mismo. La construcción de identidad es así un proceso al mismo tiempo cultural, material y social. Cultural, porque los individuos se definen a sí mismos en términos de ciertas categorías compartidas,

cuyo significado está culturalmente definido, tales como religión, género, clase, profesión, etnia, sexualidad, nacionalidad que contribuyen a especificar al sujeto y su sentido de identidad. Estas categorías podríamos llamarlas identidades culturales o colectivas. Es material en cuanto los seres humanos proyectan simbólicamente su sí mismo, sus propias cualidades en cosas materiales, partiendo por su propio cuerpo; se ven a sí mismos en ellas y las ven de acuerdo a su propia imagen. Es también un proceso social, porque la identidad implica una referencia a los “otros” en dos sentidos. Primero, los otros son aquellos cuyas opiniones acerca de nosotros internalizamos, cuyas expectativas se transforman en nuestras propias autoexpectativas. Pero también son aquellos con respecto a los cuales queremos diferenciarnos (Larrain y Hurtado, 2003).

Por mencionar una de las varias afectaciones en el autoconcepto que las pacientes con cáncer de mama frecuentemente enfrentan, se puede hablar de los desajustes en relación a la identidad de género. Algunas perciben que no poseen las características propias del género femenino, o bien, que éstas han disminuido después de la cirugía mamaria y los efectos de la quimioterapia, principalmente. Las mujeres pueden sentirse desorientadas, sentir que les falta un elemento que simbólicamente les indicaba el género al que pertenecían. Al vivir en un entorno tan determinante en lo que se refiere a los atributos correspondientes al género masculino o femenino, esto es un problema.

Asimismo, al estar en tratamiento pueden pensar que están descuidando los diferentes roles que se le habían conferido; madre, esposa, hija, amiga, profesionista, entre otros. Si las pacientes encuentran que cumplir estas expectativas es algo difícil de alcanzar es muy probable que tienda a atenuarse su autoaceptación y sentirse ansiosa o albergar sentimientos de incompetencia, inseguridad, descontrol, inadecuación y empobrecimiento de las relaciones sociales.

### 3.2.2 Autoimagen

Una de las partes más importantes de la autoestima es la autoimagen. Probablemente sea la que reciba mayor impacto desde el diagnóstico de cáncer de mama y hasta el final del tratamiento por ser la parte externa y visible de las personas.

Según Rosen (1995, en Raich, 2000) la imagen corporal se refiere a la manera en la que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea que se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos: como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales.

La imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo (Cash, 1994; Cash y Pruzinsky, 1990 en Sebastián et al, 2007).

Como se ha mencionado anteriormente, los seres humanos adquieren fuertes mensajes del exterior. Éstos a menudo determinarán pautas de comportamiento para determinar lo que se espera y lo que no, con el objetivo de sentirse parte de cierto grupo. Se inculca lo que es “correcto” y a distinguirlo de lo que no lo es y en la cuestión visual, se enseña a discriminar entre lo que es “bello” y lo que es “feo”.

La belleza es una experiencia subjetiva que también se encuentra establecida por la cultura, es decir, es normal encontrar diferencias entre el modelo de belleza que existe entre una región y otra o entre una época y otra. Al menos en la sociedad actual, a las mujeres se les ha educado para ser principalmente bellas, delicadas, femeninas, delgadas y coquetas. Como prueba no científica de ello basta ver la cantidad de revistas de moda que dicen cómo vestir, como maquillarse, como peinarse, o los anuncios que prometen bajar de peso a la talla de novedad, (que por cierto, a veces no tienen en cuenta parámetros que se ajusten a una medida sana) y programas de televisión que han tendido a crear asociaciones entre el atractivo físico y las características de los personajes (usualmente los que son “agradables a

la vista” son los virtuosos) e inclusive a predecir el éxito y la felicidad según lo agraciados que luzcan los personajes, sólo por mencionar algunos ejemplos.

La autoestima en las mujeres depende mucho del atractivo físico, mientras que en los hombres depende de otras características como la fuerza, la destreza física, entre otros. Esto es debido a que la sociedad recompensa a las mujeres por el atractivo físico, mientras que recompensa al hombre por otras características. La sociedad entrena a las mujeres para preocuparse por su apariencia externa y para valorarse principalmente por ella, excluyendo otras características más importantes en la definición del valor como persona (Raich, 2000).

Estas aspiraciones irreales de belleza fomentan en las personas una pérdida de su individualidad y una percepción desfavorable de su cuerpo, aún si no tienen enfermedad orgánica. En lo correspondiente a las pacientes con cáncer de mama una vez que comienzan a experimentar los cambios en su cuerpo y que se dan cuenta que dichas pretensiones son más difíciles de cumplir, es posible que ellas tengan sentimientos negativos o desagradables al pensar o contemplar su figura.

Thompson (1990, en Raich, 2000) concibe el concepto de imagen corporal constituido por tres componentes:

- *Un componente perceptual:* precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad.
- *Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo):* actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.
- *Un componente conductual:* conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan.

Las alteraciones en la percepción se observan comúnmente entre las pacientes que con la serie de modificaciones que ha sufrido su cuerpo, perciben su cuerpo hinchado o desfigurado o también cuando centran su atención en las pérdidas que

han tenido e ignoran o minimizan los aspectos favorables de su físico. De igual forma puede que sostengan un diálogo interno basado en ideas que apoyen dicha apreciación. Sebastián et al (2007) afirman que las agravantes en la imagen corporal son más habituales en las pacientes cuya alternativa de operación fue mastectomía versus tumorectomía.

Cognitivamente es probable que cuando las mujeres con cáncer de mama observen los cambios que ha habido en su cuerpo sientan pena, rabia, ansiedad, tristeza, preocupación, entre otras emociones. O también puede ser que experimenten sentimientos de insatisfacción corporal posterior a la cirugía para remover el tumor.

A nivel conductual, algunas pacientes evitan actividades en las cuales sienten que su cuerpo se pone en evidencia; evitan mirarse al espejo sin ropa, dejan de frecuentar su círculo social, dejan de salir de su hogar y en general, organizan su estilo de vida en función de su preocupación por esconder los cambios.

A consecuencia de su imagen corporal deteriorada, estas pacientes pueden ver debilitadas sus habilidades sociales, lo que puede deteriorar también su autoestima, como se ha explicado anteriormente. Frecuentemente les puede ser difícil aceptar cumplidos de sus seres queridos, atribuyéndoselos a la amabilidad del emisor o a otras cualidades de este. El rechazo a estas expresiones se hace notar con frases similares a “lo dices por lástima y para que no sufra”, “lo dices porque no tienes esta enfermedad”, “lo dices porque no sabes que decir”.

A veces las pacientes manifiestan lo dañada que se encuentra su imagen corporal en dificultades para lograr su satisfacción sexual. Las creencias y pensamientos acerca de su apariencia que surgen al mostrarse frente a su pareja, aunado a los efectos del tratamiento pueden complicar que viva su sexualidad a plenitud.

Los daños a la identidad de género usualmente se presentan. El símbolo de feminidad y atractivo físico que durante años ha estado asociado con las mamas ha provocado que gran parte de la población que se ha sometido a una mastectomía encuentre su cuerpo poco femenino. Por otra parte, con los movimientos sociales que

han ocurrido los últimos años en los cuales los participantes han abogado por equidad de género e igualdad de oportunidades han enfatizado como parte de su ideología que la principal diferencia entre hombres y mujeres es el cuerpo.

Existen varios trabajos que sugieren que las mujeres que experimentan mayor insatisfacción con su imagen corporal después del tratamiento del cáncer de mama son aquellas que creen que sus senos son importantes para su feminidad y atractivo, que valoran su apariencia física y que se consideran muy femeninas, (Carver et al., 1998; Petronis, Carver, Antoni y Weis, 2003; Wellisch, DiMateo y Silverstein, 1989 en Sebastián et al., 2007).

Se dice que una pobre imagen corporal va asociada con una baja autoestima. Es decir que uno se siente poco adecuado como persona. No se autovalora. Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo (Raich, 2004).

### **3.2.3 Autoconocimiento**

Los seres humanos somos seres racionales que podemos procesar adecuadamente los “datos”, (la información) que recibimos del mundo exterior que aparece al margen de nosotros y a la cual accedemos cuando ponemos en marcha nuestros procesos de conocimiento. Como un sujeto racional, el ser humano tiene la capacidad de conocer de forma precisa, ajustada y correcta, es decir, de *representar* adecuadamente el mundo de los hechos. De manera que este tipo de conocimiento será válido y verdadero cuando *represente* la realidad (Caro, 2007).

El conocimiento se puede conceptualizar como el acervo de información almacenada por medio del aprendizaje de un sujeto a otro, la práctica o la introspección. El autoconocimiento, es pues, un proceso de aprendizaje básico y



continuo de uno mismo. Es la toma de consciencia de la propia persona y es característico de la especie humana.

El problema de conocerse a uno mismo ha sido abordado desde tiempos remotos por diversos pensadores. En palabras de De la Herrán Gascón (2003) entre los precursores del estudio del autoconocimiento, se encuentra Pittaco (o Pítaco) (652-570)/ uno de los Siete Sabios de Grecia con el famoso imperativo: “Conócete a ti mismo” (...) Más tarde, Buda (560-480) decía a sus monjes: “Vuestro deber es estudiaros y reflexionar sobre vosotros mismos”, entre otros innumerables pasajes de las escrituras budistas que inducen al autoconocimiento. Después, Sócrates (470-399) con su “Sólo sé que nada sé” venía a sugerir: Conócete a ti mismo y conocerás la naturaleza de los dioses. Platón siguió en gran medida esta misma línea de investigación, asociando, como hiciera Sócrates, el conocimiento de las cosas (exterioridad) con el autoconocimiento. Su pauta pudo ser: Conociendo la naturaleza me conozco mejor a mí mismo, pero no podré alcanzar a comprender la esencia de lo externo, sin autodescubrirme primero.

Autoconocerse significa tener consciencia de los propios sentimientos, actitudes y aptitudes, deseos, gustos, necesidades y preferencias, rasgos, motivaciones, resistencias, metas, inquietudes, limitantes y todo aquello relacionado con la propia persona, con el objetivo de lograr un desarrollo y bienestar emocional. Conocerse es un proceso complejo de autodescubrimiento y entendimiento. Se diferencia del autoconcepto en que éste responde a la pregunta *¿Cómo soy?*, mientras que el autoconocimiento responde a *¿quién soy?* Una diferencia más es que la sociedad no ayuda en la construcción del autoconocimiento, de hecho, podría decirse que en cierta medida lo obstaculiza. Pero, *¿de qué manera los elementos culturales y sociales dificultan esta fase de descubrimiento propio?* A continuación se intentará explicar.

La niñez es el escenario en que comienza dicha transformación. Es en este momento cuando padres y tutores intentan modelar las conductas de los niños, de acuerdo con los parámetros de lo que se considera socialmente aceptable o inaceptable. Ellos, anteriormente también tuvieron que adquirir reglas de

convivencia y criterios de ajuste para integrarse en la sociedad y evitar la marginación. Lo que significa que los repertorios conductuales heredados de generación a generación probablemente hayan estado expuestos a diversas modificaciones, sin embargo, gran parte de su contenido permanece intacto.

Pero han ignorado un aspecto fundamental para el ser en formación: educar las emociones. Es esperable que esta forma de conducta también haya sido hereditaria. Como diría Micheá (2002, en Escudé, 2003) “La sociedad moderna, que ha alcanzado un grado de educación formal sin precedentes, también ha dado lugar a otras formas de ignorancia”.

En este marco cultural, el individuo aprenderá no sólo como comportarse, sino como *no* comportarse, qué sentir, que reprimir y en qué circunstancias hacerlo para acomodarlo a las expectativas del medio, de lo contrario, se corre el riesgo de ser desaprobado y con ello rechazado.

La prisa de los padres por ver al niño adoptar unos comportamientos de acuerdo con la imagen que se hace de un niño “bien educado”, los llevará a omitir o a rechazar ciertas manifestaciones de la naturaleza infantil, que representan requerimientos vitales del organismo en crecimiento: cuando el niño empiece a oponerse a las prohibiciones de los padres en un movimiento de autoafirmación, se hablará de insubordinación y falta de respeto; cuando rechace compartir juguetes, se hablará de egoísmo; cuando, para confirmar su propia imagen, intente atraer la atención, la aprobación, los elogios, se hablará de orgullo y vanidad. El adulto llega a atribuir malos instintos a lo que son legítimas aspiraciones del pequeño pero que solicitan solamente ser guiadas en su manifestación. El niño no puede fiarse de lo que experimenta, ya que en la opinión de sus padres esto lo lleva por el mal camino (Artaud, 1987).

Hasta ese momento, la persona crece con plena consciencia de aquello que considera aceptable, en tanto aquello que considera “indeseable” permanece oculto y puede estar sujeto a confusión, juicios, rechazo, desvalorización y desconocimiento.

Un segundo momento crucial en esta etapa, es cuando el individuo entra en una fase de renegociación. Replanteará sus objetivos en función de él mismo y no de los demás. Será orillado a cuestionarse qué tan confiables son los valores que le fueron inculcados, que tan coherentes son sus creencias y a reflexionar la congruencia de su conducta. Puede experimentar sentimientos de culpa y miedo, al punto que prefiera continuar con su antigua serie de comportamientos. Sin embargo, las crisis seguirán ocurriendo hasta que el sujeto sea capaz de redefinirse, formarse una imagen propia donde abarque la totalidad de lo que es su persona y de lo que no es. Hasta que se permita aceptar y exteriorizar aquello que hasta ese momento no ha podido.

### **3.2.4 Autoaceptación**

“La curiosa paradoja es que cuando me acepto a mí mismo tal como soy, entonces puedo cambiar”

- Carl Rogers

Según Ellis (1980), uno de los rasgos humanos más valiosos para el individuo saludable, enfermo o físicamente impedido, es la plena aceptación de sí mismo. Sin embargo, aún la persona sana rara vez sabe lo que representa esta clase de aceptación, o como puede lograrla.

Conceptualizar acertadamente la autoaceptación, puede resultar engorroso, ya que con frecuencia se equipara esta expresión con otras como autoconfianza, que si bien, se encuentran relacionadas, no son homólogas. Incluso se llega a confundir con jactancia, que nada tiene que ver con la aceptación auténtica del propio ser. Otros más, han reducido la autoestima a la autoaceptación. También se ha malinterpretado el significado de este término, de tal forma que algunos individuos afirman que aceptarse a sí mismo implica no desear o intentar un cambio en su persona.

La aceptación no significa que no se aspire a corregir ciertos aspectos y a transformar otros tantos si así se desea. Aceptarse es la elección que hace una persona de no vivir en guerra consigo mismo.

En palabras de Branden (1994) la aceptación de mí mismo es mi negativa a permanecer en una relación de confrontación conmigo mismo. Es asumir el hecho de que lo que pensamos, sentimos y hacemos son todas expresiones del uno mismo en el momento en que suceden.

La aceptación incondicional –o lo que Carl Rogers llama estimación positiva incondicional- representa que uno se acepta a sí mismo plenamente, así como su existencia, su condición de ser animado, sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie. Pero lo que nosotros, por lo común, llamamos “confianza en sí mismo” o “amor propio”, es una forma sumamente condicional de aceptación. Uno tiene confianza en sí mismo o estimación de su persona debido a que posee alguna razón específica para ello, a que hace algo *bien o con excelencia*. Por lo tanto, perderá esa confianza o estimación tan pronto como comience a funcionar deficientemente (Ellis, 1980).

En este contexto, la mujer con cáncer de mama puede aceptarse o rechazarse en términos de la mejora de su salud, del desempeño de sus actividades antes y durante la enfermedad, del cumplimiento de las exigencias del medio, de su apariencia en comparación con ella misma en el pasado o con otras personas. Sin embargo, la verdadera autoaceptación supone que las pacientes se acepten a ellas mismas por elección propia, sin juzgarse, medirse o calificarse. En otras palabras, independientemente de la ejecución de sus actos, de los hechos, de sus condiciones y de la aprobación o desaprobación de otros.

Branden (1994) afirma que la autoaceptación tiene tres niveles de significación:

El primer nivel, el más primitivo, es el de *estar para sí mismo, estar del lado propio*. Se refiere a la valoración y compromiso personal. Es defender el derecho innato de existir, es enfrentarse a lo que más necesita encontrar sin derrumbarse en el odio a sí mismo.

El segundo nivel corresponde a la disposición individual de admitir, sin negación o evasión lo que se piensa, lo que se siente, lo que se desea, lo que se ha hecho. Es

la negativa a considerar cualquier parte de uno mismo –nuestro cuerpo, nuestras emociones, nuestros pensamientos, nuestros actos, nuestros sueños- como algo ajeno, algo distinto a mí. Es nuestra disposición a experimentar en vez de a desautorizar cualesquiera hechos de nuestro ser en un momento particular, a pensar nuestros pensamientos, tener nuestros sentimientos, a estar presente a la realidad de nuestra conducta (Branden, 1994)

El tercer nivel conlleva la idea de ser amigo de sí mismo. Es la actitud de benevolencia, comprensión y compasión (no conmiseración) para consigo. Suponiendo que un individuo ha cometido un error o ha hecho algo que considera incorrecto o poco digno, este nivel sugiere la búsqueda de las razones primordiales que lo llevaron a actuar de esa forma, que lo hicieron que contemplara esas alternativas y que las eligiera. No significa justificar sus actos, o evadir su participación, sino brindar un significado dentro del contexto, lograr un mayor nivel de comprensión y responsabilidad.

La autoaceptación no es una tarea simple. Requiere compromiso, constancia y valor, sin embargo, en la medida en la que las pacientes logren aceptarse a ellas mismas en su totalidad incluyendo aquellos aspectos desagradables o difíciles de admitir, será cuando podrán experimentar un cambio en su autoestima. No significa que sentirán gusto por lo que perciben, significa respeto por la realidad. Si por cualquier circunstancia, a la persona no le fuera posible aceptarse tal cual es, entonces es necesario aceptar la resistencia a aceptarse, pues no se puede cambiar aquello que se niega.

### **3.2.5 Autoconfianza, autoeficacia o sentido de eficacia personal**

“La suposición de nuestra vulnerabilidad frente a los peligros no dependen tanto del volumen o la naturaleza de las amenazas como de la ausencia de confianza en las defensas disponibles”

Zygmunt Bauman

De acuerdo con Branden (1993), la autoeficacia es uno de los pilares de la autoestima. El sentido de autoeficacia, al igual que el resto de cimientos del amor propio no es una facultad con la que el ser humano nace; es una alternativa que las personas eligen por voluntad propia.

La autoeficacia se define como la perseverancia frente a las dificultades: continuar intentando comprender cuando resulta difícil; querer llegar a dominar una aptitud o la solución de un problema frente a las derrotas; mantener un compromiso con las metas aunque se encuentren muchos obstáculos en el camino (Branden, 1993 p. 71).

La autoconfianza es uno de los elementos primarios de la autoestima y frecuentemente se dañan sus cimientos antes de ser construida sólidamente. Esto obedece a diversos factores. Uno de ellos es la sociedad moderna en la que se vive, cuyos criterios de inclusión en los diferentes grupos sociales, políticos, religiosos, deportivos, entre otros, únicamente benefician a los que cumplen con determinados requisitos, fomentando la competencia excesiva. Los “mejores” son aceptados y recompensados, los “menos buenos” son eliminados y generalmente no reconocidos. Si no se es el mejor, el precio que habrá que pagar es el rechazo, entendido como una forma de fracaso y con ello la disminución de la confianza.

La forma más primitiva de este modelo tiene su origen en algunos estilos de crianza, sobre todo en aquellos que condicionan la aceptación y el afecto dependiendo si el menor se ajusta a las normas establecidas o si se es “el mejor” en algo. Pronto, el niño experimentará temor si hubiera alguien que le desplazara de su lugar privilegiado.

Para que un niño sea “bueno” tiene que acoplarse a diversos estándares culturales que heredaron los cuidadores y que a su vez son heredados al infante. Anteriormente se había mencionado el rol que ocupa la cultura en los procesos cognitivos y conductuales del individuo. Así que desde temprana edad, el niño aprende no solo lo que es “correcto” sentir, sino lo que es “incorrecto” sentir y de

qué forma manifestarlo según sea el caso. Esto, muchas veces lleva a un inadecuado manejo de emociones.

En palabras de Artaud (1987), el abuso de poder del adulto en esa pedagogía no reside en el hecho de haber propuesto un modelo que supone una ayuda indispensable para el crecimiento, sino en haber querido imponerlo como la única manera de crecer; no está en el hecho de haber pretendido controlar la expresión de los deseos, sino en haber declarado los deseos inaceptables.

*Me encuentro aquí en el origen de este divorcio que da lugar al nacimiento de este sentimiento de distanciamiento de mí mismo que experimento hoy. He aprendido a desconfiar de mí, a considerar como algo perjudicial y peligroso lo que surge del fondo de mi persona. He perdido un contacto que difícilmente puedo recuperar. Para conservarlo me hubiera sido necesario acallar la primordial necesidad de seguridad afectiva y arriesgarme a sentirme rechazado: el precio era, desde luego, demasiado elevado. Desarrollé entonces una tendencia a desautorizar o a deformar mis sentimientos para conformarlos a las exigencias reales o intuitas de mi entorno (p. 38 – 39).*

Muchos teóricos del desarrollo coinciden en la importancia de las experiencias adquiridas en las primeras etapas del ciclo vital. ¿Qué se le estará inculcando al menor cuando se le manifiesta cariño o aceptación en virtud de que sea “el mejor” para amoldarse a las necesidades y deseos de los cuidadores?

Tratar de mejorar lleva a evolucionar, pero no debe confundirse con el deseo de ser “perfecto”. La idea de perfección y excelencia es subjetiva e inalcanzable. Si se aspira a ser perfecto se está corriendo el riesgo de establecer expectativas poco realistas sembradas en suelo no firme, que afectarán el sentido de autoeficacia del individuo en caso de no cumplirse.

Los objetivos del presente estudio no conllevan una crítica extensiva de los modelos educativos con los que las personas se desarrollan. Tampoco de las pautas sociales

que prevalecen en la actualidad, sin embargo, a menudo, en la praxis es posible observar las dificultades producto de un débil sentido de autoeficacia y que ante un diagnóstico como es el cáncer de mama se agudizan, haciendo más complicado este proceso.

En síntesis, la autoeficacia es relevante en tanto que no se puede avanzar en lo que se haya emprendido si no se posee la suficiente confianza en las propias capacidades. Si la persona duda de sus recursos para afrontar los obstáculos que se presenten en el camino hacia sus metas, vivirá con miedo a fracasar y en consecuencia tendrá escasos resultados.

Para concluir esta línea, poseer un alto sentido de eficacia no significa el rechazo de los sentimientos desagradables, sino evitar identificarse con estos de manera constante o permanente. En el caso específico de las mujeres con esta patología, también es normal sentirse desesperanzadas, sobrepasadas por la enfermedad y por otros problemas, dolidas y frustradas; sin embargo es necesario que se le dé un carácter temporal a dicha situación.

Este punto también cobra relevancia en la adherencia al tratamiento. Si la paciente piensa que tiene un papel activo en el tratamiento médico, que auxiliada por los especialistas puede mejorar la eficacia de éste y confía en sus recursos para hacer frente a la enfermedad es más probable que su actitud sea cooperadora, que obtenga varios resultados favorables y disminuyan sus sentimientos negativos.

Para mantener saludable la autoeficacia de las pacientes y con ello, elevar su calidad de vida en este proceso, es imprescindible que no se identifiquen a sí mismas con el cáncer ni con sus emociones dañadas. Que manejen una perspectiva más amplia y no reduzcan su persona a la totalidad de sus problemas; es decir, que sepan que ellas son más que eso. Esta distinción entre ellas y la enfermedad y/o los desequilibrios emocionales les dará la sensación de poseer un mayor locus de control interno.



### **3.2.6 Autovalía o Autorespeto**

Otro componente más que se encuentra relacionado con la autoestima es la autovalía, también llamada autorespeto. Este es un criterio que se encuentra presente en las publicaciones de diferentes teóricos de la autoestima. Ellos comparten la opinión de que la experiencia de la autoestima comprende la percepción del individuo acerca de que su persona es valiosa y, por tanto, merecedora de prosperidad y respeto.

La consciencia del valor que las personas tienen de ellos mismos sin importar la etapa del ciclo vital en la que se encuentre y ante cualquier circunstancia que se presente es indispensable para el logro de las metas que cada uno se ha propuesto.

Sin embargo, a pesar de que entre investigadores existe un consenso en la relevancia de la autovaloración, no existe una definición que albergue la complejidad de este término. Por lo que sencillamente se propone que el sentido de autovalía es la capacidad que tiene una persona para reconocerse como un ser apreciable, adecuado y honorable por la mera razón de su existencia.

Esta última parte es esencial que sea comprendida. Una falacia que suele suceder entre las personas con pobre autoestima es que suelen otorgarse un valor en función de los lujos que tengan, la belleza o juventud que posean, el estatus que manejen, sus éxitos y fracasos, entre otros. La autovaloración está alejada de todo eso. Las personas que se otorgan un valor justo, saben que las posesiones materiales y las pretensiones mundanas son solo eso. No es que no disfruten las comodidades de los bienes utilitarios, sino que ellos entienden que tener y ser son dos elementos diferentes.

Para Branden (1994) la autovalía es la confianza en el derecho propio a triunfar y ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos (p. 22).

El autorespeto suele ir de la mano del respeto hacia los demás. Cuando una persona se valora a sí misma, también tiene respeto hacia quienes le rodean. Es capaz de darse espacio a ella misma y a los demás.

Cuando se tiene autorespeto, el sujeto puede experimentar una sensación de estabilidad y seguridad. Algunas personas con un falso autorespeto confunden este punto con sentimientos de inferioridad o superioridad. Sólo cuando existe un pobre sentido de autovalía es que se necesita que otros brinden la confianza y seguridad que carece.

El autorespeto también se manifiesta cuando las personas se sienten libres de cumplir expectativas ajenas, de igual manera entienden la importancia de no presionar a los demás para satisfacer los propios anhelos.

El autorespeto le da a la persona un amplio sentido de autonomía al no basar el bienestar interno ni la satisfacción en el reconocimiento o aprobación por parte de los demás. Al mismo tiempo, debido a que existe un respeto por los otros y se otorga un valor a las personas, se procura que las palabras, actitudes y acciones tengan en consideración los sentimientos de ellos, sin comprometer los sentimientos e ideas propios.

Ahora bien, si la autovaloración es trascendental para las personas físicamente sanas, en las pacientes con cáncer de mama lo es aún más; es necesario que ellas se conciben a sí mismas como merecedoras de vivir óptimamente y enfrenten la enfermedad en consecuencia de ello, que entiendan que el cáncer no las hace más o menos valiosas que el resto de personas que gozan de buena salud, que sus necesidades y deseos son tan valiosos como los de todos; que es digna de ser tratada con cuidado por ella misma y por las personas a su alrededor; que sus experiencias y sentimientos son también respetables y que se perciba como una mujer apta para encarar los desafíos que supone el padecimiento, y en general la vida cotidiana; de tomar las decisiones que guiarán su estancia hospitalaria y que afectarán la eficacia del tratamiento; que es capaz de cumplir sus propias

expectativas; que puede desenvolverse favorablemente en la sociedad y que puede hacer de ésta una experiencia que la transforme positivamente.

### **3.2.7 Integridad personal**

La integridad consiste en la integración de ideales, convicciones, normas, creencias, por una parte y la conducta, por otra. Cuando nuestra conducta es congruente con nuestros valores declarados, cuando concuerdan los ideales y la práctica, tenemos integridad (Branden, 1994).

El ser humano, a lo largo de su evolución y con el objetivo de lograr una mayor adaptación y preservación de la especie, tuvo que introducirse en prácticas de socialización, por ejemplo, la implementación de ciertas normas de convivencia: juicios acerca de lo que es esperable o indeseable dentro de un grupo y en una situación específica. En la actualidad, estas reglas son las que guían gran parte del comportamiento de las personas y determinan lo que es socialmente aceptable y lo que no. Los individuos tienen la elección de comportarse de acuerdo a dichos parámetros, o bien, ajustarse a otros que regulen su conducta. La idea es que el conjunto de normas, valores, creencias, ideologías u objetivos del sujeto sean aquellos que le den un sentido a sus actos.

¿Pero qué pasa cuando no existe una congruencia entre lo que se piensa y lo que se hace? La respuesta es simple, se afecta el autorespeto, el autoconcepto y la autoconfianza. La persona puede concebirse a sí misma como alguien falso, deshonesto o poco confiable y por consiguiente lastimar su autoestima.

La integridad no garantiza que hagamos la mejor elección; sólo exige que sea auténtico nuestro esfuerzo por tomar la mejor elección, que permanezcamos conscientes, conectados a nuestro conocimiento, que apliquemos nuestra mejor claridad racional, asumamos la responsabilidad de nuestra elección y sus consecuencias y no pretendamos huir en una confusión mental (Branden, 1994).

### 3.2.8 Sentido de vida

“Quien tiene un *porqué* para vivir, puede soportar casi cualquier *cómo*”

-Frederick Nietzsche

La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una "racionalización secundaria" de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido. El hombre, no obstante, ¡es capaz de vivir e incluso de morir por sus ideales y principios! (Frankl, 1979).

Cuando se habla acerca del sentido de vida se apela a la dirección que le otorga el ser humano a su vida, en virtud de la consecución de sus metas. Tener un sentido de vida es primordial y cuando no se halla es como si la persona caminara constantemente sin rumbo fijo. La búsqueda del sentido de vida es la pauta que orienta hacia la autorrealización.

Cualquier persona necesita descubrir su propósito de vida y las mujeres que enfrentan un padecimiento como lo es el cáncer de mama no son la excepción. Si ellas no enfrentan la enfermedad con un propósito ¿cuáles serán sus motivaciones para adherirse al tratamiento? ¿Qué será lo que las obligue a adaptarse a las amenazas y al estrés severo que se encuentra implícito en un diagnóstico así? ¿Qué las movilizará para desarrollar recursos emocionales que, en el mejor de los casos, se encontraban latentes pero que eran desconocidos hasta el momento?

Un aspecto relevante y escasamente estudiado que se encuentra relacionado con la búsqueda del sentido de vida, es la actitud esperanzadora que las personas logran en su vida. Según Lazarus (1991, en Muñoz de Visco y Morales de Barbenza, 2008) la esperanza consiste en una expectativa positiva acerca de la posibilidad de superar un estado o situación negativa (p. 166).

Otros autores consideran que no siempre la expectativa se dirige a la solución de situaciones negativas, sino que cualquier objetivo que aún no se ha alcanzado, implica un estado de esperanza (...) Podría caracterizarse a la esperanza como la fe depositada en el futuro, que permite el uso de estrategias y modos positivos para enfrentar diferentes situaciones angustiosas o dolorosas, que lleva a una actitud más productiva y a mayor confianza en sí y en otros y mayor capacidad para disfrutar de la vida. Es una actitud que permite orientarse hacia el futuro haciendo proyectos, proponiéndose objetivos y metas (Muñoz de Visco y Morales de Barbenza, 2008).

Vivir con propósito es utilizar nuestras facultades para la consecución de las metas que hemos elegido: la meta de estudiar, de crear una familia, de ganarnos la vida, de empezar un negocio nuevo, de introducir un producto nuevo en el mercado, de resolver un problema científico, de construir una casa en vacaciones, de construir una feliz relación romántica. Son nuestras metas las que nos impulsan, las que nos exigen aplicar nuestras facultades, las que vigorizan nuestra vida (Branden, 1994).

Sócrates dice, en toda mi vida, en todo lo que he hecho, en todo lo que he encontrado he visto esa aspiración al Bien, he reconocido algo como esa tensión que reconoce que todo lo que hacemos tiene sentido. Hay un gran sentido ya en las cosas. Por eso, dice Sócrates, mi gran esperanza, mi *megale elpis* dice en griego, es que esta esperanza -traduzco- del sentido de la vida que he encontrado siempre en mi experiencia nutre, alimenta, mi expectativa de que la vida misma tenga sentido. Entonces, la idea de Sócrates que quiero retomar aquí aplicándola a una pregunta, a una situación muy paradigmática, es esa idea redescubierta de la evidencia del sentido que ya hay en las cosas, del sentido que podemos sentir, del sentido que podemos presentir, del sentido que podemos casi olfatear, es algo que nos regala una forma de esperanza que consiste en que nuestra vida tenga sentido, pero para eso tendrán que abrir sus sentidos al sentido que ya hay en la vida (Grondin, 2012).

#### **4. Terapia cognitiva estándar y distorsiones cognitivas**

En los capítulos anteriores se expusieron algunos de los principales cambios a los que se enfrentan las mujeres después del diagnóstico de cáncer de mama y que impactan seriamente en su autoestima. En este capítulo se hará un recorrido por los fundamentos de la psicoterapia cognitiva para explorar técnicas que logren amortiguar el golpe que supone este proceso.

El término *psicoterapia* comenzó a usarse desde principios del siglo pasado. De acuerdo con la OMS (2001, en Bousoño, 2013), se utiliza dicho concepto para referirse a las intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de ningún medio bioquímico o biológico. La American Psychiatric Association (1995) agrega que la psicoterapia se puede impartir en forma individual, familiar o grupal, dependiendo de las necesidades (Bousoño, 2013).

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo ('paciente' o 'cliente') que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. Existen diversos enfoques de psicoterapia, entre las cuales se encuentra la terapia cognitivo conductual (Rogers, 1997).

La psicoterapia cognitiva fue desarrollada principalmente por Aaron T. Beck y Albert Ellis, cada uno empleando técnicas con objetivos diferentes, pero aplicando la presente postura teórica a una gran variedad de problemáticas en diferentes poblaciones demostrando su efectividad como paradigma y colocándose entre las principales escuelas psicoterapéuticas.

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por estas en un sentido amplio, a las ideas, los constructos personales, las creencias,

las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, entre otros. La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular (Camacho, 2003). Más adelante se describirán a detalle dichos elementos.

En el área hospitalaria se han hecho bastos estudios desde la corriente cognitiva, específicamente como tratamiento para la depresión y el estrés en el proceso de salud-enfermedad. A pesar de las múltiples temáticas abordadas por los teóricos cognitivos, conceptualmente el término autoestima no ha sido descrito por ellos y en la actualidad existen escasas investigaciones de este corte orientadas a intervenir en la autoestima de las mujeres con cáncer de mama.

En la práctica psicooncológica es común encontrar afecciones en la autoestima de las mujeres con cáncer de mama, producto de representaciones disfuncionales (distorsiones cognitivas) acerca de ellas mismas y en relación con el problema de salud. No obstante, también es posible observar que a menudo las pacientes ya presentaban limitaciones de esta índole antes del diagnóstico, aunque se han agudizado después de este.

Son múltiples las ventajas de implementar estrategias para reestructurar los pensamientos distorsionados y mejorar la autoestima de las pacientes con cáncer de mama. Estos se reflejarán en diferentes aspectos de su vida, pero es importante hacer énfasis en la necesidad de mantener expectativas realistas de esta intervención. Desafortunadamente, hasta ahora, el entrenamiento en autoestima ni las técnicas propias de las terapias cognitivas han ofrecido la cura para la enfermedad médica; la meta es y será lograr el bienestar psicológico y enfrentar la enfermedad de una forma adaptativa.

Ya que se pretende proponer un plan de intervención para mejorar la autoestima de las mujeres con cáncer de mama, que sea integradora (no por ello ecléctica) eficaz y congruente con los fundamentos del marco cognitivo es preciso hacer un estudio cuidadoso y detallado en la materia.

## 4.1 Definición de Terapia Cognitiva

Una de las principales diferencias entre los animales no humanos y los seres humanos es la capacidad que tienen estos últimos para analizar, para usar la razón, para procesar la información que proviene del entorno, para activar los procesos del conocimiento. Este es uno de los supuestos de los que parte el paradigma cognitivo.

La terapia cognitiva busca mejorar la calidad de vida de las personas con diferentes problemáticas a partir de tratamientos centrados en el conocimiento y el uso de la razón.

La Terapia Cognitiva ha estado inmersa en la polémica comenzando por la definición, ya que no hay una sola manera en la que los teóricos entienden la terapia cognitiva, aunque sus preceptos la hacen claramente diferenciable del resto de orientaciones teóricas. Por ejemplo, la visión de la terapia cognitiva que poseía Albert Ellis era distinta a la que tenía Aaron T. Beck; éstas a su vez eran diferentes de otras perspectivas postmodernas de la teoría cognitiva. Es por esto que algunos autores prefieren hablar de Terapias Cognitivas en vez de tomar una sola Terapia Cognitiva.

Arnkoff y Glass (1982, en Caro, 2007) describen 5 características que debe poseer una *buena teoría* cognitiva:

1. Una teoría adecuada debe prestar más atención a cómo funcionan los fenómenos cognitivos que a su contenido en sí.
2. Debe explicar la relación entre cogniciones y otros aspectos del funcionamiento humano. Es decir, una buena teoría sobre las estructuras y los procesos clínico-cognitivos, debe preocuparse por las relaciones que hay y la integración que podemos establecer entre conductas observables, pensamientos y afecto reconocidos, y procesos cognitivos y afecto inferidos.
3. Cualquier teoría debe preocuparse de los vínculos entre cognición y afecto.



4. Una teoría adecuada de los fenómenos cognitivo-clínicos debe explicar el cambio (mejora o empeoramiento) en estos fenómenos.
5. Sobre la base de la necesidad de explicar este proceso de cambio, una teoría clínica adecuada debe centrarse en los procedimientos para producir un cambio.

La definición clásica de la terapia cognitiva es la de Beck. Él propone que es un enfoque estructurado, activo, directivo y con límite temporal empleado para tratar una variedad de trastornos. Se basa en una formulación teórica subyacente que plantea que el afecto y la conducta de un individuo, están sobre todo determinadas por la forma en que estructura el mundo (Beck, 1967, 1976 en Caro, 2013).

Una conceptualización similar y más reciente es la de Cormier y Cormier (1994, en Zuluaga, 2004). Ellos afirman que la terapia cognitiva es un conjunto de técnicas que ayudan al cliente a determinar la relación existente entre sus percepciones, cogniciones, emociones y conductas resultantes; a identificar las percepciones autopunitivas o defectuosas y a sustituir estas cogniciones por patrones de pensamiento más adaptativos.

El paradigma cognitivo es un paradigma plural y delimitado que ha demostrado su eficacia y que se centra, básicamente, en los procesos del conocimiento humano, en su influencia en nuestro bienestar y en el uso que de ellos podemos hacer para facilitar ese bienestar (Caro, 2007).

Partiendo de estas definiciones es posible reconocer que para los terapeutas cognitivos, existe una relación entre la cuestión afectiva (sentimientos y emociones) y la conducta. Mismos elementos que son resultado de cómo la persona elabora e interpreta su mundo. De esta forma se estructura la triada “pensamiento-afecto-conducta” que se encuentra en constante interacción.

Por consiguiente, y de una forma muy concreta, el objetivo de las terapias cognitivas es cambiar los aspectos del conocimiento del paciente que le producen sufrimiento innecesario (Guidano y Liotti, 1980, en Palacio, 1990 y Zuluaga, 2004). La meta

está en corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas y emociones (Beck y Weishaar, 1989 en Caro, 2007).

La flexibilidad de la terapia cognitiva clásica ha sido tal, que a lo largo de los años ha evolucionado y dado lugar a otras posturas dentro de esta misma. Si bien, todas siguen conservando la esencia original, han incorporado otros elementos y persiguen objetivos más específicos. Las clasificaciones de las terapias cognitivas han corrido la misma suerte de transformarse a través del tiempo.

Mahoney y Arnkoff (1978, en Caro, 2007) agrupan las terapias cognitivas en tres tipos principales: los modelos de *reestructuración cognitiva*, los modelos de *habilidades de afrontamiento* y la *terapia de solución de problemas*.

Por su parte, Goncalves (1993, en Caro, 2007) sostiene que existen cinco principales grupos: 1) Condicionamiento Encubierto; 2) Autocontrol; 3) Habilidades de Afrontamiento; 4) Reestructuración Cognitiva; 5) Paradigma constructivista-evolutivo.

Para Caro (1995a, 1997a, 2003a, 2007) los modelos cognitivos encajarían en tres niveles:

- 1) *Modelos de Reestructuración Cognitiva*: incluyendo la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis
- 2) *Modelos cognitivo-comportamentales*: Incluyen el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de Nezu y colaboradores.
- 3) *Modelos construccionistas/constructivistas*: incluyen la terapia cognitivo-narrativa de Goncalves (1994; 1997) o la terapia cognitiva postracionalista de Guidano (1991, 1997)

En cualquier clasificación que se asuma, al parecer los autores coinciden en nombrar como modelos clásicos el de Aaron T. Beck y el de Albert Ellis. Además,

dentro de este paradigma es posible practicar la terapia cognitiva de diferentes maneras, dependiendo del estilo del terapeuta.

#### **4.2 Antecedentes históricos de la Terapia Cognitiva**

La escuela cognitiva nace aproximadamente a mediados de la década de los 50. No obstante, algunos razonamientos ya habían sido descritos anteriormente. Según Ruiz y Cano (1992, en Mainieri, S.F) aproximadamente en el 566 a. C. Siddharta Gautama (Buda) indicaba que el dominio del sufrimiento físico y emocional se da cuando se logran dominar las pasiones humanas. Asimismo, para él la realidad era construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento.

Sin embargo, existe un consenso entre los teóricos cognitivos en señalar entre sus orígenes a la filosofía estoica. Ellos creían que la vía correcta para vivir y alcanzar la felicidad era a través de la virtud. Y para lograr este propósito, tenían que gobernar las pasiones usando el autodomínio. Pero fue Epicteto (100 d.C.) en el *Enchiridion* quien desarrolló ampliamente esta premisa; en la actualidad se considera la siguiente afirmación como el pilar más antiguo en el que se basa la terapia cognitiva:

*“Los hombres no se trastornan por las cosas que pasan, sino por las opiniones sobre las cosas: por ejemplo, la muerte no es terrible, porque si lo fuera, le hubiera parecido así a Sócrates, ya que la opinión sobre la muerte ‘que es terrible’, es lo terrible. Cuando nos vemos molestados o trastornados, o apenados, no debemos culpar a los otros sino a nosotros mismos, es decir, a nuestras opiniones. Es el acto de un hombre mal instruido culpar a los otros por sus propias condiciones adversas; es el acto de un hombre que está empezando a ser instruido, culparse a él mismo; y el acto de uno cuya instrucción ha terminado, no culpar al otro, ni a él mismo”.*

La moderna terapia cognitiva toma sus raíces de la terapia conductual, específicamente de los principios del condicionamiento de John B. Watson, el condicionamiento clásico de Iván Pavlov y del condicionamiento operante de B.F. Skinner, así como de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. El principal sustento de esta última teoría es que el ambiente, las características personales y la conducta situacional de una persona son factores que interaccionan entre sí y que la conducta es un acontecimiento dinámico que se encuentra en constante evolución. En la opinión de Friedberg y McClure (2005), los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos; en ocasiones son los contextos los que ejercen una mayor influencia sobre la conducta de la persona, y otras veces, son las preferencias, las disposiciones y las características personales las que determinan la conducta.

Weishaar y Beck (1987 en Camacho, 2003) destacan a Kelly (1955) como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo. La teoría de este autor se basa en el estudio de la organización particular de las estructuras que permiten darle significación a la realidad y su terapia en la comprensión y modificación de las estructuras disfuncionales para el individuo.

La terapia cognitiva también tiene influencia del psicoanálisis. De hecho, los pioneros de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck y Albert Ellis habían recibido instrucción psicoanalítica, misma que ejercieron de manera independiente durante los primeros años de práctica clínica y cuyos modelos fueron un intento de superación del psicoanálisis. Igualmente ambos han reconocido la influencia de la filosofía en su formación; por un lado, predomina la influencia de Kant, Horney y Adler en Beck. Mientras que para Ellis, fueron determinantes los estudios de Russell, Popper, Korzybski, Kierkegaard y Heidegger.

Lo que parece más cierto es que, al margen de cuestiones filosóficas, la terapia cognitiva se desarrolló del psicoanálisis y desde la terapia de la conducta, utilizando elementos de ellas o criticándolas. Así se pronuncia Freeman (1983) que plantea que los primeros terapeutas cognitivos tomaron del modelo conductual su interés

por el método científico, el foco en el cambio conductual y diversas técnicas conductuales. Por otra parte, tomaron del modelo psicodinámico la importancia de comprender el proceso y el diálogo interno. En la misma línea Dobson, Backs-Dermott y Dozois (2000) señalan esta doble vía de influencia pero para resaltar la insatisfacción por parte de los primeros proponentes de la psicoterapia cognitiva, o bien con el modelo conductual, o bien con el modelo psicodinámico (Caro, 2007).

La terapia cognitiva siguió evolucionando después de los aportes de Beck y Ellis, surgiendo otros autores que la enriquecieron, como Lazarus, D. Meichenbaum, M. Goldfried, T.D'Zurilla, R. Suinn, F. Richardson, A. Nezu, L. Rehm y en el marco constructivista V. Guidano y G. Liotti; todos con sus respectivas contribuciones organizados de manera similar.

En suma, el modelo cognitivo constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos y bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001).

### **4.3 Fundamentos de la Terapia Cognitiva**

Tal y como se mencionó anteriormente, la terapia cognitiva es un enfoque heterogéneo, y flexible, aunque no por ello carente de estructura y fundamentación. Esta es quizá una de las razones por las cuales las técnicas cognitivas y cognitivo-conductuales se emplean con eficacia en un amplio número de problemáticas. Por ejemplo, ha demostrado su efectividad como tratamiento para la depresión, los trastornos de ansiedad (como fobias, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo), anorexia, bulimia y otros desórdenes de la alimentación, desórdenes del sueño, conflictos sexuales y de pareja, entre otros. Asimismo, la terapia cognitiva también se ha aplicado a problemas que no se ciñen a una categoría diagnóstica, sino que subyacen a diversos trastornos psicológicos; por ejemplo, baja autoestima y problemas interpersonales (Bennet-Levy, Butler et al., 2004; Harvey et al., 2004 en Bados y Garcia, 2010)

Ahora bien, ¿cuáles son las características del paradigma cognitivo? Caro (2007), sugiere que independientemente del modelo de terapia cognitiva que se elija todos comparten estos rasgos:

1. Ser = conocer
2. Los problemas de los seres humanos se entienden como problemas de conocimiento y significado.
3. Los terapeutas cognitivos trabajan con los supuestos, premisas y actitudes de los seres humanos y con la repercusión de este “mundo cognitivo” en el bienestar.
4. Las terapias cognitivas darán diversas respuestas al problema del significado y a los mecanismos necesarios de cambio. Por ejemplo, y de forma muy esquemática, mientras que para unos (como Ellis) la meta está en desarrollar una filosofía más racional de vida, para otros (por ejemplo, Beck) la meta estará en cambiar el procesamiento distorsionado de la información. Finalmente para modelos constructivistas (como el de Guidano) la meta está en producir un cambio en la dinámica del sí mismo.

Partiendo de dichos atributos que se consideran esenciales en la Terapia Cognitiva, Camacho (2003), Bados y García (2010) y Zuluaga (2010) destacan las siguientes variables cognitivas:

- a) Las creencias: que son consideradas guías para la acción, son los contenidos de los esquemas. Se puede definir como aquello en lo que se cree, como mapas internos que dan sentido al mundo. Se construyen a través de la experiencia.

Camacho reconoce dos tipos de creencias:

- i. Creencias nucleares o centrales: son el núcleo de lo que el sujeto es, valores y creencias más arraigadas y difíciles de cambiar; proporcionan un sentido de identidad, es decir, le permiten a la persona saber quién es. Por ejemplo, “soy inteligente”, “soy

malvado”, “soy impaciente”. Los otros p.ej., “la gente es insensible”, “la gente nunca está contenta con nada” y el mundo, por ejemplo, “el mundo es violento y peligroso”.

- ii. Creencias periféricas o secundarias: Se relacionan con aspectos secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares.

b) Los pensamientos: consisten en frases internalizadas, diálogos privados, un lenguaje interior. El individuo habla consigo mismo al pensar.

c) Supuestos. Son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces; Por ejemplo, “si cuento cosas de mí mismo, se aprovecharán de mí”, “si intento cosas difíciles, seré incapaz de hacerlas”, “si cometo un error, significa que soy un incompetente”, “me pondré rojo y todo el mundo se reirá de mí”. Estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas, por ejemplo, “no debo revelar muchas cosas de mí mismo”, “debo evitar cosas que sean muy complicadas”) y actitudes (“es terrible cometer un error”). Los supuestos condicionales están a medio camino entre los pensamientos automáticos y las creencias nucleares. Estas normas y actitudes están relacionadas con o derivan de presunciones condicionales. Así, la norma “no debo revelar muchas cosas de mí mismo” puede estar asociada a “si revelo cosas de mí mismo, la gente me hará daño”; y la actitud “es terrible cometer un error” puede derivarse de la presunción “si cometo un error, pensarán que soy un incompetente” (Bados y García, 2010).

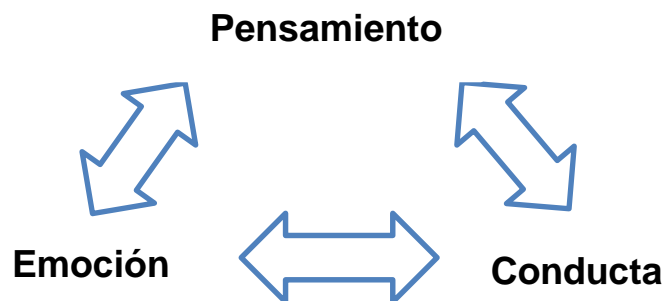
d) Las imágenes: que se consideran representaciones mentales de un objeto, persona o situación.

e) Las atribuciones: que se refieren a las explicaciones que el individuo da un evento observado, es decir, la causa percibida de algo que acontece.

- f) Las expectativas: son las consecuencias anticipadas de nuestro comportamiento, es decir, el ser humano tiene la capacidad de prever los efectos de sus acciones.
- g) Las estrategias cognitivas: hacen referencia a las operaciones mentales que el individuo realiza secuencial y lógicamente para la resolución de un problema que es planteado por la persona misma o por otros.

Para Zuluaga (2010), la depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad en las relaciones interpersonales, fobias, bajo rendimiento laboral y otros problemas psicológicos se dan como resultado de una distorsión en el procesamiento de la información que se recibe del medio, alterando así una o varias de las variables cognitivas descritas anteriormente. Dicho de otra forma, las conductas disfuncionales ocurren cuando la persona tiene creencias irracionales, atribuciones falsas, imágenes y auto instrucciones negativas, así como esquemas desadaptativos.

La premisa fundamental de este enfoque psicoterapéutico consiste en que el afecto y la conducta son primordialmente funciones de la manera como las personas elaboran, estructuran e interpretan su mundo, estableciéndose una estructura tridimensional: lo que pensamos, sentimos y hacemos, dándose una interacción y realimentación permanente entre tales dimensiones (Zuluaga, 2010). Cuando el circuito está establecido basta que aparezca un leve pensamiento o emoción para que todo se active (Camacho, 2003). Véase Figura 1.



**Figura 1.** Premisa fundamental del enfoque cognitivo.



#### **4.4 El proceso terapéutico en la Terapia Cognitiva**

Con el objetivo de formar profesionales efectivos en la Terapia Cognitiva y lograr una aplicación fácil de las técnicas cognitivas, ha habido intentos por describir este proceso clínico. Sin duda, esto ofrece ventajas obvias, aunque también percibe ciertas dificultades. La psicoterapia cognitiva, (como muchos tipos de psicoterapia) es una práctica compleja, que toma en consideración las características personales del terapeuta y su capacidad de flexibilidad y ajuste, del paciente y sus problemáticas -no únicamente, pero principalmente- psicológicas, entre otras variables, de tal forma que resulta utópico que ésta pueda seguir un método del tipo “receta de cocina”.

Al respecto, Combs (1989, en Caro, 2007) asevera que:

- La psicoterapia no tiene reglas fijas, ni procedimientos universales.
- La psicoterapia es una profesión única y altamente especializada.
- El terapeuta intenta dar al paciente experiencias verdaderas, facilitadoras, aislando y cristalizando nuestro mejor conocimiento sobre las relaciones de ayuda.
- La psicoterapia depende mucho del sistema de creencias del terapeuta y de la teoría asumida. Por ello, es necesario que el sistema de creencias sea comprensivo, esté bien fundamentado, que sea defendible, internamente consistente y sometido continuamente a revisión y adaptación.
- No existen métodos de ayuda buenos, correctos o mejores, pero sí que existen métodos peligrosos y cosas que no deben formar parte de la psicoterapia. La formación en aspectos éticos es muy necesaria.

##### *Características de la Terapia Cognitiva*

A pesar de no ser susceptible de manualizar, la Terapia Cognitiva posee características que sirven como base para sustentar el trabajo terapéutico. Blackburn Davison y Kendell (1990, en Caro, 2007) sintetizan las principales cualidades que debe ofrecer la Terapia Cognitiva:

1. Límite de tiempo: De 15 a 22 sesiones, a lo largo de 3 o 4 meses.
2. Estructura: Cada sesión dura una hora y sigue una agenda consensuada.
3. Orientada hacia el problema: El terapeuta y el paciente se focalizan en definir y resolver los problemas actuales del paciente.
4. Ahistórica: se centra en el “aquí y ahora” sin recurrir a la historia pasada del paciente.
5. Método científico: la terapia supone recoger datos (problemas, pensamientos, actitudes) formular sus hipótesis, establecer experimentos y evaluar los resultados.
6. Tarea para casa: El paciente debe recoger datos, verificar hipótesis y practicar habilidades cognitivas.
7. Apertura: El proceso terapéutico es abierto y explícito y el terapeuta y el paciente comparten una comprensión común de lo que está pasando en la terapia. Es necesario mantener un ambiente de colaboración.

#### *Características del paciente*

Incluso con la aplicación que se ha hecho de la TC en diferentes conflictos psicológicos como la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, problemas de pareja, autoestima y desordenes asociados a enfermedades médicas (Cáncer, SIDA, Diabetes Mellitus, enfermedades cardíacas, entre otras) y desarrollo (adolescencia, envejecimiento) existen casos en los que la Terapia Cognitiva no resulta efectiva. Para hacer terapia cognitiva se necesita que (Blackburn, Davison y Kendell, 1990; Schuyler, 1991; Wills y Sanders, 1997 en Caro, 2007):

1. El paciente pueda acceder a sus pensamientos automáticos, es decir, que tenga capacidad introspectiva.
2. El paciente tenga acceso y pueda distinguir entre diferentes emociones.
3. El paciente acepte la responsabilidad para el cambio.
4. El paciente comprenda la fundamentación de la terapia cognitiva.
5. El paciente pueda establecer una relación terapéutica bastante buena o adecuada con el terapeuta.

6. El paciente pueda concentrarse y focalizarse en los temas aislados o propuestos.
7. El paciente no espere recetas mágicas o que exija que el terapeuta sea quien haga “todo” el trabajo.
8. El paciente sea capaz de trabajar en un nivel conceptual, ofrecido por el modelo cognitivo.
9. Los pacientes no tengan problemas muy graves.
10. Los pacientes tengan cierto optimismo sobre la terapia.
11. Los pacientes puedan usar un lenguaje psicológico.
12. Los pacientes tengan cierto grado de autodependencia.
13. Los pacientes tengan una cierta disposición a considerar puntos de vista alternativos.

Por consiguiente, es imprescindible que el paciente:

1. No presente síntomas psicóticos.
2. No tenga retardo o estupor graves.
3. No se encuentre en tratamiento concurrente con terapia electro-convulsiva.
4. Tenga una elevada “competencia aprendida” (no es relevante el nivel educativo).

#### *Características del terapeuta cognitivo.*

¿Qué hace que un terapeuta cognitivo sea eficiente? Por un lado, es necesario mencionar que la ética es fundamental. Otra parte muy importante se refiere a los conocimientos teóricos y técnicos que maneje el terapeuta, acerca del síndrome clínico y del modelo cognitivo, pero eso no lo es todo. Según Beck (1983, en Camacho, 2003) considera deseable (aunque no suficiente) que el terapeuta cognitivo desarrolle tres competencias fundamentales: Aceptación, Empatía y Autenticidad.

La aceptación se refiere al interés que el terapeuta demuestra por el paciente y por sus problemas. Éste debe ser cordial, pero no intenso ni sobreprotector.

La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta para “conectarse” en el mundo del paciente y comprender cognitiva y emocionalmente el mundo como lo hace este.

La autenticidad del terapeuta quiere decir que éste sea genuino y sincero. La falta de honestidad por parte del mismo, dificulta el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. Si uno como terapeuta va a decir algo agradable sólo para hacer sentir bien al paciente, pero sin creerlo y sentirlo verdaderamente, será preferible no decirlo. La franqueza y la autenticidad deben ser valores fundamentales del terapeuta (Camacho, 2003).

Otro factor es que los terapeutas tengan una inclinación personal de tipo filosófica y cognitiva para aplicar esta terapia de manera congruente. Se apunta también a que el terapeuta sea capaz de manejar, si aparecen (cosa frecuente) sus creencias irracionales de aprobación, éxito y autovaloraciones respecto a las manifestaciones del paciente y la evolución de este. El humor es otra característica deseable; ya que puede suponer un recurso antidogmático importante ante la excesiva "seriedad" dada a veces a la visión de los problemas y la terapia. Y como última habilidad se apunta la flexibilidad con la propia terapia, adecuándola al caso concreto; y no siempre "teniendo que" desarrollarla de forma directiva (Ruiz y Cano, 1992).

### *Fases de la Terapia Cognitiva*

Ruiz y Cano (1992) plantean tres fases durante el curso de la terapia cognitiva, cada una con sus objetivos y tareas propias.

#### *Primera fase: Evaluación, conceptualización y socialización terapéutica.*

El primer paso implica “abrirse campo”, es decir, conocer y evaluar los problemas del paciente, traducir las expresiones de malestar "sintomática" a términos conductuales (análisis topográfico). Determinar qué áreas relacionales afectan y se ven afectadas por los "síntomas" del sujeto, y el cómo están afectadas (Análisis funcional conductual). Obtener datos sobre la historia del problema (desarrollo, factores precipitantes, tratamientos anteriores) y otros datos sociofamiliares (antecedentes familiares). Finalmente, la conceptualización cognitiva de los

problemas, o sea, cuando los problemas se clasifican en categorías o en términos de hipótesis sobre distorsiones cognitivas, supuestos personales, entre otros. Los métodos utilizados con frecuencia son la Historia Clínica, autorregistros y cuestionarios.

Durante esta primera fase también se da la socialización terapéutica, el “rapport” que servirá como alianza entre el terapeuta y el paciente, así como la comprensión del paciente de la triada pensamiento-emoción-conducta y algunos ejemplos de cómo sucede en la vida cotidiana.

Las tareas para casa es algo que se debe incluir. Algunos autores atribuyen un gran porcentaje de la eficacia de la terapia cognitiva a las tareas en casa. Las hojas de autorregistro suelen proporcionar información relevante.

*Segunda fase: Alternativas cognitivas y conductuales a los círculos viciosos interactivos y los supuestos personales.*

Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento de autorregistro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas- conductuales a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes (Ruiz y Cano, 1992).

*Tercera fase: Terminación, seguimiento y prevención de recaídas*

El terapeuta y el paciente pueden anticipar probables situaciones de conflicto y ensayar posibles alternativas cognitivas y conductuales para resolverlas. Si se desea, estas sesiones pueden ser grabadas para el recuerdo (p.e Ellis, 1990 en Ruiz y Cano, 1992). El seguimiento posterapéutico puede darse a los 3 meses de la terminación, luego a los 6 meses y/o 1 año.

#### **4.5 Terapia Cognitiva de Aaron Beck**

El modelo cognitivo desarrollado por Beck, es una de las posturas teóricas clásicas y busca principalmente reestructurar la cognición del sujeto. En la actualidad se

encuentra entre los paradigmas más reconocidos para tratar la ansiedad y la depresión.

La TC de Beck se ha aplicado en diversas áreas y ha servido como base para la creación de otros modelos más contemporáneos. Por su flexibilidad y eficacia demostrada se pretende desarrollar el presente proyecto basado en dicho enfoque.

Anteriormente se ha abordado de forma general los principios de la terapia cognitiva. Pero, como se ha podido constatar, los desarrolladores del modelo tienen una visión particular a pesar de que parten de los mismos supuestos.

Según Beck (1970b), en un sentido muy general, cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento se puede considerar como una terapia cognitiva. Sin embargo, siempre se ha dejado muy claro que la terapia cognitiva no es la suma de técnicas, sino que se define de una manera diferente de otros modelos y posee un enfoque propio sobre la mayoría de los trastornos psicológicos, de manera que si se utiliza el término “terapia cognitiva” es para destacar que el trastorno psicológico proviene de errores o déficits específicos y habituales de pensamiento (Beck, 1997; Young y Beck, 1982 en Caro, 2007)

La terapia cognitiva de Beck –como el resto de terapias cognitivas- es un proceso de aprendizaje, valga la redundancia, donde “se aprende a aprender”. Se busca que el paciente, guiado por el terapeuta, descubra y reestructure sus patrones disfuncionales de pensamiento (distorsiones cognitivas). A largo plazo, el objetivo es que el paciente aprenda a modificar sus cogniciones sesgadas y lo haga él mismo. Como menciona Caro, (2007) la meta no está en curar al paciente sino en ayudarlo a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para que pueda llevar a cabo su vida y su trabajo de forma satisfactoria (p. 138).

Así pues, para llevar a cabo este tipo de intervención en forma efectiva y una vez que se han considerado las generalidades de la terapia cognitiva es imprescindible dar una mirada a detalle de los conceptos clave planteados por Beck.

## **4.5.1 Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva de Beck**

### **4.5.1.1 La pérdida**

Caro (2007) hace mención de éste criterio y comenta que Beck lo retomó del modelo psicoanalítico de Sigmund Freud para referirse a la situación que produce la activación de los esquemas, dando lugar a la triada cognitiva. Para Beck, esta es la clave para entender la conducta del paciente depresivo en contra de sus instintos y necesidades básicas.

### **4.5.1.2 La esfera personal**

Este es el concepto clave para comprender el significado especial que damos a los objetos tangibles o intangibles. Nos sirve para encontrar sentido a nosotros mismos y a lo que nos rodea. Está formada en un grado progresivo de abstracción, por el concepto que tenemos de nosotros mismos, nuestros atributos físicos y características personales, así como nuestras metas y valores. A nuestro alrededor están la familia, nuestras posesiones o el grupo de amigos. Nuestro mundo personal se enriquece, además por lo aportado en la escuela o lo que proviene del grupo social al que pertenecemos o de nuestra nacionalidad. Finalmente, debemos incluir en ella nuestras ideas sobre la libertad, la justicia o la moralidad (...) La esfera personal es, por tanto, aquello que nos define como personas, que marca las diferencias entre nosotros y los demás. Es decir, es un concepto abstracto que integra todas esas características que nosotros poseemos y que nos conforman. Engloba datos cualitativos y cuantitativos que recibimos como herencia física y social desde la cuna y que vamos modificando, adaptando, o ampliando, a lo largo de nuestra vida y de las condiciones de ésta. En la esfera personal, entra todo aquello que es importante para nosotros en relación al mundo que nos rodea. Es el punto de referencia mediante el cual adscribimos significado a lo que nos rodea, de manera que cualquier hecho que suponga una ganancia, presente o anticipada, para nuestra esfera personal, nos lleva a euforia o excitación y, por supuesto, cualquier hecho externo que suponga una pérdida de algo en nuestra esfera

personal, será interpretado idiosincrásica y negativamente y podrá entristecernos, o en un futuro, deprimirnos (Beck, 1976 en Caro, 2007).

#### **4.5.1.3 Reglas**

Se refieren a las guías personales que utilizan los individuos -frecuentemente de forma no consciente- para evaluarse a ellos mismos, a los demás, sus experiencias pasadas y presentes, así como para determinar sus expectativas acerca del futuro. Las reglas se empiezan a formar desde las etapas más tempranas del ciclo vital y guían las acciones del paciente. Pueden venir del mundo cultural, social, familiar y son susceptibles de verificar y cambiar al experimentar nuevas experiencias o convivir con otras personas. Cuando son aplicadas de manera rígida en contextos menos estrictos pueden crear conflictos emocionales. Beck (1976, en Caro, 2007) afirma que en términos de normalidad, las reglas son más flexibles. Cuando las preocupaciones del paciente se refieren a algo que le afecta plenamente, las reglas más primitivas tienden a desplazar a los conceptos más maduros. En la depresión, por ejemplo, las reglas son absolutas e incondicionales. De ella se derivan significados y predicciones negativas desde una circunstancia pasada o presente.

#### **4.5.1.4 Esquemas**

Son estructuras cognitivas que le permiten al individuo interpretar la realidad y organizar su experiencia. Se forman en la infancia por medio de las relaciones con las figuras vinculares (padres, maestros, hermanos). Representan un conjunto de ideas con respecto a sí mismo y los demás. Son el resultado de la cultura y la educación. Por medio de tales variables o procesos cognitivos, el individuo recibe, selecciona, elabora, transforma, interpreta, procesa y construye la información que le llega de la realidad interna y externa, lo que significa que el ser humano no es un receptor pasivo de la estimulación sino un procesador activo y permanente de la información que recibe.



#### **4.5.1.5 Modos**

Los modos serían los subsistemas en que están organizadas las constelaciones de esquemas. El modo es un subsistema de la organización cognitiva, diseñado para llevar a cabo ciertos principios adaptativos relevantes a la supervivencia, el mantenimiento, la autoexaltación, entre otros. El modo ha sido un concepto propuesto para explicar la complejidad de los trastornos psicológicos, que no quedaba satisfactoriamente explicada mediante el concepto de *esquema*, para explicar la base cognitiva de la personalidad, para explicar los sesgos sistemáticos que sugerían una organización esquemática más amplia y para explicar el procesamiento de la información de las experiencias emocionales normales y anormales (Beck, 1996 en Caro, 2007).

#### **4.5.1.6 Pensamientos automáticos**

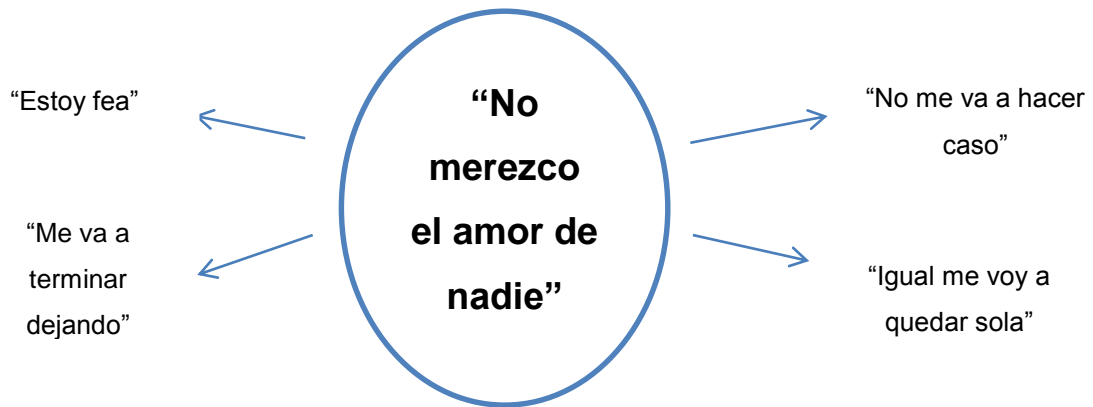
Los pensamientos automáticos podrían entenderse como la manifestación de los esquemas. Son juicios que emite el sujeto inmediatamente después de que ocurre un acontecimiento. Aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o su curso. Se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. Son rápidos, involuntarios y pueden aparecer de forma verbal o en imágenes. Un ejemplo sería el paciente con ataques de pánico que piensa que va a morir cuando empieza a notar palpitaciones o el médico que tras la muerte de un paciente se dice: “es obvio que no sirvo como médico”. El cuadro 1 plantea un ejemplo más detallado.

La triada cognitiva fue propuesta por Beck como parte del tratamiento para la depresión, después de que durante sus investigaciones clínicas se percatara de que existen tres elementos clave en la idiosincrasia de los sujetos deprimidos:

- a) *Visión negativa acerca de sí mismo*. El paciente tiende a subestimar sus capacidades y hace juicios negativos de su persona.
- b) *Interpretación negativa de sus experiencias*. El individuo percibe el mundo como un lugar lleno de grandes dificultades ante las cuales él solo

puede sentirse vulnerable, derrotado y/o incapaz de hacer frente a los obstáculos que sobrevengan.

- c) *Visión negativa acerca del futuro.* La persona tiene expectativas negativas de su futuro. Cree que sus problemas actuales jamás podrán resolverse.



**Cuadro 1:** Un ejemplo de pensamiento automático podría ser el de una mujer que estando en una fiesta mira a un hombre que le gusta y se dice “Estás fea”, “No te va a hacer caso”, “igual te vas a quedar sola” o “te va a terminar dejando”. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “No merezco el amor de nadie” (Camacho, 2003).

#### 4.5.1.7 Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos en el procesamiento de información del individuo. Estos patrones de pensamiento los lleva a hacer conclusiones sesgadas, precipitadas y sin fundamentos objetivos. Las distorsiones cognitivas están presentes en los individuos depresivos y ansiosos, no obstante, aparecen en pacientes con diversas psicopatologías. A continuación se describirán las principales distorsiones cognitivas (Camacho, 2003):

- *Inferencia arbitraria:* es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria. Por ejemplo pensar que van a dar mal un examen, incluso habiendo estudiado mucho y teniendo aprobados todos los exámenes anteriores con buenas calificaciones.

- *Maximización*: consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades; en el caso de los pacientes depresivos maximizan los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas.
- *Minimización*: se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades; los pacientes depresivos minimizan los logros, los éxitos, las buenas cualidades, los aciertos.
- *Abstracción selectiva*: consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones. Los pacientes depresivos tienden a recortar los aspectos negativos y mediante ellos sacar conclusiones que comprueben su inutilidad, su poca valía personal o sus defectos.
- *Generalización excesiva*: se da cuando a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones. En el caso de los pacientes depresivos, por ejemplo pueden a partir de un fracaso sentimental concluir que nunca van a poder estar en pareja.
- *Personalización*: es la tendencia a autoatribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación. Un paciente decía: “Yo maté a mi hermano”, al investigar esta creencia se descubrió que el hermano se había suicidado, en la familia el único confidente y apoyo era el paciente, quien evitó que varias veces se suicidara, de hecho casi el único motivo que su hermano tenía para vivir era el afecto que sentía por él, a la muerte de este paciente cargó con toda la culpa y se atribuyó la muerte de su hermano.
- *Pensamiento absolutista o dicotómico*: también llamado pensamiento absolutista, todo o nada, o blanco o negro. Consiste en la utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas, sin poder ver matices o grados, todo se evalúa en extremos. Por ejemplo: bueno/malo, santo/pecador, fiel/infiel, justo/injusto. Los pacientes depresivos tienden a atribuirse las categorías del extremo negativo.

Caro (2007) afirma que existe un gran número de distorsiones cognitivas descritas por Beck. Ella incorpora además de las mencionadas anteriormente:

- *Evaluaciones incorrectas en relación al peligro y seguridad*: que implican un daño físico y psicosocial. Por ejemplo, anticipar que la gente nos va a abandonar.
- *Actitudes disfuncionales sobre el placer versus dolor*: reflejan las creencias de algunos individuos sobre los prerequisites para una verdadera felicidad o tener éxito. Son muy similares a las creencias irracionales que plantea Ellis.
- *Olvidar lo positivo*: Decidir que si una cosa buena ha sucedido, no puede ser importante.
- *Saltar a conclusiones*: focalizarse en un aspecto de una situación al decidir cómo comprenderla. Por ejemplo “la razón por la que no me han llamado del trabajo que solicité es porque han decidido no ofrecérmelo”.
- *Leer la mente*: creer que uno sabe lo que la otra persona está pensando, sin evidencia que lo sustente.
- *Razonamiento emocional*: Creer que una cosa debe ser verdad, porque lo siente como si lo fuera.
- *Enunciados de “debo”*: decirse a uno mismo lo que debe hacer (o debía haber hecho), cuando es más preciso decir que le gustaría (o desearía) hacer algo.
- *Etiquetado*: Utilizar una etiqueta (“mala madre”, “inútil”) para describir la conducta y entonces imputar todos los significados que la etiqueta supone.
- *Culpabilización inapropiada*: Percibir a posteriori algo para determinar lo que uno “debería haber hecho”, incluso aunque fuera imposible saber que era lo mejor que se podía haber hecho en ese momento; ignorar factores condicionantes o el papel que juegan los demás al determinar el resultado negativo.

En la práctica psicooncológica es posible observar algunas distorsiones cognitivas. Por ejemplo, la *inferencia arbitraria* en aquella paciente que anticipa que morirá durante la aplicación de su primer ciclo de quimioterapia; las *actitudes disfuncionales sobre el placer versus dolor*, cuando una paciente simboliza el

cabello y los senos como atributos de belleza física, feminidad y en un sentido más profundo, como los ingredientes para la dicha y el triunfo. Ante la ausencia de estos elementos se identifica a sí misma como una persona fracasada. La *abstracción selectiva*, cuando alguna paciente cree que después del diagnóstico de cáncer de mama no vale la pena vivir porque no habrá oportunidad para lograr sus metas previamente fijadas. Naturalmente, un diagnóstico de dicha magnitud va a generar cambios en la dinámica personal, las metas se pueden ver afectadas o pospuestas, sin embargo eso no significa que no hay oportunidad para realizar sus propósitos, mucho menos que ya no vale la pena vivir.

#### **4.5.2 Reestructuración cognitiva**

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989 en Bados y García, 2010).

Por medio del dialogo socrático y otros métodos, el terapeuta puede guiar al paciente para lograr que éste reestructure sus cogniciones. Caro (2007) enlista algunas técnicas:

##### a) Análisis de la lógica incorrecta

Son 15 preguntas racionalistas para trabajar pensamientos y supuestos disfuncionales, no deben hacerse en forma de cuestionario ni “bombardear” al paciente con una tras otra pregunta.

1. ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de una idea determinada? (reformulación: ¿te ha pasado eso alguna vez?, ¿siempre que has pensado así te ha pasado?, ¿si no lo piensas te ha pasado alguna vez?, ¿de qué depende eso?).
2. ¿Qué lógica hay detrás de esa idea? (reformulación ¿qué tipo de razonamientos estás haciendo?; ¿cómo estás viendo esa situación?, ¿qué te estás diciendo?).
3. ¿Está usted simplificando una relación causal?
4. ¿Está usted confundiendo un hábito con un hecho?
5. ¿Sus interpretaciones de la realidad están tan aleadas de ésta que no pueden ser precisas o exactas de alguna manera?
6. ¿Está confundiendo su versión de los hechos con los hechos tal y como son?
7. ¿Está pensando en términos de “todo” o “nada”?
8. ¿Está usted usando palabras o frases extremas o muy exageradas?
9. ¿Está usted perdiendo de vista el contexto?
10. ¿Está usted utilizando mecanismos de defensa cognitivos?
11. ¿Es fiable su fuente de información?
12. ¿Está usted pensando en términos de certezas y no de probabilidades?
13. ¿Está usted confundiendo una alta con una baja probabilidad?
14. ¿Están sus juicios basados sobre sentimientos, más que sobre hechos?
15. ¿Está usted excesivamente centrado en un factor irrelevante?

b) Búsqueda de respuestas alternativas

Como su nombre lo indica, la meta es que el paciente encuentre una solución alternativa a sus interrogantes, siguiendo la racionalidad y la validez en cada pensamiento automático. Para ello puede utilizar el diálogo socrático. Will y Sanders (1997, en Caro, 2007) formulan las siguientes preguntas:

1. ¿Qué quieres decir cuando estás diciendo eso en concreto?
2. ¿Qué evidencia tienes de que lo que estás diciendo sea verdad?
3. ¿Cuál es la evidencia que tienes en contra de lo que estás diciendo?

4. ¿Qué es lo peor que puede pasar, y si pasa, entonces, que puede ocurrir?
5. ¿Qué te lleva a pensar que eso puede pasar?
6. ¿Cómo te hace sentir eso?
7. ¿Cómo se siente tu cuerpo al pensar eso?
8. ¿Qué le dirías a un amigo que hiciera en la misma situación?
9. ¿Puedes decirte algo que te sea de utilidad?
10. ¿Qué piensas que puedes cambiar para hacer que las cosas te vayan mejor?

Estas preguntas, con el tiempo, también puede hacérselas el mismo paciente y responderlas desde una perspectiva más racional. Si el paciente se encuentra en condiciones, también puede escribir las distorsiones cognitivas que identifique en su persona.

#### c) Comprobación de hipótesis

En primer lugar, el paciente tiene que anotar sus pensamientos automáticos o sus ideas negativas y convertirlas en hipótesis, es decir, como algo que debe comprobarse y verificarse. El segundo paso se trata de buscar la evidencia *a favor* y *en contra* del supuesto. El tercer paso consiste en realizar un experimento (que sea factible evaluar en un momento corto) y que permita comprobar la hipótesis negativa. Por último, se intentará contrastar la idea negativa y hacer una nueva conclusión derivada de esa metodología.

### **4.5.3 Técnicas cognitivas y conductuales del modelo de Beck**

A continuación se enumeran algunas de las principales técnicas cognitivas y conductuales utilizadas en la terapia cognitiva estándar (En Leahey y Holland, 2000 en Caro, 2007).

#### a) Cognitivas

- Ofrecer psicoeducación abierta: Ejemplo, dar información sobre la seguridad de los ascensores a un paciente con esa fobia

- Definir los términos (análisis semánticos): Ejemplo, preguntarle a un paciente cómo definiría “fracaso” o “éxito”
- Descenso vertical: Preguntar “¿Qué significaría (que sucedería, por qué sería un problema) si X ocurriera?, ¿qué ocurriría después? Y qué significaría (que sucedería, por qué sería un problema)
- Reducción al absurdo: ¿Son absurdas las implicaciones del pensamiento del paciente? Por ejemplo “si estoy soltero, quiere decir que no me quiere nadie; toda la gente que está casada estuvo soltera antes; por tanto, a la gente casada no la quieren”.
- Mantener un registro diario: hacer que el paciente lleve un registro de conductas/acontecimientos que confirman o desconfirman un pensamiento.
- Negación de los problemas: hacer que el paciente haga una lista de por qué una situación no es un problema, más que las razones por las que es un problema.
- Identificación y categorización de pensamientos automáticos: Por medio de hojas de autorregistro donde se incluya, junto con los respectivos porcentajes: A) Situación. B) Emoción. C) Pensamientos automáticos. D) Respuesta racional. E) Resultado.
- Reatribución: ¿Se pueden considerar otras causas de una situación? Por ejemplo, provocación, carencia de conocimiento o preparación, dificultad de la tarea, carencia de guías claras, entre otros. Si es así ¿puede el paciente reatribuir parte de la situación/acontecimiento a esas causas?
- Actuar “como si”: Primero con juego de roles y luego en situaciones reales, hacer que el paciente actúe como si no creyera en sus pensamientos negativos.
- Comprobar predicciones: hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.
- Luchar contra la sobregeneralización: Preguntar al paciente, “¿sólo porque X haya ocurrido, significa que es inevitable que suceda?”.



## b) Conductuales

- Entrenamiento en asertividad: Entrenar a los pacientes a utilizar conductas que protegen sus derechos mientras respetan los de otros.
- Entrenamiento en habilidades sociales: Entrenar a los pacientes en las habilidades necesarias para realizar actividades corrientes, como conocer gente. Entrenar a los pacientes en habilidades necesarias nuevas, iniciar conversaciones, ir a entrevistas de trabajo o tener una cita.
- Distracción: Enseñar a los pacientes a utilizar mentalmente, actividades para evitar tener pensamientos negativos.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación: Entrenar a los pacientes en habilidades que los harán más eficaces, como oyentes o como hablantes.
- Relajación: entrenar a los pacientes en diversas técnicas de relajación (como la relajación progresiva) como medio de afrontar la ansiedad.
- Visualización: Enseñar a los pacientes a usar imágenes placenteras para distraerse del pensamiento negativo e inducir la relajación
- Solución de problemas: Entrenar a los pacientes a generar, evaluar e implementar posibles situaciones a los problemas que le surgen.

## **Método**

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

- Probar la efectividad de un programa de intervención grupal que incida en la autoestima de pacientes con cáncer de mama en etapa de remisión de la Unidad de Oncología del Hospital General de México, mediante estrategias enfocadas a reestructurar sus pensamientos distorsionados.

#### **Objetivos específicos**

- Articular la intervención por medio de actividades psicoterapéuticas y psicoeducativas disponibles en la literatura científica.
- Proporcionar técnicas para que las participantes de los talleres modifiquen sus distorsiones cognitivas.
- Conocer la frecuencia con que aparecen las distorsiones cognitivas en mujeres con cáncer de mama que se encuentran en etapa de remisión antes y después de la intervención grupal.
- Explorar el tipo de autoestima en mujeres con cáncer de mama que se encuentran en etapa de remisión antes y después de la intervención grupal.

#### **Hipótesis**

Ho: La autoestima de las participantes no cambiará como producto de la intervención basada en la terapia cognitiva estándar.

H1: La autoestima de las participantes y los pensamientos distorsionados cambiarán como producto de la intervención basada en la terapia cognitiva estándar.

#### **Tipo y diseño de estudio**

Se trata de un estudio cuantitativo, de campo, de carácter pre experimental, con un

solo grupo. Con pretest y postest, es decir, que incorpora la administración de prepruebas a los grupos que componen el experimento, éstos reciben el tratamiento y por último, se les administra la posprueba.

### **Población y tamaño de la muestra**

La muestra estará conformada por 14 pacientes del Servicio de Oncología del Hospital General de México con cáncer de mama que se encuentran en fase de remisión.

### **Tipo de muestreo**

Muestra no probabilística, intencional debido a que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. El procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o de un grupo de personas y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P; 2007)

### **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

#### *Criterios de inclusión*

- Pacientes del Hospital General de México, con cáncer de mama en etapa de remisión.
- Entre 40 y 75 años de edad
- Sin reconstrucción mamaria
- Residentes de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

#### *Criterios de exclusión*

- Pacientes que presenten síntomas psicóticos
- Pacientes con retardo o sedados
- Pacientes que no sepan leer y escribir

*Criterios de eliminación:*

- Detección de algún tipo de psicosis durante la evaluación
- Pacientes que rompieran el encuadre terapéutico (quebrantamiento de la privacidad, alto número de inasistencias y/o impuntualidad, faltas de respeto o actitudes agresivas hacia los integrantes del equipo o los facilitadores, o cualquier otra actitud que ponga en riesgo la integridad de las participantes).

**Definición de las variables a evaluar y forma de medirlas**

- V. Condicional: Cáncer de Mama
- V. Independiente: Programa de intervención propuesto en este estudio
- V. Dependiente: Autoestima y Distorsiones cognitivas

*Definición de variables:*

- Cáncer de mama

a) *Conceptual*

Engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo, en este caso en las glándulas mamarias (Sociedad Española de Oncología Médica, 2016)

b) *Operacional*

Es considerado cuando se presentan algunos síntomas como: un bulto que se palpa como un nudo firme o un engrosamiento de la mama o debajo del brazo; cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama; secreción del pezón producida de forma repentina, cambios físicos, como pezón invertido hacia dentro o una llaga en la zona del pezón; irritación de la piel o cambios en esta, como rugosidades, hoyuelos, escamosidad o pliegues nuevos, “piel de naranja” (American Society of Clinical Oncology, 2014).

- Programa de intervención

- a) *Conceptual*

Es un conjunto de ejercicios individuales y grupales, a través de los cuales se busca fortalecer la autoestima, por medio de la reestructuración cognitiva.

- b) *Operacional*

El programa de autoestima propuesto en este estudio constará de 8 sesiones grupales, una vez por semana. Cada sesión tendrá duración de 3 hrs. Se utilizarán estrategias de reestructuración cognitiva para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes con cáncer de mama que estén en fase de remisión.

- Autoestima

- a) *Conceptual*

Los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Se refiere a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Rosenberg, 1965). Es la experiencia fundamental de que se puede llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. La confianza en la propia capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. La confianza en el propio derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de tener derecho a afirmar las necesidades y carencias personales, a alcanzar los principios morales y a gozar del fruto de los esfuerzos (Branden, 1994).

- b) *Operacional*

La autoestima es el grado en el que las personas se perciben a sí mismas como seres dignos de respeto, felicidad y confiadas en su capacidad para cumplir sus propósitos y enfrentarse a la adversidad. Medido con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).

- Distorsiones cognitivas

- a) *Conceptual*

Las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos en el procesamiento de información del individuo. Estos patrones de pensamiento los lleva a hacer conclusiones sesgadas, precipitadas y sin fundamentos objetivos (Camacho, 2003).

- b) *Operacional*

Las personas con distorsiones cognitivas tienen una percepción negativa de su persona, piensan que otros individuos los desaprueban, lo que a su vez les genera culpa y sensación de ineficacia. Será medida con el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos ATQ-30. Diseñada por Hollon y Kendall (1980) y estandarizada en población mexicana por Mera, A; Hernández, M; Gómez, J; Ramírez, N; Mata, M (2011).

### **Escenario**

El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en un espacio de 5X4 metros en donde se cuente con pizarrón o pintarrón y pupitres.

### **Instrumentos**

Se recoge la información utilizando los siguientes instrumentos:

- \* Ficha de identificación: en esta se recogen datos personales de los colaboradores del estudio, como son: edad, estado civil, nivel académico y ocupación.

- \* Formato para Entrevista Clínica (Ver Anexo 9)

- \* Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la “aquiescencia autoadministrada”. La escala ha sido traducida y validada al

castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80 (Ver Anexo 10).

\* Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos ATQ-30. Diseñada por Hollon y Kendall (1980) y estandarizada en población mexicana por Mera, A; Hernández, M; Gómez, J; Ramírez, N; Mata, M (2011). Consta de 30 preguntas. La prueba arrojó tres factores: F1: disgusto consigo mismo y con su circunstancia (15 reactivos), F2: culpa y sentirse juzgado negativamente por otros (7 reactivos) y F3: sensación de ineficacia (8 reactivos), que explicaron el 52.45% de la varianza. El índice de confiabilidad fue adecuado, con un alfa de Cronbach = 0.95 (Ver Anexo 11).

### **Procedimiento**

Una vez aprobada la propuesta, se dio difusión al Programa de Intervención en el área de Tumores Mamaros, Hospitalización y en sesiones semanales del Grupo Reto del Servicio de Oncología del Hospital General de México. De igual forma, se le solicitó el apoyo al área médica para derivar a las posibles candidatas. Las pacientes interesadas en participar en el proyecto se inscribieron directamente en el consultorio de psico-oncología ubicado en el 3er piso para llenar la ficha de identificación. Posteriormente se les realizó una entrevista psicológica semiestructurada con el objetivo de detectar si son candidatas a recibir la intervención, descartar psicopatologías y para determinar los posibles patrones disfuncionales de comportamiento. Por último, se les dio información detallada de la investigación y se les proporcionó la carta de consentimiento informado. Se aclararon dudas.

El taller consistió en 8 sesiones grupales de 3 hrs, que se llevaron a cabo una vez por semana.

*La primera sesión* se destinó a la aplicación del pretest, presentación del curso, de los facilitadores, de las participantes y al establecimiento del encuadre terapéutico, así como para abordar el tema de emociones y sentimientos, distorsiones cognitivas

y técnicas para reestructurar el pensamiento irracional. Las estrategias de reestructuración cognitiva estuvieron presentes durante todo el taller.

*La segunda sesión* correspondió al tema de autoconocimiento y se continuó trabajando las distorsiones cognitivas. En esta sesión se comenzó a trabajar redes sociales de apoyo. Estas técnicas estuvieron orientadas a lograr la cohesividad necesaria en el grupo y estuvieron presentes a lo largo del taller.

*La tercera sesión* manejó el tema de autoimagen en relación con la autoestima.

*La sesión cuatro* estuvo dirigida al fortalecimiento del autoconcepto positivo.

*La sesión cinco* fue para el tema de autovalía o autorespeto como parte de la autoestima y entrenamiento en habilidades asertivas.

*La sesión seis* estuvo destinada para fortalecer la autoeficacia (autoconfianza) y a modificar estilos disfuncionales de afrontamiento de la enfermedad.

*En la séptima sesión* se abordaron los temas de autoaceptación incondicional e integridad personal.

En la *octava sesión*, se abordó la búsqueda del sentido de vida, se aplicó el posttest y se hizo el cierre del taller.

La descripción completa del taller se encuentra detallada en la composición del programa de intervención.



## Resultados

A continuación se muestran los datos analizados por medio del paquete estadístico IBM SPSS Versión 22. Los datos sociodemográficos recolectados en la ficha de identificación y entrevista clínica, así como los resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos ATQ-30 se describen en las siguientes tablas.

### *Edad:*

En la Tabla 1 se observa la distribución de la población de la investigación en rangos de edad. El 7.1% de las participantes corresponde al grupo de 40 a 45 años de edad, seguido por el grupo de 45 a 49 con el 35.7%. El grupo de 50 a 54 años constituye el 7.1%, el de 50 a 59 años tiene el 28.6%. De 60 a 64 años con el 14.3% y de 70 a 74 años, el 7.1%.

Tabla 1. Edad del paciente 53.8 años más menos  
8.9 años  
Etereo

	Frecuencia	Porcentaje
40 a 44 años	1	7.1
45 a 49 años	5	35.7
50 a 54 años	1	7.1
Válidos 55 a 59 años	4	28.6
60 a 64 años	2	14.3
70 a 74 años	1	7.1
Total	14	100.0

### *Estado Civil e Hijos:*

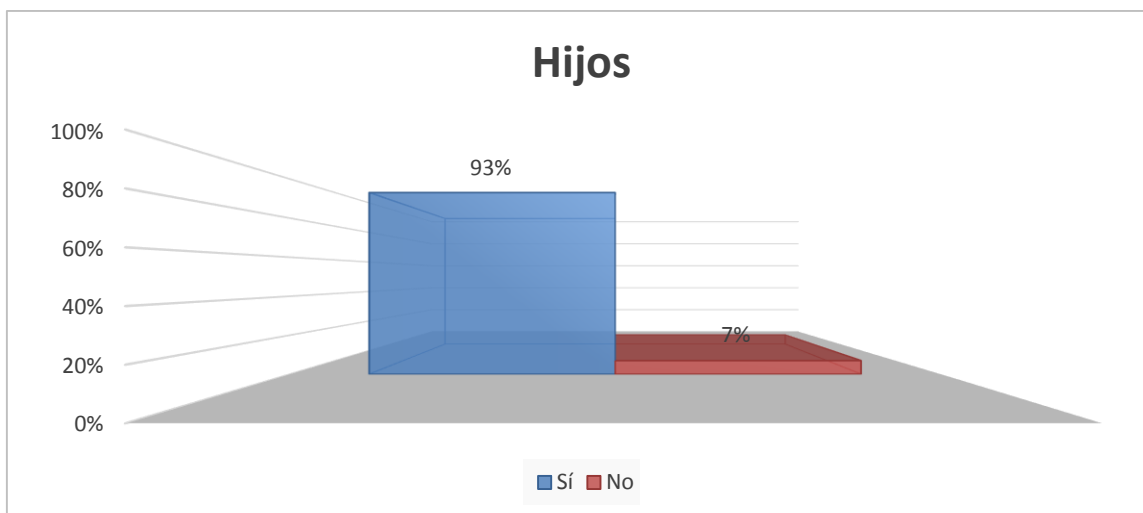
En la Tabla 2 se presentan los porcentajes de la población de acuerdo a su estado civil. Las participantes que son Casadas o viven en Unión Libre son el grupo más numeroso con el 42.9%, seguido por las pacientes que se encuentran Separadas

con el 21.4%, las Solteras con el 14.3% y las Divorciadas al igual que las viudas con el porcentaje más bajo (7.1%).

**Tabla 2. Estado Civil de las participantes**

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	2	14.3
Casada	6	42.9
Separada	3	21.4
Divorciada	1	7.1
Viuda	1	7.1
Total	13	92.9
Perdidos Sistema	1	7.1
Total	14	100.0

En la siguiente gráfica se señala el porcentaje de pacientes que tienen hijos, que conforman la mayoría (93%) en comparación con las que no los tienen (7%)



### **Ocupación:**

En la Tabla 3 se presentan los datos de la Ocupación de las participantes. En este, se muestra que el grupo de las participantes que se dedican al Hogar constituye el 21.4%, mientras que un 28.6% del porcentaje de las participantes son empleadas.

Un 21.4% son comerciantes y el 7.1% ejerce la profesión que estudió.

**Tabla 3. Ocupación de las participantes**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ama de casa	3	21.4
	Empleada	4	28.6
	Comerciante	3	21.4
	Profesionista	1	7.1
	Total	11	78.6
Perdidos	Sistema	3	21.4
Total		14	100.0

### **Etapa Clínica del Diagnóstico**

La Tabla 4 muestra la categorización que se realizó de acuerdo a la Etapa Clínica determinada al momento del diagnóstico oncológico, basada en la Clasificación T.N.M. Dicha estadificación ha sido incorporada al expediente clínico de las pacientes por los Médicos Oncólogos.

**Tabla 4. Etapa Clínica del diagnóstico**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Etapa II	4	28.6
	Etapa III	5	35.7
	Etapa IV	2	14.3
	Total	11	78.6
Perdidos	Sistema	3	21.4
Total		14	100.0

Una vez terminada la captación de los datos, se consideró pertinente utilizar la prueba t de Student para muestras relacionadas, con el objetivo de determinar si existe diferencia significativa antes y después de la intervención psicológica grupal.

En la Escala de Autoestima de Rosenberg, una mayor puntuación en el test significa

una percepción más favorable de su propia estima y valor como persona; en la Tabla 5 se muestra que la media en el pretest se incrementó de 3.1714 a 3.7000 en el posttest, lo que se traduce como un aumento significativo en el nivel de autoestima al finalizar el tratamiento.

**Tabla 5. Comparación del nivel de autoestima entre las mediciones antes y después de asistir al taller**

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	AutoPre	3.1714	14	.51951	.13884
	AutoPost	3.7000	14	.26018	.06954

De acuerdo con los resultados de la Tabla 6, se observa un valor  $t$  de -3.818,  $gl=13$  y  $p=0.002$ , menor que 0.05, por lo que existe diferencia significativa entre el nivel de autoestima en la primera y la segunda medición.

**Tabla 6. Prueba  $t$  de muestras emparejadas**

	Diferencias emparejadas				
	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
	Inferior	Superior			
Par 1 AutoPre - AutoPost	-0.82767	-0.22947	-3.818	13	.002

La tabla 7 muestra el Coeficiente de Confiabilidad a través del Alpha de Cronbach. El alfa pasa de 0.825 a 0.543, que lleva a cuestionar la viabilidad de este instrumento para ser utilizado en pacientes que han cursado con estas particularidades.

**Tabla 7. Escala de Rosenberg**

Etapas	Alfa de Cronbach	N de elementos
Pretest	.825	10
Posttest	.543	10

El Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos ATQ-30 de Hollon y Kendall en su adaptación para población mexicana (Mera-Rosales et al, 2011) arrojó tres factores: F1: disgusto consigo mismo y con su circunstancia (15 reactivos), F2: culpa y sentirse juzgado negativamente por otros (7 reactivos) y F3: sensación de ineficacia (8 reactivos). En la Tabla 8 se muestra el análisis del pretest y el postest por factor y se observa que hubo una diferencia significativa en las medias de cada uno. La puntuación media en el pretest del primer par *disgusto consigo mismo y con sus circunstancias*, es de 0.8095, cambiando en el postest a 0.1571. En el segundo par *culpa y sentirse juzgado negativamente por otros*, la media va de 1.1633 a .4796 y en el último par, *sensación de ineficacia*, pasa de 1.2679 a 0.4554. Por consiguiente, existe una disminución de Pensamientos Automáticos Negativos.

**Tabla 8. Comparación de la frecuencia de distorsiones cognitivas antes y después de asistir al taller**

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	disgusto	.8095	14	1.11305	.29747
	disgusto2	.1571	14	.34848	.09314
Par 2	Culpa	1.1633	14	.86780	.23193
	Culpa2	.4796	14	.38254	.10224
Par 3	Ineficacia	1.2679	14	1.02827	.27482
	Ineficacia2	.4554	14	.72491	.19374

En la Tabla 9, para el factor *disgusto consigo mismo y sus circunstancias* se observa un valor  $t$  de 2.875,  $gl=13$  y  $p=0.013$ . En el factor *culpa y sentirse juzgadas negativamente por otros*, el valor obtenido de  $t= 3.373$   $gl=13$  y  $p=0.005$ . Por último, para el factor *sensación de ineficacia*, el valor  $t= 5.190$   $gl=13$  y  $p=0.000$ . En los tres casos,  $p<0.05$ , por lo que existe diferencia significativa en la frecuencia de distorsiones cognitivas.

**Tabla 9. Prueba de muestras emparejadas**

		Diferencias emparejadas				
		95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
		Inferior	Superior			
Par 1	disgusto - disgusto2	.16218	1.14258	2.875	13	.013
Par 2	Culpa - Culpa2	.24580	1.12154	3.373	13	.005
Par 3	Ineficacia - Ineficacia2	.47428	1.15072	5.190	13	.000

La prueba t de Wilcoxon para muestras relacionadas arroja resultados similares, mostrando disminución de Pensamientos Automáticos Negativos (véase Tabla 10)

**Tabla 10. Estadísticos de prueba Wilcoxon para muestras relacionadas**

	disgusto2 - disgusto	Culpa2 - Culpa	Ineficacia2 - Ineficacia
Z	-2.936 <sup>b</sup>	-2.986 <sup>b</sup>	-3.182 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	.003	.003	.001

En las Tablas 11, 12 y 13, se muestra el Coeficiente de Confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, por factor. El alfa de 0.417 en el postest para el segundo factor *culpa y sentirse juzgado negativamente por otros*, arroja resultados poco consistentes en las respuestas de las participantes y cuestiona qué tan óptima resulta la utilización de dicho instrumento para población en estas circunstancias.

**Tabla 11. Disgusto consigo mismo y con su circunstancia**

Etapa	Alfa de Cronbach	N de elementos
Pretest	.974	15
Posttest	.825	15

**Tabla 12. Culpa y sentirse juzgado  
negativamente por otros**

Etapa	Alfa de Cronbach	N de elementos
Pretest	.808	7
Posttest	.417	7

**Tabla 13. Sensación de ineficacia**

Etapa	Alfa de Cronbach	N de elementos
Pretest	.908	8
Posttest	.852	8

Un hallazgo que, si bien, escapa de los objetivos de la presente investigación, es importante mantener en consideración, es que un alto número de participantes reportaron que desde la niñez estuvieron expuestas a situaciones de maltrato físico, psicológico, omisión y en algunos casos, abuso sexual. En el siguiente apartado, se comentará con más detalle esta situación.

## Discusión

Después de realizar el análisis de la eficacia terapéutica del programa de intervención propuesto, se concluyó que existen cambios estadísticamente significativos en las pacientes antes y después de participar en la intervención, por lo que se rechaza la hipótesis nula de esta investigación. Los datos indican que posterior al tratamiento grupal de ocho sesiones, las participantes han incrementado su autoestima de manera representativa al tiempo que han modificado sus distorsiones cognitivas. A continuación se comentan a detalle los hallazgos.

El programa de intervención comenzó con una entrevista semi-estructurada que tuvo varios propósitos. El primero fue conocer los aspectos relevantes en la vida de las participantes y algunos factores que podrían haber incidido en su autoestima. Esto ofrece un beneficio extra, la oportunidad de comenzar a construir un ambiente de empatía, calidez y confianza que es necesario para cualquier tipo de trabajo terapéutico. Asimismo, fue indispensable determinar si las pacientes eran candidatas a la intervención grupal, es decir, si cumplían los criterios de inclusión o si, por las características del taller sería conveniente que recibieran una atención psicológica individual; conocer los motivos que las orillaron a participar en la intervención y por último, -no por ello menos importante- brindarles información respecto a las generalidades del taller y la investigación en general, como son duración, contenidos, beneficios, riesgos, aclaración de dudas, y posteriormente darles a firmar la Carta de Consentimiento Informado.

En esta fase fue posible conocer la opinión que las participantes tenían respecto a ellas mismas. Sus ideas, creencias, conductas y los juicios de valor que ellas le otorgan a cada uno de éstos. Se corrobora que la enfermedad tiene efectos negativos sobre la autoestima. Sin embargo, estas deficiencias no son el resultado directo de la aparición del cáncer, sino de una serie de eventos que fueron gestando percepciones y sentimientos negativos hacia ellas mismas a lo largo de su vida. En otras palabras, las dificultades en su autoestima fueron por la enfermedad, pero no sólo por la enfermedad.



Durante la entrevista, se encontró un alto número de pacientes con diversas manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión, como sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, culpa, inutilidad, impotencia, irritabilidad, pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras, dificultad para tomar decisiones, desórdenes del sueño y pensamientos e intentos de suicidio.

Es de suma importancia mencionar que ésta situación se esperaba cuando se planeó la intervención, debido a que al hacer la revisión de la literatura, diversos autores (Da Silva y Dos Santos, 2010, Olivares, 2004, García & Domínguez, 2011, Baider, 2003, FEFOC, 2007) refieren estas observaciones, sin embargo, apareció la primera de las muchas complicaciones que se detectaron: la intensidad de las problemáticas que aquejaban a las asistentes. Al llevar a cabo esta exploración se encontró que las participantes tenían un historial de pérdidas importantes y duelos complicados. Igualmente afirmaron haber sufrido uno o varios tipos de maltrato en la infancia, que van desde el abuso físico y psicológico; con gran frecuencia, abuso sexual por uno o más miembros de la familia y negligencia u omisión, lo que desembocaba para ellas en un gran sufrimiento y rencor. Algunas han reportado que continúan viviendo situaciones de violencia intrafamiliar, de manera activa y/o pasiva, llevándolas a pensamientos acerca de cómo *deberían ser* ellas mismas, las circunstancias y el mundo que las rodea, de culpabilización y sensación de ineficacia. Éste hecho llevó a cuestionar si era pertinente realizar la intervención con las 24 participantes por grupo que se habían planeado al inicio o incluir menos. Así, se hizo la primera modificación al método, para admitir máximo 16 pacientes por grupo.

Con la fecha de inicio de los talleres y las entrevistas realizadas, se arrancó la intervención con dos grupos. El primero (Grupo "A") fue pensado para las pacientes con cáncer de mama que estuvieran recibiendo tratamiento de quimioterapia y radioterapia. El segundo grupo (Grupo "B"), para las pacientes que se encontraran en etapa de remisión. El grupo "A" inició con 13 pacientes y terminó con 6, en tanto que el grupo "B" inició con 16 y finalizó con 13.

Algunas pacientes que iniciaron la intervención psicológica en el grupo “A” comentaron su decisión de no continuar debido a que el horario del taller se contraponía con su horario para recibir el tratamiento médico para el cáncer de mama. Otras más, manifestaron que el malestar físico que tenían como reacción a la quimioterapia, la radioterapia y/o la enfermedad era un impedimento para asistir regularmente. En consecuencia quedaron seis participantes en el grupo “A” cuya asistencia fue consistente. Cabe señalar que se incluyó a una paciente que fue declarada en remisión, sin embargo, se encontraba recibiendo tratamiento médico para combatir Osteopenia. Por esa razón, se consideró pertinente incluirla en el grupo “A”. Entre la segunda y tercera sesión, se les declaró en etapa de vigilancia a 4 de las 6 pacientes. Finalmente quedó una paciente que se encontraba recibiendo radioterapia para el cáncer de mama y que tuvo una asistencia regular. Sin embargo sus datos fueron omitidos en el análisis, por tratarse de la única paciente que estuvo en tratamiento médico durante toda la intervención psicológica.

En el grupo “B” se omitieron los datos de dos pacientes que no cumplían con los criterios de edad y asistencia. Dadas todas estas condiciones, no fue viable realizar un análisis independiente del Grupo “A” y Grupo “B”, por lo que los datos se analizaron como un solo grupo.

Parte de la primera sesión en ambos grupos se destinó al establecimiento de reglas, negociándose un tiempo de tolerancia máximo de 15 minutos para iniciar las sesiones y estableciéndose como normas fundamentales el respeto por las integrantes y la privacidad en cuanto a las vivencias e historias que se expusieran.

Para comenzar, se observó que las pacientes iniciaron con motivación en el taller, refiriéndose a sí mismas como vencedoras de la enfermedad y de casi cualquier cosa (sic). Sin embargo, al iniciar las actividades fue posible observar una faceta más real de ellas, expresando el dolor y sufrimiento que se encontraba latente en cada una por los eventos que vivieron inclusive antes de la enfermedad. A saber, se quitaron la “máscara” (sic).

En las primeras actividades, se sembraron las bases teóricas para un pensamiento racional, por medio de técnicas psicoeducativas. Para esto, fue necesario abordar el tema de las emociones y sentimientos; la visión que sostenían hasta ese momento en relación a sus emociones era dicotómica, es decir, aquellas que pudieran resultar desagradables, como el enojo o la tristeza entraban automáticamente en la categoría de “malas”, mientras que emociones como la alegría o el amor son “buenas”. Se exhortó a las pacientes a eliminar la idea polarizada de que es “bueno” o “malo” sentirse de alguna manera, a reconocer sus emociones y sentimientos como herramientas para alcanzar sus metas, que son propias de todos los seres humanos y que tienen una función adaptativa. Aclarar este punto referente a las emociones, les permitió admitir que con frecuencia es complicado para ellas aceptarlas, principalmente la tristeza, la ansiedad o el enojo, sobre todo cuando se encuentran frente a su familia o amistades. Algunas comentaron que cuando esas emociones son abrumantes tienden a aislarse, mientras que otras manifiestan lo opuesto a lo que sienten, por lo que, si se sienten tristes o enojadas, muestran ante los demás expresiones típicas de felicidad o alegría o si se sienten ansiosas se muestran tranquilas. Este patrón que se encontró pudiera aportar datos interesantes de las pacientes que tienen o han tenido cáncer, por ejemplo, Gross, (1989) y posteriormente Rodríguez-Parra, Esteve-Zarazaga y López-Martínez, (2000) postulan que ciertos modos específicos de manejar las emociones predisponen en mayor medida al inicio y/o progresión de la enfermedad (Porro, Andrés & Rodríguez-Espíndola, 2012). Una opinión similar es la de Thomas, Groer, Davis, Droppleman, Mazingo & Pierce (2000) quienes estudiaron la expresión inadecuada de la ira y su probable asociación al cáncer. Para ellos, existe evidencia significativa de que al utilizar mecanismos como la represión o la supresión de la ira, los individuos se pueden predisponer al desarrollo de cáncer, o bien, este hábito puede ser un factor en su progresión después del diagnóstico.

Además de este automatismo para manejar emociones negativas, se encontró que las participantes no sólo tendían a reprimirse cuando sentían enojo, tristeza o ansiedad, sino que podían llegar a sentir culpa al sentirse alegres cuando están viviendo algo positivo, sabiendo que probablemente otras personas, conocidas o

no, estaban viviendo situaciones dolorosas o estresantes. Branden (1987) habla de los efectos dañinos que esto tiene sobre la autoestima:

*Las mentiras más devastadoras para nuestra autoestima no son tanto las que decimos como las que vivimos. Así, vivo una mentira cuando finjo un amor que no siento, cuando simulo una indiferencia que no siento; cuando digo que estoy irritado y lo cierto es que tengo miedo; cuando aparento indefensión y lo cierto es que soy un manipulador; cuando finjo una ceguera que niega mi comprensión; cuando me río y en realidad necesito llorar; cuando me adhiero falsamente a ciertas creencias para gozar de aceptación. Si elijo falsear la verdad de mi persona lo hago porque considero inaceptable lo que soy. Valoro cualquier idea de otro por encima de mi propio conocimiento de la verdad. Primero, me rechazo a mí mismo, después me siento rechazado por los demás. Imagino que el problema se plantea entre los demás y yo. No se me ocurre que lo que más temo de los otros ya me lo he hecho a mí mismo (p.49).*

La primera sesión fue fundamental para crear el ambiente de confianza que se mantuvo hasta el final y se considera que fue imprescindible manejar estos ejercicios para disminuir los pensamientos que generan culpa, el miedo a ser juzgadas y la necesidad de aprobación. Con ello, fomentar la aceptación de sí mismas, independientemente de que los demás las acepten o las rechacen.

Para comprender las propias emociones y sentimientos, es necesario comprender los pensamientos que las originan (Beck (1967, en Gayoso, 2010). Con frecuencia se encontraba en el discurso de las participantes que algunos de los pensamientos que tenían respecto a ellas mismas habían sido herencia de otras personas. El caso de la paciente “A” es uno de estos ejemplos. Ella comenta que desde su infancia, su padre solía burlarse de ella, pues la *etiquetaba* como “una gorda”. Ella creció pensando que su peso y talla eran desproporcionalmente grandes (*maximización*). Ahora puede reconocer que en realidad no tenía un problema de obesidad. Admite que durante su niñez se gestaron numerosos traumas y miedos relacionados con

un supuesto sobrepeso (*atribución arbitraria de la delgadez al éxito personal*) y se concebía como una niña muy tímida. Al llegar a la adolescencia comenzó a presentar síntomas de desórdenes alimenticios y califica su carácter de aquellos tiempos como “agresivo y explosivo”.

Éste es sólo un testimonio de los muchos que tuvieron lugar en esta investigación y que en parte son producto del maltrato infantil del que fueron víctimas. Son situaciones complejas y especialmente graves, ya que los padres, quienes son los que deben protegerlos, darles afecto y asegurar el ejercicio de sus derechos, son quienes precisamente los violentan y transgreden, dejándolos en un grado de vulnerabilidad y riesgo muy alto (Pérez & Crotti, 2007, en Unicef, 2007).

Diversos estudios alrededor del mundo han demostrado que la exposición al maltrato y otras formas de violencia durante la niñez tienen importantes repercusiones en la salud física y mental. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (Krug et al, 2002), la mala salud causada por el maltrato de menores constituye una porción significativa de la carga mundial de morbilidad. Si bien se ha puesto de manifiesto que enfermedades importantes de la edad adulta, como el cáncer, están relacionadas con experiencias de maltrato durante la niñez, aunque sólo hasta últimas fechas se les ha prestado atención a otras manifestaciones, como los trastornos psiquiátricos y el comportamiento suicida. Además, uno de los mecanismos que explica el impacto en la salud, es la adopción de comportamientos de riesgo, tales como el tabaquismo, el abuso de alcohol y/o la alimentación deficiente (Ramos & López, 2010).

La violencia intrafamiliar y el maltrato infantil escapan a los alcances del presente estudio, pero es importante tener en cuenta que las huellas que deja el abuso trascienden el nivel familiar y las consecuencias de la violencia doméstica se ven reflejadas en numerosos problemas que enfrenta la sociedad actual. El conocimiento de estos fenómenos permite aproximarse más a la verdadera raíz de los problemas de autoestima y comprender cómo y por qué se perpetúan algunos comportamientos autodestructivos y de cercanía o apego con figuras que practican el abuso en cualquiera de sus modalidades. Si se entiende el apego como la

propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás, los cuales se desarrollan tempranamente y se mantienen generalmente durante toda la vida, se puede decir que cada uno de estos tipos de vínculos generarán un desarrollo posterior característico y la manera como las personas harán frente al mundo a lo largo de su existencia (Bowlby, 1969, 1979, 1998; Fonagy, 1999, 1999b en Loubat, Ponce y Salas, 2007). Al respecto, la Unicef (2007) señalan que muchas veces quienes tienen mayor disposición a vivir relaciones violentas al interior de la familia son personas que en su infancia presenciaron violencia entre sus padres, y que existe una estrecha relación entre el maltrato que se da a nivel de pareja con el que se ejerce en contra de los hijos.

A nivel individual, la condición de maltrato incidió en el desarrollo y mantenimiento de una percepción errónea acerca de ellas mismas, así como diversos sentimientos negativos hacia su persona lo que había mermado fuertemente su autoconocimiento y autoestima. Fue posible apreciarlo en la segunda sesión y también se reflejó en las respuestas de los reactivos relacionados (“¿qué me pasa?”, “¿qué sucede conmigo?”, “algo tiene que cambiar”, “debe haber algo malo conmigo”) de la primera aplicación del Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos donde se obtuvieron puntuaciones más altas. Las participantes expresaron con llanto su tristeza y hablaron de su deseo por haber contado con más apoyo y cariño por parte de sus padres, que hubieran querido gozar de aceptación por parte de ellos. Algunas manifestaron que al pensar en su infancia, podían darse cuenta de lo lastimadas que se sentían al recordar esa etapa y los eventos que vivieron. A propósito del tema, apareció una nueva complicación que abrió la necesidad de realizar un seguimiento mucho más cuidadoso, las tendencias suicidas.

Un caso que aborda la temática es el de la participante “B”, una mujer que reporta haber sufrido abuso sexual por parte de su padre en la niñez y violencia física por parte de la madre hasta cumplir la mayoría de edad, momento en que contrae nupcias con un hombre que asiduamente tenía pensamientos de que “ella lo dejaría por otro” (*evaluaciones incorrectas en relación al peligro y la seguridad*) y sentía

celos frecuentemente (sic). Durante su etapa escolar, fue *etiquetada* por su familia como una “mala estudiante”, una “niña tonta” y ese fue el concepto que tuvo de sí misma en dicho ámbito. Cursó con mala salud física y desnutrición desde su infancia y en la adolescencia se le detecta por primera vez una masa tumoral en el seno. Afirma que tiene pensamientos que le generan *culpa* por la muerte de dos de sus hijos, un bebé con leucemia y un niño que nació con problemas de origen genético y que fallece años más tarde por una negligencia médica al practicársele una operación con el objetivo de mejorar su condición. Parte de la responsabilidad que ella misma se atribuye (*personalización*) descansa en el hecho de que su esposo la culpa también por la muerte del niño, dado que ella buscó la intervención médica. “B” reconoce abiertamente su deseo de morir y que se cuestiona regularmente por qué no murió ella cuando tuvo cáncer, en lugar de ellos dos.

En una línea similar se encontró la participante “C”, quien refiere haber pensado previamente que su vida no tenía un propósito, minimizó sus esfuerzos y logros, resaltó aquellas características que, según ella, le restaban valor como persona (*abstracción selectiva y minimización*) y dijo estar muy abrumada por los pensamientos y sentimientos que estaba experimentando (*maximización*), así que en un momento de desesperación decidió que no quería continuar viviendo e intentó acabar con su vida arrojándose al tránsito vehicular. Y continúa el relato, comentando que ya que no logró ser atropellada, pensó en lanzarse de un puente pero no tuvo el valor de hacerlo.

La relación entre depresión y suicidio puede estar mediada por un déficit en estrategias cognitivas saludables y sentimientos de desesperanza (Berman & Jobes, 1991 en Roselló & Berríos, 2004). Beck (1987) lo explica en su teoría de la Triada Cognitiva, en la que dice que aquellos sujetos que se encuentran deprimidos mantienen una percepción pesimista acerca su mundo, su futuro y ellos mismos, por tanto es esperable que los pensamientos negativos tengan un rol primordial en la perpetuación de las conductas suicidas.

En el caso de las participantes “B” y “C”, ellas consideraban que independientemente de las medidas que tomaran ante una posible amenaza, no es

posible controlar los resultados. O sea, en su pensamiento, no eran capaces de escapar de ese daño o afrontarlo eficazmente, por lo que aprendieron a reaccionar de modo pasivo ante un evento estresante.

La percepción de ellas como seres indefensos se encontró en su discurso durante la entrevista, el taller y en las puntuaciones en la media de los reactivos que corresponden al tema ("*soy tan débil*", "*¿por qué no puedo tener éxito?*") en la primera evaluación del Cuestionario de Pensamientos Automáticos afectaba considerablemente su autoconcepto y la confianza en sus propias capacidades para hacer frente a la adversidad por lo que la intervención terapéutica en estas cogniciones se volvió una necesidad de primer orden.

La propia apreciación de vulnerabilidad se puso de manifiesto no sólo en la tendencia a desconfiar de ellas y sus herramientas personales, también en la limitada confianza que podían establecer con aquellas personas con las que sostienen un vínculo cercano y la expectativa de que ellos en algún momento les van a mentir (*evaluaciones incorrectas en relación al peligro y seguridad*), lo que explica en alguna medida que varias participantes reconozcan un impedimento para establecer relaciones interpersonales sólidas y sanas.

Estos encuentros encajan con los de Grossarth, Maticsek & Eysenck, (1990) quienes sostienen que existe una asociación entre el diagnóstico de cáncer, la presencia de depresión y aquellos estilos que se caracterizan por un elevado grado de dependencia conformista, inhibición para establecer proximidad con personas cercanas, reacciones de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las emociones ante situaciones estresantes (Porro, et al, 2012).

Tomando en cuenta sus historias de vida, reestructurar los esquemas de pensamiento de personas que aprendieron desde la infancia que el mundo está lleno de crueldad y penas, es una ardua experiencia. No obstante, a lo largo de las sesiones fue posible modificar este modo de interpretar su entorno por uno menos rígido. Es cierto que día a día acontecen eventos atroces pero también ocurren situaciones donde la bondad triunfa sobre el sufrimiento y más aún, convencerlas



de que ellas son seres activos, capaces de hacer frente a los obstáculos y resolver sus percances.

Los inconvenientes en la autoeficacia o autoconfianza coexisten con los conflictos para estimarse como personas valiosas y dignas de respeto. Ésta es un área en la que se necesitó poner énfasis, pues conductualmente fue posible observar que se les complicó el establecimiento de límites claros. Es más, durante la sesión, la mayoría de las participantes encontraron que suelen comportarse con un estilo sumiso cuando otras personas invaden sus límites y cuando se cansan de esto, muestran conductas agresivas para defender sus derechos, mientras que la minoría habitualmente opta por expresarse agresivamente.

La concomitancia entre los déficits en autorespeto y autoeficacia se pudieron deducir a partir de la siguiente reflexión; regularmente, una agresión conlleva más agresiones y pocas veces una conducta arrebatada e iracunda llevará a la consecución de una meta. Por consiguiente, al fallar en el logro de un propósito, se afecta el autoconcepto, la confianza en sus facultades cae y ellas se sienten menos valiosas como personas. Dicho razonamiento llevó a otro punto clave, que continuamente las personas se adjudican un valor con base en aquellas cosas que pueden hacer “bien”, en aquellos logros que se llegan a tener, condicionando así el amor propio.

Es probable que la sesión destinada a autorespeto o autovalía fuera de las más complicadas debido a que, a veces las integrantes le dan más importancia a cumplir los deseos y expectativas de otros que las suyas. Respecto a estos puntos, se hallaron ciertos rasgos en el comportamiento de las participantes y que coinciden con lo que postula MacCaffery & Beebe, (1989 en Porro, et al 2012). Ellos reportan un patrón que se caracteriza por la falta de asertividad, una tendencia a cumplir con los deseos de los otros, a inhibir intencionadamente la expresión de emociones negativas tales como la ansiedad, la agresividad y la ira, y a expresar de manera acentuada conductas consideradas positivas y deseables socialmente. Este patrón se ha asociado con un mayor riesgo y evolución del cáncer.

Contrario a lo que se esperaba, en la sesión que se destinó a trabajar autoimagen, la mayoría de las participantes, especialmente las que llevan más tiempo de recuperación han destacado el sobrepeso como principal preocupación, incluso antes que la pérdida del seno. Probablemente esto se deba a que constantemente se llevan a cabo acciones encaminadas a sobreponerse emocionalmente de la mastectomía, por lo que han tenido la oportunidad de trabajar en ello, no así con el sobrepeso.

Las mejorías significativas se observaron a lo largo de las sesiones y en muchos aspectos. Primeramente, la posibilidad de abrir un espacio libre de juicios negativos, donde ellas pudieran hablar de aspectos importantes de su vida y desahogarse de todo aquello “que no le habían contado ni a su mejor amiga”. La unión social que se creó entre las participantes brindó un apoyo de grandes magnitudes y supone uno de los beneficios de todas las terapias grupales. Fawzy, Fawzy, Arndt & Pasnau, (1995) afirman que la psicoterapia grupal tiene más ventajas si hablamos de coste-beneficio en comparación con la terapia individual y hay evidencia de su efectividad así como la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Otros autores (Spiegel, 1994) señalan que las terapias grupales tienen beneficios adicionales en forma de apoyo social y de auto-ayuda, disminuye la sensación de estigma, reduce el aislamiento social y facilita el aprendizaje de actitudes adaptativas y estrategias de afrontamiento (Bellver, 2007).

Al respecto, llama la atención dos casos particulares en los que el apoyo del grupo contribuyó a mejorar el estado de salud.

La participante “D” es una de las personas en las que se observó una mejoría más notable al terminar el taller. Ella cursaba un cuadro de dolor crónico en las rodillas que no mejoraba con analgésicos, razón por la que utilizaba bastón al caminar. “D” comenta que pocas veces (si no es que ninguna) se acercaba a hablar con su familia o amigas respecto a las cosas que ella vivía cotidianamente y mucho menos referentes a los acontecimientos traumáticos que vivió en su niñez. Sin embargo, en el taller platicaba constantemente de las vivencias que le generaban dolor emocional al ser recordadas y lloraba el tiempo que era necesario para ella.

En la tercera sesión “D” dijo que al finalizar el segundo día del taller habló con sus hijos de esos eventos y en la quinta sesión ella afirmaba sentirse muy aliviada después de hablar con su familia y con el grupo. En esa sesión se observó que “D” caminaba con menos dificultad y usaba menos el bastón durante los ejercicios. Al hacerle notar dicho cambio, ella comentó que ahora se sentía apoyada por sus hijos, las integrantes del taller y las psicólogas.

De modo similar ocurrió con la participante “E”, quien refirió tener problemas auditivos y necesitar atención especial, que se le dio sin problema. Se le solicitó que, de ser posible, se quedara una hora extra para ocuparse de los asuntos relacionados con los ejercicios del taller. A lo largo de las sesiones, cuando se le mostraba que se estaba al pendiente de ella, sus problemas y que sus puntos de vista eran tomados en cuenta, ella atendía las sesiones sin que se utilizara un tono de voz superior al audible y no era necesario quedarse la hora extra.

“E” disfrutaba de elaborar lo que llamaba “botiquín del alma”, que era una canasta con utensilios que tenían un significado simbólico para promover la paz espiritual. Obsequió uno a cada integrante del taller al finalizarlo, pero sobraron varios. Se hizo la sugerencia de regalarlos a pacientes que se encontraban hospitalizados y que aceptaran el obsequio. “E” asintió gustosa y les explicó a los seleccionados en qué consistía el “botiquín del alma”. Los que lo recibieron, manifestaron gratitud y sentirse esperanzados y conmovidos de recibir ese regalo de alguien que logró recuperarse de la enfermedad. Al terminar la entrega, “E” comentó que le había dado un nuevo significado a su vida y sentir que tenía mucho por qué vivir todavía. Como dato adicional, ella no tuvo que alzar la voz ni hacer un esfuerzo por escuchar a los pacientes que recibieron el botiquín.

La búsqueda del sentido de vida fue el tema con el que cerró el taller y se considera fundamental su abordaje en un estudio de este corte. Entre los principales intereses y curiosidades que surgieron se encontró contribuir en los avances médicos para encontrar la cura y la prevención del cáncer, brindar mensajes de aliento y esperanza a los enfermos y necesitados, conservación del medio ambiente y el fortalecimiento de los lazos familiares y de amistad.

La necesidad de encontrar un propósito incluso en las situaciones más adversas es una herramienta que permite transformar las desgracias humanas, la enfermedad, el dolor físico y emocional y las pérdidas en escalones que conducen a los logros personales.

Encontrar alternativas a los pensamientos distorsionados en relación a ellas mismas y a su entorno fue una de las muchas metas satisfechas. La capacidad de conocer aspectos de su vida desde una óptica más racional, reconocer sus experiencias, pensamientos y los sentimientos que se despiertan, pero ahora de forma objetiva y orientada al logro y la resolución de conflictos supuso una reconciliación con ellas; una autoestima y autoaceptación más auténtica.

Desde la perspectiva clínica, se considera que los cambios que se detectaron conductualmente tanto como en los instrumentos, son muy importantes y conllevan aportes en diversas áreas. Probablemente la limitación más clara del estudio, correspondió a que el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos ATQ-30 de Hollon y Kendall (1980) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) no son instrumentos adaptados a población en este contexto, haciéndolos recursos útiles pero no óptimos para el presente trabajo. Esta circunstancia puede explicar por qué en la Escala de Autoestima y en el Factor 2 del ATQ-30 (*sensación de culpa y de ser juzgada negativamente por otros*), el alpha de cronbach descendió. En el caso del ATQ-30, Mera-Rosales, et al (2011) señala que la diferencia en el número de factores propuestos para la escala ATQ-30 posiblemente refleje diferencias en las épocas de su aplicación y características particulares de las poblaciones que respondieron el cuestionario. El instrumento fue adaptado en su mayoría con una población estudiantil universitaria o de bachillerato, población en general sana y, en menor medida, poblaciones clínicas identificadas como ansiosas o deprimidas o con algún problema de salud particular (p. 11).

A pesar de dicha limitante, los cambios que acontecieron, que fueron comentados por las participantes y que fueron observados en su conducta, han hecho de este un trabajo muy gratificante, especialmente tratándose de una intervención de sólo ocho sesiones de duración y que aborda problemáticas particularmente fuertes.

## Conclusiones

La presente investigación persiguió el objetivo de formular estrategias efectivas que promuevan una autoestima positiva en las pacientes con cáncer de mama, ya que, a pesar de que la autoestima es un tema que ha sido popularizado especialmente en los últimos años, existen pocos estudios experimentales orientados a fomentarla en esta población.

Como una de las habilidades más importantes en el ser humano, el fortalecimiento de la autoestima beneficia principalmente a las pacientes, cuidadores y a su vez se refleja en el costo-beneficio de la institución hospitalaria.

La terapia cognitiva ha demostrado ser eficaz como forma de intervención psicológica en mujeres con cáncer de mama, para cuestionar sus creencias erróneas y desadaptativas en relación a ellas mismas y su entorno, gozando así de una mejor autoestima y calidad de vida.

Los modelos de psicoterapia de grupo son una herramienta básica en la atención de pacientes oncológicos y tienen varias ventajas, entre las que se encuentran reducción de los costos en relación a la terapia individual, la posibilidad de encontrar apoyo dentro del grupo disminuyendo el aislamiento social y mejora de la autoestima por medio del apoyo que se brindan entre participantes.

Se sugiere que una intervención grupal de este corte, no incluya a más de 12 participantes en el grupo, dado que las problemáticas que se abordan requieren sumo cuidado por parte del facilitador.

Los datos aquí presentados prueban que el programa de intervención grupal de ocho sesiones que se planeó es efectivo para mejorar la autoestima y disminuir la frecuencia en que aparecen pensamientos distorsionados en pacientes con cáncer de mama en etapa de vigilancia, al tiempo que se promueve un pensamiento racional y objetivo como parte de un estilo de vida saludable.

Sería interesante conocer el impacto de la intervención en mujeres que se encuentren recibiendo tratamiento médico. Se considera necesario emprender acciones encaminadas a mejorar la autoestima y tratar las distorsiones cognitivas como parte de una atención integral. En el caso particular de este proyecto, se presentaron varios inconvenientes para las participantes, entre ellos que los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia resultan incapacitantes para algunas pacientes. Por tal motivo, es necesario abrir más espacios donde las pacientes que estén recibiendo tratamiento médico puedan exponer sus pensamientos, emociones y sentimientos a fin de recibir el apoyo adecuado por parte del psicooncólogo.

El papel del psicólogo en esta área es fundamental. Para muchos, esta puede parecer una demanda ingenua, sin embargo es urgente que el estado y las autoridades que se encuentran al frente de las instituciones de salud, reconozcan que es una necesidad y no un lujo contar con un número suficiente de psicólogos para brindar una atención completa, de calidad y trabajar de manera auténtica en beneficio del paciente.

Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes se encontró la culpabilización inapropiada, etiquetado, maximización, minimización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria y pensamientos dicotómicos.

Las temáticas en las que fue necesario dedicar más esfuerzos fueron autoconfianza, asertividad y autorrespeto. Se sugiere que en intervenciones similares, se inviertan los recursos necesarios en estas áreas.

Se encontraron patrones de comportamiento en las participantes, que coinciden con los reportes de MacCaffery & Beebe, (1989) y Porro, et al (2012). Ellos destacan rasgos como la falta de asertividad, una tendencia a cumplir con los deseos de los otros, a inhibir intencionadamente la expresión de emociones negativas tales como la ansiedad, la agresividad y la ira, y a expresar de manera acentuada conductas consideradas positivas y deseables socialmente. Dichas conductas se han asociado con un mayor riesgo y evolución del cáncer.

Los talleres vivenciales nunca sustituyen el trabajo en psicoterapia, por lo que se sugiere que una vez terminada la intervención grupal se realice un seguimiento a las participantes por parte de los profesionales en psicología y si es necesario, se dé la atención que corresponda.

Debido al tamaño y características de la muestra, los resultados alcanzados en esta intervención no son generalizables. Sólo son aplicables a la población con la que se trabajó.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra la falta de escalas de medición, en este caso, de Autoestima y de Pensamientos Automáticos Negativos desarrolladas especialmente para población mexicana oncológica. Los instrumentos que fueron utilizados para este estudio, fueron una alternativa útil, aportaron datos valiosos pero no son el recurso ideal. Se considera que esta es una línea de trabajo que urge explotar para comprender más acerca de la enfermedad y de quienes la padecen. Sin embargo, no se ha aprovechado ampliamente.

Se espera que la presente investigación genere nuevos conocimientos y a su vez fomente nuevas inquietudes en los estudiosos del tema. En adición, se podría ampliar la línea de trabajo iniciada con esta investigación, desarrollando proyectos oncológicos e incluso otros estudios que pudieran generalizarse a diversos problemas de salud.

Se sugiere que se desarrollen nuevas investigaciones respecto a regulación emocional, duelos, apegos ansiosos y evitativos, sucesos de vida estresantes, tales como el maltrato infantil y hacia la mujer o violencia intrafamiliar y sus efectos sobre la salud física de quienes lo experimentan.

Las intervenciones cognitivo-conductuales en los trastornos psicosomáticos y el entrenamiento en habilidades asertivas pueden ofrecer un campo de acción enriquecedor en el área oncológica.

## Bibliografía

Acuña, A. (2001) El cuerpo en la interpretación de las culturas. *Boletín de Antropología de la Universidad de los Andes* Vol. 1 (51) p. 31-52. Obtenido el 04 de febrero del 2014 de [http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/18408/3/angel\\_acuna.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/18408/3/angel_acuna.pdf)

Aguilar, M; Gómez, E; Mur, N; Neri, M. (2013) Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria* Vol. 28 (5) p. 1453-1457. Obtenido el 07 de febrero del 2014 de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6517.pdf>

American Cancer Society (2014) *Sexualidad para la mujer con cáncer*. Obtenido el 22 de enero del 2014 de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002911-df.pdf>

American Cancer Society (2016) *El embarazo en las sobrevivientes del cáncer de seno*. Obtenido el 06 de septiembre del 2016 de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-despues-despues-del-embarazo>

American Society of Clinical Oncology (2014). *Cáncer de mama: signos y síntomas*. En <https://www.asco.org/>

Arce, C; Bargalló, E; Villaseñor, y; Gamboa, C; Lara, F; Pérez, V; Villareal, P (2011) Oncoguía: Cáncer de mama. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. Vol. 6 p. 78–86. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>

Artaud, G. (1987) *Conocerse a sí mismo. La crisis de identidad del adulto*. Barcelona: Herder



Bados, A; García, E. (2010) *La técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Barcelona: Facultad de Psicología

Baider, L. (2003) Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol 3 (1) p. 505-520

Barez, M. (2002) *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.

Barez, M; Blasco, T; Fernández, J. (2003) La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología*. Vol. 19 (2) p. 235-246

Barroilhet, S; Forjaz, M; Garrido, E (2005) Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría* 33(6) p. 390-397. Obtenido el 24 de septiembre de 2016 de [https://www.researchgate.net/profile/Sergio\\_Barroilhet/publication/242755347\\_Conceptos\\_teorias\\_y\\_factores\\_psicosociales\\_en\\_la\\_adaptacion\\_al\\_cancer/links/00b49532b28ce44785000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Barroilhet/publication/242755347_Conceptos_teorias_y_factores_psicosociales_en_la_adaptacion_al_cancer/links/00b49532b28ce44785000000.pdf)

Bellver, A (2007) Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. Vol. 4, Núm. 1, p. 133-142.

Beltrán, A. (2010) *Cáncer de mama en México*. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de [http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/10\\_oct\\_2k10.pdf](http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/10_oct_2k10.pdf)

Blanco, R (2011) Cáncer de mama y maternidad. *Enfermería global*. vol.10 no.22. Obtenido el 07 de septiembre del 2016 de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/clinica1.pdf>

Bonet, J. (1997) *Manual de autoestima: Sé amigo de ti mismo*. Barcelona: Sal Terrae

Bousoño, M (2013) *Psicoterapias*. Obtenido el 08 de diciembre del 2014 de <http://www.oviedo.es/psiquiatria/docencia/...13/20PM-PSICOTERAPIA.pdf>

Brandan, M; Villaseñor, Y (2006) Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* Vol. 1 p. 147 – 162. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de <http://incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172289111.pdf>

Branden, N. (1987) *Como mejorar su autoestima*. México: Paidós Ibérica

Branden, N. (1993) *El poder de la autoestima*. Barcelona: Paidós

Branden, N. (1994) *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós

Branden, N. (2011) *El respeto a sí mismo*. México: Paidós

Breastcancer (2012) Los cinco pasos de la autoexploración de mamas. Obtenido el 07 de octubre, 2013 de [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_aem](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem)

Camacho, J (2003) *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Obtenido el 13 de diciembre del 2014 de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Caro, I (2007) *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Sevilla: Desclée de Brouwer

Caro, I (2013) Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas: una reflexión crítica. *Boletín de Psicología* No. 107 p. 37-69

Centeno, C; Núñez, J (1997) Estudios sobre la comunicación de cáncer en España. *Medicina Clínica Barcelona* Núm. 110 p. 744-750. Obtenido el 24 de septiembre de 2016 de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41258261/Studies\\_about\\_the\\_communication\\_of\\_the\\_d20160115-9046-](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41258261/Studies_about_the_communication_of_the_d20160115-9046-)

[d8ydjb.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1474738483&Signature=3RltnFfRt3wTOEjRbl%2B9SyqJISw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DStudies\\_about\\_the\\_communication\\_of\\_the.pdf](http://d8ydjb.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1474738483&Signature=3RltnFfRt3wTOEjRbl%2B9SyqJISw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DStudies_about_the_communication_of_the.pdf)

Contreras, J (2005) Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. *Oncología* 28(3) p. 17 – 19. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de la base de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Da Silva, G; Dos Santos, M. (2010) Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. Vol. 18(4) p. 685-698. Obtenido el 04 de enero del 2014 de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_05.pdf)

De Juan, A; García, A; López, A; López, C; López, J; Ramos, J; Rivera, F; Vega, M (2004) Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología*. Vol. 1, Núm. 2 p. 137-150

De la Herrán-Gazcón (2003) Autoconocimiento y formación. Más allá de la Educación en valores. *Tendencias psicológicas* Num. 8.

Durá, E; Hernández, S. (2003) Los grupos de autoayuda como apoyo social en el cáncer de mama. *Boletín de Psicología de la Universidad de Valencia*, No. 78, p. 21-39. Obtenido el 15 de enero del 2014 de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-2.pdf>

Ellis, A; Abrahms, E. (1978) *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax

Escudé, C (2003) La educación emocional (L'educació emocional). *Revista dels mestres de la Garrotxa*, año XIX, num. 37. Obtenido el 04 de noviembre del 2014 de <http://www.xtec.cat/~jcollell/ZAP%20Trac.pdf>

Esnaola, I; Goñi, A; Madariaga, J. (2008) El autoconcepto: Perspectivas de investigación. *Revista de psicodidáctica* Vol. 13 No. 1. Obtenido el 17 de julio del 2014 de [www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/.../227](http://www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/.../227)

Ehrenzweig (2007) Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana* Vol. 25(1) /p. 7-21. Obtenido el 12 de agosto del 2015 de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a3.pdf>

FEFOC (2007) *Familia y cáncer*. Obtenido el 17 de enero del 2014 de <http://www.familiaycancer.org/doc.php?op=pareja>

Ferrando, P; Chico, J (2000) Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema* Vol. 12, nº 3, p. 383-389

Fernández, R. (2005) Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista Periferia* Núm. 3. Extraído el 15 de enero del 2014 de <http://www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145012/196832>

Ferrero, J; Toledo, M; Barreto, M. (1995) Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 27 (001) p. 87-102

Frankl, V. (1979) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder

Friedberg, R; Mc Clure, J (2005) *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. México: Paidós

Galoso, M. (2010) *Consecuencias psicológicas de las amputaciones*. Madrid: Hospital Virgen de la Póveda. Obtenido el 07 de enero del 2014 de <http://www.scribd.com/doc/152515941/consecuencias-psicologicas-amputacion>

García, C; González, M. (2007) Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 25 (1) p. 72-80. Obtenido el 02 de diciembre del 2013 de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902508.pdf>

García, J; Domínguez, M. (2011) El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mastectomizadas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana* Vol. 8(1). Obtenido el 01 de febrero del 2014 de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph04111.html>

García, J; Villagómez, A; Reyes, G (comp.) (2016) Modelo de intervención para fortalecer las habilidades psicosociales: mejora del rendimiento académico y la calidad de vida personal y profesional. México:UNAM FES Zaragoza

González, L; González, M; Nigenda G; López L; (2010) Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina: Retos a futuro. *Salud Pública de México* Vol. 52 p. 533-543

Grondin, J (2012) Hablar del sentido de la vida. *Utopía y praxis latinoamericana*. Vol. 17 No. 56. Universidad de Zulia, Venezuela. Obtenido el 28 de julio del 2014 de <http://www.redalyc.org/pdf/279/27921998008.pdf>

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P; (2007) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill

Kübler-Ross, E (1969) *Sobre la muerte y los moribundos*. México:Debolsillo

Landau, E. (2010) Las buenas relaciones sociales son un factor de supervivencia importante. *CNN México*. Obtenido el 17 de enero del 2014 de <http://mexico.cnn.com/salud/2010/08/03/las-buenas-relaciones-sociales-son-un-factor-de-supervivencia-importante>

Lazarus, R. (1999) *Estrés y emoción: su manejo e implicaciones en nuestra salud*. Madrid: Desclée de Brouwer

Lluch, A; Almonacid, V; Garcés, V (s.f.) Cáncer e imagen: el duelo corporal. Obtenido el 07 de septiembre del 2016 de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>

Loubat, M; Ponce, P; Salas, P (2007) Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia Psicológica*, Vol. 25, N° 2, p. 113-122. Obtenido el 8 de agosto del 2016 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200002)

Mainieri, R (S.F.) *El modelo de terapia cognitivo-conductual*. Obtenido el 26 de diciembre del 2014 de [http://www.cognitivapanama.bravehost.com/modelo\\_tcc.pdf](http://www.cognitivapanama.bravehost.com/modelo_tcc.pdf)

Martín, L. (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud – enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*. Vol. 29(3) p. 275-81. Obtenido el 02 de Diciembre del 2013 de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29\\_3\\_03/spu12303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_3_03/spu12303.htm)

Martín, S; Bermejo, P. (2011) Inmunoterapia y tratamiento oncológico. Una estrategia prometedora. *Ámbito farmacéutico*. Vol. 30 No. 5 p. 53-59. Obtenido el 24 de Septiembre, 2013 de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pid=90027661&pid\\_usuario=0&pcontactid=&pid\\_revista=4&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=4v30n05a90027661pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=90027661&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=4&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=4v30n05a90027661pdf001.pdf)

Martínez, J; Arce, C; Lara, F (2006) Cáncer de mama en el hombre. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* Vol. 1 p. 201 – 210. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172289546.pdf>

Martínez, O. (2010) *La autoestima*. Obtenido el 15 de julio del 2014 de <http://www.escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/la-autoestima.pdf>

Mera, A; Hernández, M; Gómez, J; Ramírez, N; Mata, M (2011). Características psicométricas del Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos ATQ-30 en población mexicana. *Journal of Behavior, Health & Social*

Issues. Vol. 3 Num. 2 p. 61-75. Obtenido el 15 de Mayo del 2015 de <http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/viewFile/29923/pdf>

Minici, A, Rivadeneira, C; Dahab, J. (2001) ¿Qué es la Terapia Cognitivo-Conductual? *Revista de Terapia Cognitivo-Conductual* No. 1. Obtenida el 13 de diciembre del 2014 de <http://www.cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>

Muñoz de Visco, E; Morales de Barbenza, C. (2008) Grupos de autoconocimiento: recurso para favorecer el desarrollo personal. *Fundamentos en Humanidades*. Vol. 17 No. 1. Universidad Nacional de San Luis: Argentina. Obtenido el 01 de agosto del 2014 de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18417108.pdf>

Naranjo, M. (2007) Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista del Instituto de Investigación en Educación* Vol. 7, No. 3 Universidad de Costa Rica. Obtenido el 24 de julio del 2014 de [http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx\\_magazine/autoestima.pdf](http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/autoestima.pdf)

National Cancer Institute (2010) Estadificación del cáncer. Obtenido el 24 de Septiembre del 2013 de <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/estadificacion>

Olaya,P; Pierre, B; Lazcano, E; Villamil, J; Posso, H (1999) Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario, en mujeres colombianas. *Revista de Salud Pública* Vol. 33 No. 3. Obtenido el 24 de Septiembre, 2013 de la base de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Olivares, M. (2004) Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Núm. 22, p. 29-48. Obtenido el 07 de Diciembre del 2013 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902205>

Oñate, M. (1989) *El autoconcepto*. Madrid: Narcea

Organización Mundial de la Salud (2013) Cáncer de mama: Prevención y Control. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html>

Palacio, J. (1990). Terapia estructural cognitiva. Una concepción sobre los procesos de cambio personal. *Universitas Xaveriana* No. 5 p. 37-61

Pintado, S (2013) *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama* (tesis doctoral). Universidad de Valencia: Facultad de Psicología. Obtenida el 07 de septiembre del 2016 de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26371/Tesis%20Sheila%20Pintado.pdf?sequence=1>

Porro, M; Andrés, M; Rodríguez-Espíndola, S (2012) Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341-355. Obtenido el 08 de agosto del 2016 de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a10.pdf>

Raich, R. (2000) *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide

Ramos, L; López, I (2010) *Guía Clínica para la atención de personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (Violencia)*. México: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Obtenido el 15 de abril del 2016 de <https://es.scribd.com/doc/298498718/atencion-problemas-pdf>

Rebolledo, J. (s.f.) Diagnóstico y pronóstico del estado terminal. En Soberón, G; Feinholz, D. (comp.) *Muerte Digna: Una oportunidad real*. p. 25-65. México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud.

Rodríguez, S; Capurso, M (2006) Epidemiología del cáncer de mama. *Revista de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 74 p. 585 – 593. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611f.pdf>



Rodríguez, M (2008) *La relación médico-paciente*. La Habana: Ciencias médicas

Rodríguez, H (2006) La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública* 32(4). Obtenido el 24 de septiembre de 2016 de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_4\\_06/spu07406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu07406.htm)

Rogers, C (1997) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós Ibérica

Rojas-May, G (2006) Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica de la Clínica Los Condes* 17(4) p.194 – 197. Obtenido el 12 de agosto del 2015 de [http://www.mastologia.cl/pto\\_docente/008\\_intrvncn\\_psclg.pdf](http://www.mastologia.cl/pto_docente/008_intrvncn_psclg.pdf)

Roselló, J; Berrios, M (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2), 295-302.

Rosenberg, (1965) Escala de Autoestima de Rosenberg. Obtenido el 18 de noviembre del 2013 de <http://www.uv.es/uipd/cuestionarios/accesolibre/EAR.pdf>

Ruiz, J; Cano, J (1992) *Manual de psicoterapia cognitiva*. Obtenido el 04 de febrero del 2015 de <http://biblioteca.iesit.edu.mx/biblioteca/L00915.PDF>

Salum-Fares, A; Marín, R; Reyes, C. (2011) Autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes de escuelas secundarias públicas y privadas de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, Vol. XXI No. 1

Sánchez, E. (1999) Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de Psicología* Vol. 15, nº 2. España: Universidad de Murcia

Sánchez, J (2007) La relación médico-paciente. Algunos factores asociados que la afectan. *Revista CONAMED* Vol. 12 Núm. 1. Obtenido el 24 de septiembre de 2016 de <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/terceromedicopaciente.pdf>

Sanfilippo, J; Moreno, M (2008) Cáncer de mama. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2008/abr\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html)

Satir, V. (1975) *Autoestima*. México: Editorial Pax

Satir, V. (1976) *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Editorial Pax

Sebastian, J; Manos, D; Bueno, M; Mateos, N. (2007) Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Revista Clínica y Salud* Vol. 18 No. 2. Obtenido el 15 de julio del 2014 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002)

Sociedad Española de Oncología Médica (2016) ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? En <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer>

Secretaría de Salud (2011) Cáncer de mama. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de <http://www.inppares.org/sites/default/files/Cancer%20de%20mama.PDF>

Siegel, B. (1986) *Amor, Medicina y Milagros*. Nueva York: Harper and Row

Sociedad Americana contra el Cáncer (2013) Cáncer de Seno. Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>

Soriano, J. (2002) Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología de la Universidad de Valencia* Núm. 75 p. 75-83. Obtenido el 04 de Diciembre del 2013 de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

Steiner, D. (2005) *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*.

Thomas, S; Groer, M; Davis, M; Droppleman, P; Mazingo, J; Pierce M (2000) Anger and cancer: an analysis of the linkages. *Cancer Nurs.* 23(5) p. 344-9. Obtenido el 08 de agosto del 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11037954>

Torres, A. (2005) *Aparición del cáncer de mama: un cambio de vida*. Diplomado Psicología Clínica y de la Salud: Universidad de La Sabana, Facultad de Psicología. Obtenido el 02 de Diciembre del 2013 de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2217/1/131446.pdf>

Torres, L; Jiménez, A; Castillo, M (2007) Experiencia de enfermería en la inmunoterapia con gangliósidos en pacientes con cáncer avanzado. *Revista Cubana de Enfermería.* 23(3). Obtenido el 24 de septiembre, 2013 de la base de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Unicef (2007) *El maltrato deja huella*. Santiago de Chile. Obtenido el 18 de marzo del 2016 de [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/208/UNICEF%20completo.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/208/UNICEF%20completo.pdf)

Valencia, A; Sánchez, G; Bautista, S; Torres, G; Bertozzi, S, (2009) Costo-efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*. Vol. 51 Supl. 2 p. 296- 304.

Vega, M; De Juan, A; García, A; López, J; López, C; López, A; Rivera, F; Ramos, J (2004) Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Revista de Psicooncología de la Universidad Complutense de Madrid*. Vol. 1 Num. 2-3 p. 137-150.

Wiesner, C. (2007) Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia: *Revista Colombiana de Cancerología*. Vol. 11 (1) p. 13–22. Obtenido el 14 de Diciembre del 2013 de [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2007%20Vol%2011%281%29/rc\\_cv11n1a03.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2007%20Vol%2011%281%29/rc_cv11n1a03.pdf)

Zuluaga, D (S.F.) *La terapia cognitiva: Una visión general*. Obtenido el 26 de diciembre del 2014 de [http://umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista6/La%20terapiacognitiva.pdf](http://umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista6/La%20terapiacognitiva.pdf)

**Programa de**

**Intervención**

<b>Sesión 1: Mis emociones y sentimientos</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Pretest	10 min	Test de autoestima Test de distorsiones cognitivas	Conocer el nivel de partida de las participantes	Aplicación de los tests
Establecimiento de reglas para el taller	10 min	Pizarrón/Pintarrón Gises/Plumones	Establecer normas de convivencia que propicien un ambiente de compromiso, confianza y empatía	Se les pide a las participantes que establezcan reglas de convivencia, como puntualidad, respeto, privacidad, entre otros.
Carta compromiso	10 min	Formato de carta compromiso	Establecer un compromiso sólido con ellas mismas para cambiar sus pensamientos disfuncionales.	Se les proporciona la carta compromiso donde ellas reconocen sus necesidades y se asumen como sujetos activos en la resolución de sus conflictos (Anexo 1).
Presentación	30 min	----	Conocerse Crear un ambiente de confianza y empatía en el grupo Fomentar la cohesividad grupal Distracción cognitiva	Se les pide a las participantes que pasen al frente, digan su nombre, su edad, algo que les guste, algo que no les guste, sus expectativas del taller y cantar una canción que elijan.

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Conociendo mis emociones y sentimientos	5 min	Pizarrón/Pintarrón Gises/plumones	<p>Que las participantes reconozcan sus sentimientos y emociones</p> <p>Que las participantes aprendan la diferencia entre sentimientos y emociones</p>	<p>El facilitador le pide a las participantes que digan los colores que conozcan y los anota en un lado del pizarrón.</p> <p>El facilitador le pide a las participantes que digan los sentimientos y emociones que conozcan y los anota del otro lado del pizarrón.</p> <p>De una manera simple y concreta se les explica la diferencia entre colores primarios (rojo, azul y amarillo) y secundarios, como metáfora para explicar la diferencia entre emociones y sentimientos.</p>
	15 min	<p>Pinturas en presentación líquida (necesario que estén los colores básicos)</p> <p>Pinceles</p> <p>Agua</p> <p>Vasos desechables</p> <p>Hojas de papel</p>	<p>Que las participantes identifiquen sus emociones y sentimientos, situaciones en que aparecen, circunstancias que les dificultan o favorecen la expresión de emociones</p>	<p>Se reúne a las participantes en equipos de máximo 3 personas y se les proporcionan pinturas en presentación líquida, pinceles, agua y una hoja de papel para que dibujen sus emociones más frecuentes de la forma y color que gusten. Después se les pedirá que expliquen su dibujo entre ellas. Al final el facilitador les pedirá que hagan comentarios generales, guiándolas con preguntas como ¿qué significa tu dibujo? ¿Cuándo te sientes así? ¿Cómo lo expresas? ¿Con quién lo expresas? ¿Qué tipo de emociones y sentimientos se te dificulta manejar/expresar? ¿Cuáles fueron más fáciles? ¿Por qué?</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Las gafas de percibir la realidad	15 min	6 diferentes tipos de gafas	<p>Que las participantes reconozcan algunos errores de pensamiento y que estas distorsiones cognitivas las llevan a hacer conclusiones sesgadas de una situación.</p> <p>Introducir a las participantes en los conceptos de la Reestructuración Cognitiva</p> <p>Concienciar a las participantes de que ellas tienen el control de sus emociones y sentimientos</p>	<p>Se les solicita a las participantes que se reúnan en 6 grupos. A cada equipo se le proporcionará una hoja con la descripción de un problema, así como las diferentes gafas.</p> <p>*Las gafas oscuras pertenecen a la visión de “olvidar lo positivo” (conservar una percepción pesimista de las cosas).</p> <p>*Las gafas cómicas pertenecen a la visión de “generalización excesiva” (a partir de un hecho o situación aislada se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones)</p> <p>*Las gafas de lupa representan la visión de “maximización” (consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades)</p> <p>*Las gafas con ojos representan la visión de “abstracción selectiva” (centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación).</p> <p>*Los goggles representan la visión de “etiquetado” (Utilizar una etiqueta para describir la conducta de alguien)</p>



Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Conociendo el A-B-C-D.	10 min	Diapositivas	Que las participantes conozcan la premisa fundamental del enfoque	Se dará una breve exposición de cómo el afecto y la conducta son funciones de la manera en que las personas elaboran, estructuran e interpretan su mundo, estableciendo la relación A (acontecimiento activante), B (pensamiento automático), C (emoción o sentimiento) y D (conducta).
Practicando el A-B-C-D	15 min	Formato A-B-C-D	Que las participantes conozcan y practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor.	Se les proporciona a las participantes el Formato A-B-C-D (Anexo 2) y se les pide que piensen en una situación que quieran trabajar para sentirse de manera diferente.
	5 min		Reforzar a las participantes para que tomen el control de sus emociones y sentimientos	Se les pregunta si tienen dudas respecto al ejercicio y se les solicita que elaboren un diario A-B-C-D, en el que, con este formato puedan anotar los eventos importantes que ocurran hasta la próxima sesión. Se les proporciona el Formato A-B-C-D (Anexo 2)

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Conociendo lo bueno que ven en mí	15 min	Hojas blancas, bolígrafos o marcadores, cinta tipo masking	Introducir a las participantes en el tema de la autoestima y llevar a cabo un ejercicio que servirá para sesiones posteriores	Se solicita a las participantes que tomen una hoja en blanco y en la parte superior escriban su nombre y con cinta la peguen en su espalda. El resto de participantes escribirán en la hoja atributos físicos, psicológicos o cualquier cosa que quieran escribir, planteado de manera positiva. Al finalizar se les pedirá que lean lo que les escribieron y comenten si encontraron similitudes, diferencias y la manera en la que se sintieron.
Cierre de la sesión	10 min	-----	Hacer cierre de la sesión y aclarar dudas	Se recapitula lo que se vio en la sesión y se aclaran dudas

<b>Sesión 2: ¿Quién soy? (Autoconocimiento)</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Tejiendo redes sociales	10 min	-----	Que las participantes se conozcan entre sí  Favorecer la confianza y empatía	Se divide a las participantes en dos grupos. El primer grupo formará un círculo mirando hacia dentro de él. El segundo grupo formará un círculo mirando hacia fuera de él. Se colocarán uno frente a otro y tendrán aproximadamente 1 minuto para conversar de lo que deseen.
Cuidando mi globo (Morales, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	10 min y durante toda la sesión	Globos y plumones	Que las participantes sean conscientes de su nivel de autocuidado, así como promoverlo como un nuevo hábito	Se les pide a las participantes que inflen un globo y que lo personalicen con los plumones. Éste será SU globo, las representa a ellas mismas, así que deberán cuidarlo durante el resto de la sesión. ¿Sobrevivió el globo? ¿Qué hicieron para que no se rompiera?
Revisión de la tarea	10 min	-----	Que las participantes practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor.  Reforzar a las participantes para que tomen el control de sus emociones y sentimientos	Se divide a las participantes en grupos y se les pide que comenten su experiencia practicando la técnica del A-B-C-D, si tuvieron dificultades, si notaron cambios y aclarar las dudas

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Personaje favorito	10 min	Hojas y lápices	Que las participantes hagan conciencia de sus valores y creencias	El facilitador comenta que todos tienen a alguien a quien admirar. Durante un momento, cada uno debe pensar en su héroe y plasmar sus características de la manera en que desee (dibujos, descripciones). Cada participante presentará a su héroe y las razones que tuvo para elegirlo. ¿Qué características pueden ver en sus héroes que también tienen ellas mismas? ¿Qué significa en nuestra vida? ¿Es algo que tenemos, algo que nos falta? ¿Es algo que deseamos desarrollar, tener o ser? Es importante reflexionar sobre esa información importante que nos da el héroe preferido.
Cualidades y defectos	15 min	Formato de cualidades y defectos	<p>Que las participantes hagan conciencia de las características que tienen y como éstas pueden volverse cualidades y defectos.</p> <p>Que las participantes encuentren nuevas formas de usar las “cualidades” y “defectos” a su favor</p>	El facilitador proporciona a cada participante una hoja con el formato de cualidades y defectos (Anexo 3) y ellas deberán llenarla. Posteriormente se formarán en equipos de máximo 3 personas y discutirán sus cualidades y defectos, ¿por qué son cualidades y defectos? Así como la forma en que pueden emplear sus cualidades y defectos en su propio beneficio.

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Línea de vida (García, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	15 min	Formatos “Línea de vida”  Lápices de colores	Tomar consciencia de los cambios de vida y cómo repercuten con el tipo de relaciones y el desarrollo de habilidades, así reconocer y reinterpretar los acontecimientos de la vida, a fin de superar atores del pasado	<p>Se les proporciona el Formato de Línea de vida (Anexo 4 y 5) (imagen de un bebé, una niña, una adolescente, una adulta joven y una adulta) y se les pide que personalicen sus dibujos lo más parecido a la forma en que eran.</p> <p>Sentados, se les pide que cierren sus ojos y que realicen una respiración profunda, lenta y suave, llevando el aire hasta el fondo de los pulmones, sintiendo que baja al diafragma y sacando el vientre. Se repite dos veces más.</p>
Mi sí mismo	15 min	Formatos “Línea de vida” terminados	Reconocer sus propias necesidades, a fin de superar atores del pasado	<p>Se les solicita a las participantes que salgan del salón con sus dibujos y se queden en silencio. Al pasar uno por uno se le pedirá que pegue su dibujo conforme a la etapa del desarrollo y se pare frente a él. El facilitador le pedirá que estableciendo contacto visual con el dibujo responda las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tu sí mismo niño/adolescente/joven/madura pudiera hablar, ¿qué te diría?</li> </ul>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Collage (Morales, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	60 min	1 cartulina por persona Revistas Pritt Cinta adhesiva Tijeras	Que las participantes hagan consciencia de aquellos aspectos que integran su ser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una de las cosas que tu sí mismo niño/adolescente/joven/madura necesita es</li> <li>• Si tú fueras más compasivo y amable con tu sí mismo niño/adolescente/joven/ maduro...</li> </ul> <p>Se les pide que realicen un collage con recortes de periódicos y revistas que respondan a las preguntas ¿Quién soy? ¿Cómo creo que soy? ¿Qué me gusta? ¿Qué no me gusta? ¿Qué experiencias importantes he tenido o que me han marcado? Pasatiempos, metas, sueños y cualquier otro aspecto que sea relevante para ellas. Posteriormente explicarán su collage a los demás</p>
Cierre	5 min	----	Hacer cierre de la sesión y aclarar dudas	<p>Se les pregunta a las participantes como se sintieron durante la sesión, que aprendieron, que se llevan. Se hace la reflexión de la forma en que cuidaron al globo como metáfora del cuidado que se dan ellas mismas. Se aclaran dudas. La tarea será practicar nuevamente la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor.</p>

<b>Sesión 3: ¿Cómo me veo? (Autoimagen)</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Tejiendo redes sociales	10 min	-----	<p>Que las participantes se conozcan entre sí</p> <p>Favorecer la confianza y empatía</p>	Se divide a las participantes en dos grupos. El primer grupo formará un círculo mirando hacia dentro de él. El segundo grupo formará un círculo mirando hacia fuera de él. Se colocarán uno frente a otro y tendrán aproximadamente 1 minuto para conversar de lo que deseen.
Revisión de la tarea	10 min	-----	<p>Que las participantes practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor.</p> <p>Reforzar a las participantes para que tomen el control de sus emociones y sentimientos</p>	Se divide a las participantes en grupos y se les pide que comenten su experiencia practicando la técnica del A-B-C-D, si tuvieron dificultades, si notaron cambios y aclarar las dudas.
El cuerpo ideal	5 min	Hojas blancas Lápices	Conocer el ideal de belleza que se tiene.	Se solicita a las participantes que escriban en una hoja aquellos atributos físicos que les gustaría tener o que consideran necesarios para tener una imagen perfecta.

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Exposición ¿Qué es la autoimagen? ¿Por qué son tan importantes las apariencias?	10 min	Cañón, proyector, diapositivas	<p>Dar una introducción al concepto de autoimagen y su relación con la autoestima.</p> <p>Hacer conciencia de las presiones asociadas a la necesidad de conseguir un ideal de belleza.</p>	<p>El facilitador da una breve exposición de qué es la autoimagen y cómo se relaciona con la autoestima. Así como de las presiones sociales de mantener una apariencia bella.</p>
La pasarela	10 min	-----	<p>Identificar los sentimientos que surgen al sentir que su imagen está siendo evaluada.</p>	<p>Se divide al grupo en dos equipos: los modelos y los jueces. La consigna de los jueces será que deberán observar detalladamente a los participantes que tendrán el rol de ser modelos. La consigna de los modelos será que caminen por el área designada una por una imaginando que son modelos profesionales. Al final, el facilitador guiará a los participantes para que descubran cuáles son los pensamientos y sentimientos que surgieron de la actividad.</p>



Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Exposición, ¿Qué es belleza?	10 min	Diapositivas Cinta tipo masking Cañón y proyector	Que las participantes hagan conciencia de que la belleza es un concepto subjetivo que depende de la percepción personal, cultural y temporal.	Se forma una línea recta con la cinta y se les solicita a las participantes que hagan una fila a la derecha de la línea de masking. Posteriormente se les mostrarán imágenes de características físicas y se les preguntará si les parece atractiva dicha característica. A las que les atrae darán un paso adelante, a las que no permanecerán en su lugar.
Video – reflexión	10 min	Comercial en video Cañón y proyector	Que las participantes reflexionen acerca de que tan positiva es su propia imagen y la forma en que la proyectan a los demás.	Se proyectará el video y posteriormente se harán comentarios que favorezcan la reflexión de la autoimagen.
¿Cómo me veo?	5 min	Hojas blancas Lápices	Que las participantes reflexionen acerca de su propia imagen  Introducir a la siguiente dinámica	Se les pedirá a las participantes que anoten en el extremo izquierdo de una hoja en blanco, una lista de las características físicas que consideran que tienen, tanto aquellas que les gustan como las que no.

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
El espejo	60 min	Un espejo de cuerpo completo	Mejorar la autoimagen y con ello las participantes se acepten y valoren tal y como son	<p>Se les solicita a las participantes que permanezcan fuera del salón. Pasará una por una. Al pasar se le solicitará que se pare frente al espejo y se observe detalladamente. El facilitador hará las siguientes preguntas: ¿Qué ves en el espejo? ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo? ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo? ¿Cambiarías algo de la persona del espejo? ¿Qué cosas buenas tiene esa persona? ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona? El facilitador ayudará a que las participantes vean lo positivo que tienen. Posteriormente se les solicitará que regresen a su lugar y permanezcan en silencio.</p>
Exposición Distorsiones cognitivas (Martínez, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	10 min	Diapositivas	Que las pacientes conozcan las distorsiones cognitivas más frecuentes en la autoimagen y desarrollen una percepción corporal objetiva y racional	<p>Se dará una breve exposición acerca de las distorsiones cognitivas más frecuentes en la autoimagen</p>
línea de Cierre	10 min	-----	Hacer cierre de la sesión y aclarar dudas	<p>Se les pregunta a las participantes como se sintieron durante la sesión, que aprendieron, que se llevan. Se hace la reflexión de la forma en que cuidaron al globo como metáfora del cuidado que se dan ellas mismas. Se aclaran dudas. La tarea será practicar nuevamente la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor</p>

<b>Sesión 4: ¿Cómo soy? (Autoconcepto)</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Caricias por escrito (Morales, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	20 min	3 hojas de papel	<p>Propiciar el manejo de la comunicación verbal</p> <p>Favorecer la creación de un autoconcepto positivo</p>	<p>Se solicita a las participantes que tomen dos o tres hojas carta y las doblen en ocho pedazos, cortándolas lo mejor que se pueda. En cada uno de los pedazos tienen que escribir en el inverso los nombres de sus compañeras. Por el reverso, escriben en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso o una combinación de estos, dirigido al compañero designado en cada pedazo de papel. Al terminar se guardarán y esperarán indicaciones. ¿Cómo se sintieron al escribirlo?</p>
Revisión de la tarea	10 min	-----	<p>Que las participantes practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor.</p> <p>Reforzar a las participantes para que tomen el control de sus emociones y sentimientos</p>	<p>Se divide a las participantes en grupos y se les pide que comenten su experiencia practicando la técnica del A-B-C-D, si tuvieron dificultades, si notaron cambios y aclarar las dudas</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
<p>Este es el hecho, pero esta soy yo (Rodríguez, 2016 en García Villagómez &amp; Reyes, 2016)</p> <p>Figura humana</p>	<p>25 min</p> <p>25 min</p>	<p>Hojas blancas Lápices, plumones, cinta adhesiva o pritt</p> <p>2 pliegos de papel bond blanco Plumones Cinta adhesiva</p>	<p>Que las participantes distingan entre el hecho o acto que ellas hacen y su persona como cosas totalmente distintas</p> <p>Reconocer las verbalizaciones que han dificultado la formación del autoconcepto positivo. Introducir a las participantes en el tema del autorespeto</p>	<p>Se les pide a las participantes que se formen en equipos de máximo 5 integrantes. Cada una tendrá que anotar en una hoja blanca un aspecto del cual no se sientan orgullosas o consideren poco apropiado (pueden hacer dibujos). Posteriormente cada hoja se unirá de los extremos. Se indica que peguen el cartel y que cada equipo presente su cartel diciendo “estos son los hechos de los cuales no nos sentimos orgullosas o consideramos inapropiados, pero esos hechos, no son el equipo”</p> <p>Se les solicita a las participantes que unan los pliegos de papel bond y que, con la ayuda de otra participante dibuje su silueta en el papel. Posteriormente, en el espacio que queda fuera de la silueta que escriban todas aquellas cosas negativas que otras personas les han dicho y que les ha resultado doloroso (no importa si son groserías). Es importante que no escriban dentro de la silueta. Luego, pegarán sus papeles en las paredes.</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Figura humana (parte 2)	35 min	<p>La figura humana creada en la actividad anterior</p> <p>Las notas elaboradas previamente en la dinámica “caricias por escrito”</p>	<p>Confrontar y modificar los pensamientos automáticos que se encuentran presentes en el autoconcepto, para que este sea objetivo y positivo.</p> <p>Introducir a las participantes en el tema del autorespeto</p>	<p>Se elegirá al azar la figura de cualquier participante, la dueña tendrá que mirar su figura y recordar los momentos en que esas palabras le fueron dichas. Luego deberá dar la espalda a su figura. Las demás participantes deberán colocarse frente a ella y mirarla fijamente a los ojos. Se le preguntará “¿cómo se siente?, ¿hay algo entre estas frases con las que usted se identifique?”. El diálogo socrático se empleará con el objetivo de que las participantes tengan un autoconcepto objetivo y positivo. Finalmente, se les solicitará a las participantes que le den las notas correspondientes de la actividad “caricias por escrito”.</p>
Cierre de la actividad Figura Humana	25 min	<p>Figura humana realizada en el ejercicio anterior</p> <p>Tijeras</p> <p>Cerillos</p> <p>Recipiente grande de metal</p>	<p>Cerrar la actividad anterior</p> <p>Introducir a las participantes en el tema del autorespeto</p>	<p>Se le solicitará a las participantes que recorten la silueta y se les dirigirá fuera de la unidad hospitalaria con las frases negativas que quedaron recortadas. El papel con las frases será depositado en el contenedor y será quemado. Las participantes se quedarán a distancia del recipiente para evitar riesgos. En algunas creencias se utiliza el fuego como “medio para purificar”. Utilizando este simbolismo, la actividad se complementará con técnicas de imaginación guiada</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Cierre de la sesión	10 min	-----	Hacer cierre de la sesión y aclarar dudas	Se les pregunta a las participantes como se sintieron durante la sesión, que aprendieron, que se llevan. Se aclaran dudas. La tarea será practicar nuevamente la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor

<b>Sesión 5: Autorespeto/Autovalía</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Tejiendo redes sociales	10 min	-----	Que las participantes se conozcan entre sí  Favorecer la confianza y empatía	Se divide a las participantes en dos grupos. El primer grupo formará un círculo mirando hacia dentro de él. El segundo grupo formará un círculo mirando hacia fuera de él. Se colocarán uno frente a otro y tendrán aproximadamente 1 minuto para conversar de lo que deseen.
En busca de mi identidad (Morales, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	15 min	Limones por pareja	Que las participantes aprendan a valorarse como seres únicos e irrepetibles	Se les pide que se reúnan por parejas y se les entrega un limón, indicándoles que examinen su limón con todo cuidado, que lo ruede, lo exprima, lo frote o lo inspeccione. Se les pide que le pongan nombre a su limón y que observen que es lo que hace diferente a su limón. Se recogen todos los limones y se mezclan a la vista del grupo. Se extienden y se les pide a las participantes que se acerquen y tomen su limón original. ¿Fue fácil o difícil encontrar su limón? ¿Qué características tiene su limón que lo hace diferente del resto de limones? ¿Qué pudieron aprender de ellas mismas? Es importante reconocer que cada uno es un ser único a pesar de tener muchas similitudes, cada quien tiene cualidades que nos hacen ser irrepetibles y excepcionales.

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
<p>El valor de sí mismo (Rodríguez, 2016 en García Villagómez &amp; Reyes, 2016)</p>	<p>20 min</p>	<p>Hojas y lápices</p>	<p>Que las personas caigan en la cuenta de que el valor más importante es el que se dan a ellas mismas</p>	<p>Se pide que se reúnan en equipos de máximo 3 personas y hagan una aproximación de a cuánto asciende el valor de sus pertenencias. Se pide que nombren a un representante por equipo quien comentará a las conclusiones a las que se llegó respecto al valor de sus cosas. Se pregunta, ¿qué equipo ganó?</p> <p>Se reflexiona sobre el valor relativo de las cosas MATERIALES. Se pregunta, ¿creen que el día de mañana, en un mes o un año las cosas sigan valiendo lo mismo? ¿Qué es lo que provoca que pongamos atención en el valor económico de las cosas? ¿Consideran que alguien que trae cosas costosas es alguien que vale más? ¿Qué determina el valor de las personas? ¿Qué pasa si siempre ponemos nuestra valía en nuestros logros? ¿En la belleza física? ¿En las cuentas de banco? ¿En el celular de moda que ya compramos? Si nosotros aceptamos eso y una persona tiene más desde esa óptica, ¿qué pasa en esos momentos? ¿Qué piensan ahora sobre su valor personal? Cuando cometemos un acto “malvado”, ¿somos malvados nosotros o el acto es malvado? Se invita a expresar puntos de vista y dudas</p>



Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
El rehén	20 min	-----	Que las participantes identifiquen hasta qué punto son capaces de hacerse respetar a ellas mismas y poner límites	<p>Se divide al grupo en equipos de cinco participantes. Un miembro de cada equipo pasará al centro y los otros 4 lo rodearán a cierta distancia. Cuando el instructor diga la palabra “ya”, los que rodean a la persona darán un paso al frente haciendo el círculo más pequeño y paran cuando la persona diga basta, se irán rotando hasta que pase todo el equipo. ¿Cómo se sintieron al estar acorralados? ¿Qué emociones experimentaron? Se reflexiona acerca de la necesidad de poner límites y que se establezcan niveles de proximidad en función del tipo de relación: 1) súper íntimo consigo mismo. 2) con alguien íntimo muy cercano, de mucha confianza. 3) con alguien cercano amigable. 4) compañeros. 5) conocidos. 6) desconocidos</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Las cotorras (Morales, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	15 min	Pizarrón, plumines	<p>Que las participantes refuercen la idea de que ellas necesitan aprender a establecer límites.</p> <p>Introducir a las participantes al tema de la asertividad</p>	<p>Se le indica al grupo que se coloquen en equipos de cinco personas. Uno pasará al frente y permanecerá en silencio, mientras el resto van a empezar a contarle algo sin parar. Si la participante que se encuentra al frente no les pide que paren, el facilitador les pedirá después de 5 minutos que guarden silencio. ¿Por qué no les pidió que pararan? ¿Fue fácil entender el mensaje de las otras personas? ¿Cómo se sintieron?</p>
Diapositivas Autorespeto y Asertividad	15 min	Cañón, computadora  Diapositivas	Dar una introducción al tema de asertividad como parte del autorespeto	El facilitador dará una breve presentación acerca de la asertividad y su importancia en el autorespeto. Se les dará copia de los derechos asertivos y técnicas asertivas
¿Qué tan asertiva soy? (Morales, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	15 min	-----	Que las participantes identifiquen si tienen un comportamiento asertivo/agresivo o sumiso	Se reúnen en equipos de cuatro personas y se reunirán en círculos. A cada equipo se les presentará una situación injusta. Tres de las participantes representarán la situación y una estará como observadora. Una pasará al centro (la que tenga el rol de actuar el error); otra participante asumirá el papel de agresiva y la otra persona el papel de sumisa y se irán rotando. Se les pide que hagan un autoanálisis sobre los comportamientos que muestran en cada una de las áreas de su vida.

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
El colchón (Martínez, 2016 en en García Villagómez & Reyes, 2016)	10 min	-----		Se colocará a las participantes por parejas. Un miembro de la pareja tratará de convencer a a la otra de algo que lógicamente la otra persona no aceptaría. La otra persona a la que se está intentando convencer deberá mantener su postura y no ceder. Después se invertirán los papeles.
Recibiendo elogios Martínez, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	10 min	-----	Identificar los dos tipos de comunicación asertiva: rechazo u oposición y aceptación asertiva	Cuando el facilitador lo indique, un miembro de la pareja le dirá al otro todos los elogios que pueda para después invertir los papeles. ¿Cómo se sintieron en ambas situaciones? ¿Fue fácil ser asertivo? ¿Qué tipo de respuestas daban? Por último, el facilitador explicará que existen dos tipos de comunicación asertiva, una es la de oposición, en la cual se trata de manejar conductas poco razonables de los demás y la otra es la de aceptación asertiva, la cual hace referencia a ofrecer y recibir reconocimientos o cumplidos.
Revisión de la tarea	10 min	-----	Que las participantes practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor y para que tomen el control de sus emociones y sentimientos	Se divide a las participantes en grupos y se les pide que comenten su experiencia practicando la técnica del A-B-C-D, si tuvieron dificultades, si notaron cambios y aclarar las dudas

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Cierre de la sesión	10 min	-----	Hacer cierre de la sesión y aclarar dudas	Se les pregunta a las participantes como se sintieron durante la sesión, que aprendieron, que se llevan. Se aclaran dudas. La tarea será practicar nuevamente la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor

<b>Sesión 6: Autoconfianza/Autoeficacia</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Abrazos musicales (García J, 2016)	20 min	Aparato de música o instrumento musical	Favorecer la confianza y empatía  Reforzar el proceso de socialización	Cuando la música suene, las participantes bailarían por el aula, cuando la música se detiene cada persona abraza a otra. La música continúa, las participantes vuelven a bailar. La siguiente vez que la música se detenga, se abrazan tres personas. El abrazo se va haciendo cada vez mayor hasta llegar al final. Por último, las participantes plantean sus experiencias, ¿cómo se sienten? Se analiza la participación del grupo, ¿qué tanto ha fortalecido la unión grupal? ¿El ambiente es de colaboración? ¿Por qué si o por qué no? ¿Qué falta para lograr la participación?
El ciego y el lazarillo (García J, 2016)	45 min	Pañuelos o vendas para tapar los ojos	Favorecer la confianza en ellas mismas y en las demás como un elemento de la autoestima	Se les solicita a las participantes que se reúnan en parejas y a uno de ellos se le vendarán los ojos (ciego). El otro miembro del equipo (lazarillo), se encargará de guiarlo por un camino corto y no muy riesgoso. No es una carrera de obstáculos para el ciego. El lazarillo puede hacer objeto de diferentes recursos presentes durante el camino (ruidos, dejarlo solo un rato). Al volver al punto de partida se cambian los papeles, el que fue ciego será lazarillo y el que fue lazarillo será ciego. ¿Cómo se sintieron? ¿Qué tan difícil fue confiar?

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Diapositivas de Autoconfianza	10 min	Cañón, lap top, diapositivas, proyector	Que las participantes conozcan la importancia de confiar en ellas.	Se dará una breve exposición acerca de la autoconfianza y su papel en la autoestima
La flor	10 min	Pizarrón/Pintarrón Gises/Plumones	Que las participantes aprendan mantengan su autoconfianza a pesar de las críticas negativas que pudieran existir.	Se solicitan 3 voluntarias, se les pide que salgan del aula. En privado, se les indica que al regresar al salón tienen que dibujar una flor en el pizarrón (lo más detallada posible). Al resto del grupo se les da la indicación de que alaben el primer dibujo. Cuando pase el segundo, se comporten indiferentes y cuando pase el tercero critiquen su dibujo. ¿Cómo se sintieron? ¿De qué manera las reacciones de sus compañeras los afectaron? En diversas ocasiones lo que otras personas opinan de nuestras acciones tiene un impacto en la autoconfianza, sin embargo, al confiar en la propia capacidad para hacer las cosas se reduce el impacto negativo de las críticas.
Lista de frases de afrontamiento	15 min	Un globo inflado con dos frases para afrontamiento positivo del estrés Hojas de rotafolio Bolígrafos	Que las participantes aprendan a afrontar el estrés por medio de autoverbalizaciones positivas y objetivas	Se le proporciona un globo a cada participante. Se les comenta que “a veces los acontecimientos que encontramos en el camino nos pueden afectar al punto de sentir que estallamos (se les pide que rompan el globo). Las cosas que nos decimos pueden hacer que los enfrentemos con confianza o sin ella, en cuyo caso, nuestra satisfacción se verá afectada”. Se les pide que abran las frases, ¿qué otras frases se les ocurren?

<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Mi árbol (García, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	30 min	½ cartulina por participante hojas de colores resistol o pritt tijeras cinta adhesiva plumones	Que las participantes se den cuenta de las habilidades que tienen y de las metas que han logrado.  Desarrollar autoeficacia	Se les pide a las participantes que dibujen un árbol como ellas gusten y que en las raíces pongan sus habilidades y en la copa del árbol pongan sus logros. Posteriormente que expliquen su árbol al grupo. ¿Les faltó algo por poner? ¿Les costó trabajo o fue fácil reconocer sus objetivos cumplidos
Revisión de la tarea	10 min	----	Que las participantes practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor y para que tomen el control de sus emociones y sentimientos	Se divide a las participantes en grupos y se les pide que comenten su experiencia practicando la técnica del A-B-C-D, si tuvieron dificultades, si notaron cambios y aclarar las dudas
Cierre de la sesión	10 min	Diploma y medalla	Hacer cierre de la sesión y aclarar dudas	Se les pregunta a las participantes como se sintieron durante la sesión, que aprendieron, que se llevan. Se aclaran dudas. La tarea será practicar nuevamente la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor. Se les invita a premiarse y a reconocer su esfuerzo en las actividades de la vida cotidiana. Se les da un diploma y medalla como símbolo de ese reconocimiento.

**Sesión 7: Autoaceptación incondicional**

**Integridad personal**

<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Abrazos musicales (García, 2016 en García Villagómez & Reyes, 2016)	20 min	Aparato de música o instrumento musical	Favorecer la confianza y empatía  Reforzar el proceso de socialización	Cuando la música suene, las participantes bailarán por el aula, cuando la música se detiene cada persona abraza a otra. La música continúa, las participantes vuelven a bailar. La siguiente vez que la música se detenga, se abrazan tres personas. El abrazo se va haciendo cada vez mayor hasta llegar al final. Por último, las participantes plantean sus experiencias, ¿cómo se sienten? Se analiza la participación del grupo, ¿qué tanto ha fortalecido la unión grupal? ¿El ambiente es de colaboración? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Qué falta para lograr la participación?
Aceptando algunos sentimientos	20 min	Una ficha blanca  Bolígrafo	Que las participantes acepten algunos sentimientos desagradables que experimentan  Favorecer la autoaceptación incondicional	Se les pide a las participantes que anoten en la ficha un sentimiento que les parezca difícil aceptar. Y lo dejen en la mesa. El facilitador complementa la actividad con ejercicios de relajación muscular y de respiración. Se les pide que piensen en ese sentimiento y le asignen una forma. ¿En qué situación aparece? Que intente enfocarla con claridad, aislarla de cualquier otro sentimiento y observarla sin juzgarse ni culparse por ello.



Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
				<p>Una vez que tengan el sentimiento definido, repita varias veces en voz alta o en silencio: “Me siento así y lo acepto por completo”. El facilitador continúa, “Probablemente notes que te pones tensa y que intentas huir de esas sensaciones. Centra tu atención en la respiración. Deja que el sentimiento esté ahí y que se haga consciente. No intentes que desaparezca. Si el sentimiento existe no va a desaparecer por mucho que luches contra él. La única manera de cambiarlo es aceptarlo. Una vez reconocido, notarás que estás más relajada. ¿Cuáles son las causas de que te sintieras así? Observa cómo va desapareciendo la forma de ese sentimiento. Es mucho más fácil cambiar lo que se acepta”. Después de un tiempo pertinente, se concluye el ejercicio de relajación. ¿Cómo se sintieron? Se comenta que “siendo consciente de los sentimientos negativos se puede dar cuenta de que no son tan terribles como ellas mismas creían. Todos sentimos odio, rabia, inseguridad y eso no nos convierte en monstruos. Ser consciente de nuestros puntos débiles y aceptarlos nos hará sentirnos mejor con nosotros mismos y juzgar con menos severidad a los demás.</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
<p>Enfrentando algunos miedos (Rodríguez, 2016 en García Villagómez &amp; Reyes, 2016)</p>	<p>25 min</p>	<p>Una hoja por participante con instrucciones de actos “difíciles” o “vergonzosos” (algunos se repetirán)</p>	<p>Que las participantes se enfrenten a la presión de hacerlo todo “bien” y al miedo que genera no cumplir las expectativas</p> <p>Favorecer la autoaceptación incondicional</p>	<p>Se forma un círculo con las sillas y se reparten las hojas a cada una. Las participantes pasarán a realizar las tareas (Anexo 6). El facilitador dejará que experimenten la frustración por un momento si es que no lo logran hacer “bien” y luego pasan a su lugar. ¿Cómo se sintieron con esa actividad? ¿Qué piensan de no haber logrado hacer “bien” la tarea? ¿Cómo hubiera sido hacerlo bien? ¿Qué diferencia hay entre hacerlo bien, hacerlo y lograrlo? ¿Qué tan malo será ser esclavo de tener que hacer bien las cosas? ¿Alguien sabe por qué “debemos” hacer “bien” las cosas? ¿En algún lugar está escrito? ¿Y si no se hace bien se acaba el mundo? ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿No habrá más oportunidades? y si no las hubiera, ¿no podemos ser mejores? Se propicia la discusión de estas preguntas y se explican las vicisitudes de ser esclavo de hacer siempre bien las cosas y agrega, ¿qué podríamos hacer para eliminar este problema? ¿De quién es la responsabilidad de decir “No” a “Siempre TENER o DEBER hacerlo bien”? ¿Qué es preferible, ser esclavo o ser libre? Termina la dinámica reflexionando que hacerlo “mal” no está mal, se puede intentar y mejorar. ¿Cómo se sienten ahora?</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Frasas incompletas	15 min	Hoja de frases incompletas (Anexo 7: Autoaceptación/Integridad personal)  Bolígrafo	Favorecer la autoaceptación incondicional	Se les proporciona a las participantes el Anexo 7 y se les pide que lo respondan. Se anima a iniciar una discusión
Cuento para la autoaceptación: un pez debe ser pez	10 min	Cuento: Un pez debe ser pez	Reforzar la autoaceptación incondicional	Se les proporciona a las participantes el Anexo 8 y se les pide que lo lean. Se anima a iniciar una discusión.
Bony Bony Ticki Ticki	10 min	-----	Observar la influencia de hacer movimientos corporales no cotidianos y aceptar las emociones que vienen en esos actos.  Activar a las participantes	Se forma un círculo con las participantes. Al decir “Bony-bony” con las manos a la altura de las orejas, en forma de conejitos y moviendo las manos se hará contacto visual con alguna integrante, así se le pasará el mando y ésta tendrá que hacer el “Bony-bony” y así sucesivamente. Las personas que estén a los lados del “Bony-bony”, tendrán que moverse extendiendo las manos y piernas, dando un movimiento a la derecha y a la izquierda, a la vez diciendo “Ticki-ticki”.

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
<p>Diapositivas Autoaceptación/Integridad personal</p> <p>Veinte cosas que me encanta hacer</p>	<p>10 min</p> <p>20 min</p>	<p>Cañón, proyector, diapositivas</p> <p>Hojas de rotafolio Lápices y bolígrafos</p>	<p>Que las participantes conozcan el papel de la autoaceptación incondicional y la integridad personal en el desarrollo de una autoestima positiva</p> <p>Que las participantes sean conscientes de sus valores, creencias, conductas, entre otros</p> <p>Favorecer la integridad personal</p>	<p>Se dará una breve exposición acerca de la autoaceptación incondicional y la integridad personal como parte de la autoestima</p> <p>Se les pedirá a las participantes que hagan una lista de veinte cosas que les encante hacer en la vida, anotando al margen el número por interés, es decir, el de mayor interés se le asignará el número 1, mientras que al de menor interés el número 20.</p> <p>Se dividen en equipos y que compartan las cosas más deseadas y que comenten las siguientes preguntas: ¿Aprecio lo que hago y hago lo que aprecio? ¿Lo afirmo en público cuando hay oportunidad de hacerlo? ¿Lo elegí después de considerar y aceptar las consecuencias? ¿Mi conducta está de acuerdo con lo que pienso y digo? ¿Mis patrones de conducta son constantes y repetidos? En sesión plenaria se les pregunta a las participantes ¿Cómo se sintieron al conocer los valores de los demás? ¿Hubo alguna coincidencia? ¿Un cambio en la escala de valores?</p>

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Revisión de la tarea	10 min	-----	Que las participantes practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor y para que tomen el control de sus emociones y sentimientos.	Se divide a las participantes en grupos y se les pide que comenten su experiencia practicando la técnica del A-B-C-D, si tuvieron dificultades, si notaron cambios y aclarar las dudas
Cierre de la sesión	10 min	-----	Hacer cierre de la sesión y aclarar dudas	Se les pregunta a las participantes como se sintieron durante la sesión, que aprendieron, que se llevan. Se aclaran dudas. La tarea será practicar nuevamente la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor.

**Sesión 8: Sentido de vida**

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
Abrazos musicales (García J, 2016)	20 min	Aparato de música o instrumento musical	Favorecer la confianza y empatía  Reforzar el proceso de socialización	Cuando la música suene, las participantes bailarían por el aula, cuando la música se detiene cada persona abraza a otra. La música continúa, las participantes vuelven a bailar. La siguiente vez que la música se detenga, se abrazan tres personas. El abrazo se va haciendo cada vez mayor hasta llegar al final. Por último, las participantes plantean sus experiencias, ¿cómo se sienten? Se analiza la participación del grupo, ¿qué tanto ha fortalecido la unión grupal? ¿El ambiente es de colaboración? ¿Por qué si o por qué no? ¿Qué falta para lograr la participación?
Periódico de vida	60 min	2 Mitades de cartulinas blancas o de colores dobladas a la mitad, plumones, pritt o cinta adhesiva, imágenes al azar	Analizar los valores personales dentro del grupo    Ampliar la concepción del mundo y de la vida.	Se les solicita que se reúnan en equipos de 4 o 5 personas. A cada equipo se le proporcionarán las medias cartulinas. La consigna es que se imaginen que editoras de un periódico. En la página frontal deberán escribir notas y pegar imágenes respondiendo a la pregunta, ¿Qué noticia me gustaría ver mañana en primera plana?  La segunda página corresponde a la pregunta, ¿Cuáles son las cosas por las que vale la pena vivir? La página 3 corresponde a, ¿Qué puedo hacer para cambiar el mundo?

Actividad	Tiempo	Material	Objetivos	Desarrollo
La carta del perdón	20 min.	Hojas blancas y bolígrafos	Que las participantes tengan una aproximación al perdón auténtico como parte del sentido de vida y de una mejor autoestima	<p>La página 4 para, ¿Cómo es nuestro futuro en 10 años? La página 5, ¿Qué necesitamos dejar de hacer ya? La página 6, ¿Qué deseos debo convertir en planes? La página 7, ¿Qué debo hacer para mejorar mi propio bienestar? La página 8, las respuestas anteriores ¿De qué manera cambiarían mis planes y proyectos para los próximos meses, para el próximo año? Al final, las participantes presentarán su trabajo frente al grupo.</p> <p>Se les solicita a las participantes que piensen en una situación donde una persona las haya ofendido y cuyo acto sea difícil de perdonar. Cuando tengan la situación, redactarán una carta respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué pasó? ¿Qué fue lo que esa persona hizo? ¿Cómo me sentí? ¿Qué aprendí? ¿Cómo puedo emplearlo a mi favor?</p>

<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Desarrollo</b>
Revisión de la tarea	10 min	----	Que las participantes practiquen la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor y para que tomen el control de sus emociones y sentimientos.	Se divide a las participantes en grupos y se les pide que comenten su experiencia practicando la técnica del A-B-C-D, si tuvieron dificultades, si notaron cambios y aclarar las dudas
Postest	10 min	Test de autoestima Test de distorsiones cognitivas	Conocer los efectos del taller en la autoestima de las participantes	Aplicación de los tests
Cierre del taller	15 min	----	Conocer los aspectos positivos y negativos del taller  Conocer si las expectativas de las participantes se cumplieron	Se les solicita a las participantes su opinión, críticas y sugerencias acerca del taller. Se les pregunta cómo se sintieron durante el taller, que aprendieron, que se llevan. Se aclaran dudas. Se invita a las participantes a continuar practicando la técnica del A-B-C-D para sentirse mejor. Se les agradece su participación en el taller.



**ANEXOS**

Anexo 1

Sesión 1: Mis emociones y sentimientos

**Fecha:**

**Carta Compromiso**

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, ingreso el día de hoy al Taller de Autoestima "", motivada por las siguientes razones:

---

---

---

---

Lo que espero del taller es:

---

---

---

---

Me comprometo con las participantes, con los facilitadores, pero sobre todo conmigo misma a emprender este camino en busca de mi completo bienestar personal, empleando todos mis recursos para ser fiel a mí misma, para amarme y respetarme en lo próspero y en lo adverso, en la salud y en la enfermedad hasta que la muerte separe la vida de mi cuerpo y aún más allá de la eternidad.

Sé que el proceso no será fácil, pero ésta es una ocasión especial para comenzar. Doy este paso, porque he decidido no quedarme en donde estoy, porque he decidido tomar la oportunidad para sanarme a mí misma. Con el tiempo, lo que hoy es difícil, mañana será una conquista. Porque así lo quiero y así será.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**Formato A-B-C-D**

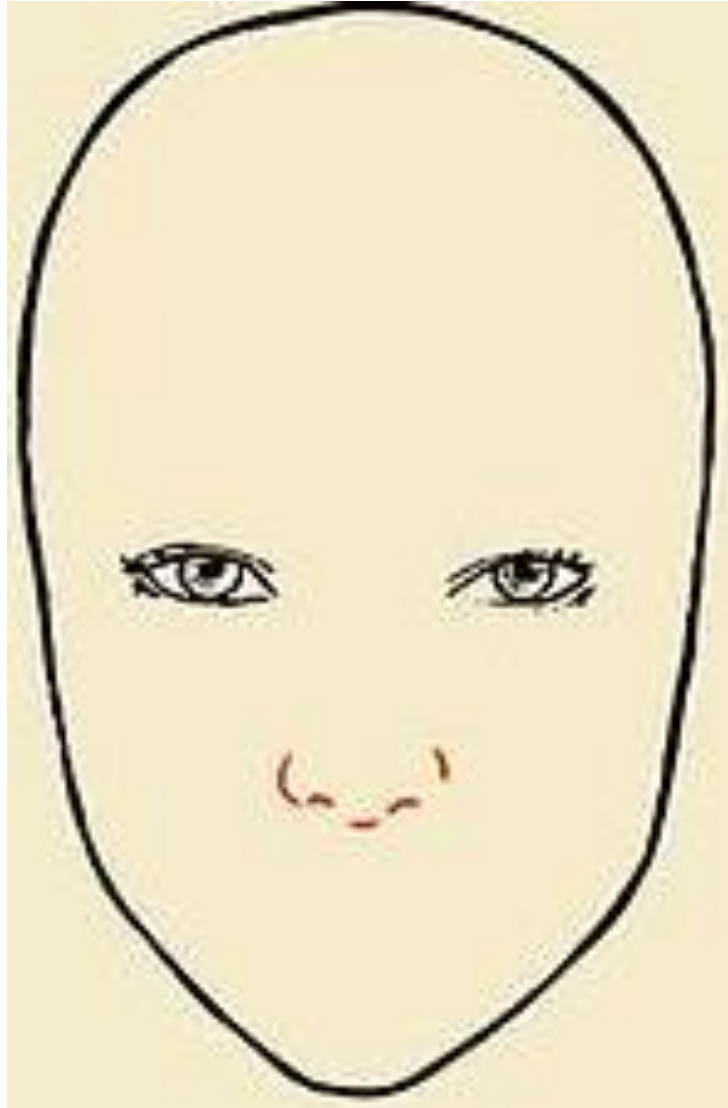
<p><b>A</b> <b>Acontecimiento (Lo que pasó)</b></p>	<p><b>B</b> <b>Pensamiento (Lo que me dije a mí mismo, la imagen que se vino a mi mente)</b></p>
<p><b>C</b> <b>Los sentimientos que tuve y su intensidad</b></p>	<p><b>D</b> <b>Mi comportamiento (las acciones que llevé a cabo después)</b></p>

## Cualidades y Defectos

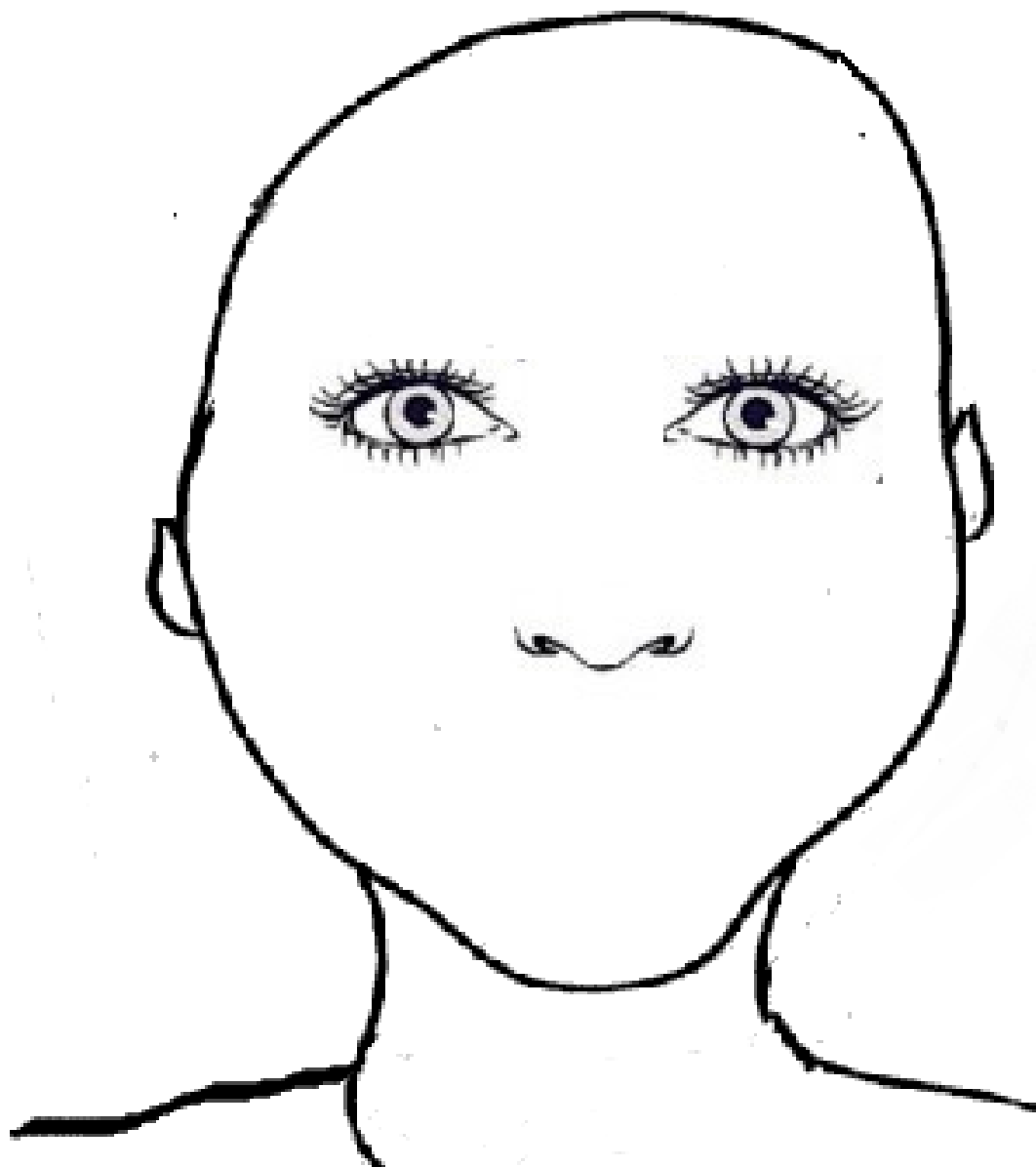
**Cualidades:**

**Defectos:**

Anexo 4  
Sesión 2: Autoconocimiento  
Línea de vida "B"



Anexo 5  
Sesión 2: Autoconocimiento  
Línea de vida "B"



Anexo 6  
Sesión 5: Autovalía/Autorespeto

Inventa una canción

Inventa un poema

Da un salto con giro

Imita a un mamut

En informática, ¿Qué es la nube?

¿Qué es web 2.0?

¿Cuáles son los principios de la docencia?

¿Qué resultado da combinar un ácido con un alcohol?

Resuelve en menos de 30 segundos:  $555659.485 \times 9745 / 5454 - 900 + 16416 \times 10$

Haz una posición de arte marcial

Imita a un caballo

Para mí no es fácil admitir que...

No puedo creer que en el pasado yo...

No me es fácil aceptarme cuando yo...

Una de mis emociones que no me gusta aceptar es...

Una de mis acciones que no me gusta aceptar es...

Uno de los pensamientos que no me gusta aceptar es...

Una de las partes de mi cuerpo que no me gusta aceptar es...

Si yo aceptara más mi cuerpo...

Si yo aceptara más las cosas que he hecho...

Si yo aceptara más mis sentimientos...

Si yo aceptara mis deseos y necesidades de forma honesta...

Lo que más me asusta de aceptarme es...

Si los demás vieran que me acepto más...

Lo bueno de no aceptarme sería...



Empiezo a darme cuenta de que...

Empiezo a sentir...

Si dejo de negar lo que siento...

## **Un pez debe ser pez**

***Tan lamentable es desconocer e infravalorar nuestros talentos como no reconocer ni aceptar nuestros errores y limitaciones.***

Los animales del bosque se dieron cuenta un día de que ninguno de ellos era el animal perfecto: los pájaros volaban muy bien, pero no nadaban ni escarbaban; la liebre era una estupenda corredora, pero no volaba ni sabía nadar... Y así todos los demás. ¿No habría manera de establecer una academia para mejorar la raza animal? Dicho y hecho. En la primera clase de carrera, el conejo fue una maravilla, y todos le dieron sobresaliente; pero en la clase de vuelo subieron al conejo a la rama de un árbol y le dijeron: '¡Vuela, conejo!' El animal saltó y se estrelló contra el suelo, con tan mala suerte que se rompió dos patas y fracasó también en el examen final de carrera. El pájaro fue fantástico volando, pero le pidieron que excavara como el topo. Al hacerlo se lastimó las alas y el pico y, en adelante, tampoco pudo volar; con lo que ni aprobó la prueba de excavación ni llegó al aprobadillo en la de vuelo.

Convenzámonos: un pez debe ser pez, un estupendo pez, un magnífico pez, pero no tiene por qué ser un pájaro.

Una persona inteligente debe sacarle la punta a su inteligencia y no empeñarse en triunfar en deportes, en mecánica y en arte a la vez. Una persona fea difícilmente llegará a ser bonita, pero puede ser simpática, buena y maravillosa... porque sólo cuando aprendamos a amar en serio lo que somos, seremos capaces de convertir lo que somos en una maravilla.

## Ficha de Identificación

### Datos generales

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

E.C.U. \_\_\_\_\_ Exp. Onco: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico oncológico: \_\_\_\_\_

Etapa clínica en que fue diagnosticada: \_\_\_\_\_

Etapa clínica actual: \_\_\_\_\_

Fecha de intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio completo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cuadro clínico**

¿Desde cuándo empezó el problema? (presente virtual)

---

---

---

¿Cómo fue la última ocasión en que ocurrió el problema?

---

---

---

¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación? (factores desencadenantes)

---

---

---

**Factores desencadenantes:**

¿Qué otros aspectos se vinculan con el problema? (núcleo)

FACTOR ASOCIADO	DESCRIPCION
FAMILIA	
PAREJA	
AMISTADES	
ESCUELA	
TRABAJO	

SALUD FISICA	
--------------	--

**Soporte familiar, social, laboral, personal (Andamiaje)**

Autovaloración:

---

---

Sueños y fantasías más frecuentes:

---

---

Satisfacción conyugal o de pareja:

---

---

Satisfacción laboral o de estudios:

---

---

Situaciones, actividades y personas con las que se siente más tranquilo:

---

---

Actividades gratificantes que realiza:

---

---

**Describe las actividades que realiza cotidianamente de lunes a viernes y fines de semana**

LUNES \_\_\_\_\_

---

---

MARTES \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

MIERCOLES

---

---

---

JUEVES

---

---

---

VIERNES

---

---

---

SABADO

---

---

---

DOMINGO

### Contexto de vida

Etapa Aspectos	Infancia 0-6	Niñez 6-12	Adolescencia 13 a 18 Juventud 18-35	Adulthood 35 →
Salud Física				
Familia				
Pareja				

Amistades				
Escuela				
Trabajo				
Rasgos de personalidad				

## Conclusiones

Conclusiones evidentes: (Lo que está claro)

DESCRIPCION Dimensión principal Duración, frecuencia, intensidad.	DINÁMICA (EXPLICACIÓN)		
	¿Por qué se generó? Causas, antecedentes históricos.	¿Por qué se mantiene? Factores involucrados	Relación entre los diferentes problemas
PROBLEMA 1			
PROBLEMA 2			
PROBLEMA 3			



**Conclusiones hipotéticas (Lo que hay que comprobar)**

DESCRIPCIÓN Dimensión principal Duración, frecuencia, intensidad.	DINÁMICA (EXPLICACIÓN)		
	¿Por qué se genero? Causas, antecedentes históricos.	¿Por qué se mantiene? Factores involucrados	Relación entre los diferentes problemas
PROBLEMA 1			
PROBLEMA 2			
PROBLEMA 3			

## PRONOSTICO (CON TRATAMIENTO)

FACTORES RELEVANTES	RECURSOS POSITIVOS	Lo ideal a lograr	Lo mínimo que se espera lograr
PROBLEMA 1			
PROBLEMA 2			
PROBLEMA 3			

### Análisis Semiótico

#### Marca con una cruz.

- ASPECTO CORPORAL:

Complexión, edad que corresponde al aspecto físico, gesticulación, talla baja o alta, delgadez, exceso de peso, mano y uñas limpias, etc.

- ARREGLO PERSONAL:

Arreglo, desaliño, olor, vestido, maquillaje, peinado, accesorios, calzado, etc.

- **COMPORTAMIENTO:**

Lenguaje, se precipita en sus respuestas ,silencios , tono de voz, palabras rebuscadas, calo, gestos, relajado, tenso, llanto, bostezo, conversador, contacto visual, expresión facial concuerda con mensaje verbal, sonrisa, distancia que guarda al sentarse, postura cómoda, posturas abatidas o de decaimiento, cabeza alta, espalda recta, brazos apoyados en el asiento, movimiento excesivo de manos, forma de sentarse

- **DESCRIPCION GENERAL:**

<b>ASPECTO CORPORAL</b>		
COMPLEXIÓN	Talla baja	Talla alta
	Exceso de peso	delgadez
EDAD APARENTE	menor	mayor

- **NIVEL DE EMPATIA:**

E\_\_\_\_ MB\_\_\_\_ B\_\_\_\_ R\_\_\_\_ M\_\_\_\_

<b>ESTILO DE VESTIR</b>			
	BIEN	REGULAR	MAL
DEPORTIVO			
FORMAL			
CASUAL			
ALIÑO			

<b>ARREGLO PERSONAL</b>		
	CUIDADO	DESCUIDADO
CABELLO		
UÑAS		
MAQUILLAJE		
HIGIENE		
OLOR	AGRADABLE	DESAGRADABLE

<b>COMPORTAMIENTO</b>	
Confiado	desconfiado
Extrovertido	introvertido
tranquilo	inquieto
cooperador	renuente
interesado	apático
amable	descortés
relajado	tenso

<b>EMOCIONES</b>
Miedo
Alegría
Tristeza
Enojo
Amor

<b>POSTURA</b>	
Cómoda	Piernas cruzadas
abatido	Piernas extendidas
decaído	Movimiento excesivo de manos
Espalda encorvada	Rigidez
Espalda recta	Distancia que guarda al sentarse
Brazos apoyados	
Brazos cruzados	

<b>LENGUAJE</b>	
Precipita en sus respuestas	Contacto visual
Silencios	Expresión facial concuerda con mensaje verbal
Palabras rebuscadas	Aumento de voz
Calo	Voz baja
Gesticulación	Conversador
Bostezo	

**INTERPRETACION GENERAL:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ENTREVISTÓ:**

---

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

**A - Muy de acuerdo**

**B - De acuerdo**

**C - En desacuerdo**

**D - Muy en desacuerdo**

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

**CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS ATQ-30**  
**(Hollon y Kendall; 1980. Adaptación por Mera, A; Hernández, M; Gómez, J;**  
**Ramírez, N; Mata, M; 2011).**

A continuación encontrará una lista de pensamientos e ideas que de forma inesperada pueden asaltarnos a cualquiera de nosotros. Por favor, léalos detenidamente e indique la frecuencia con que cada uno de ellos le viene a la cabeza cuando tiene dolor. Para ello rodee con un círculo uno de los números en la fila correspondiente a la pregunta según la escala siguiente:

**0= En absoluto; 1= Un poco; 2=Bastante; 3= Mucho; 4= Totalmente**

<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>1</b>	Siento como si estuviera en guerra contra el mundo	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>2</b>	Soy malo(a)	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>3</b>	¿Por qué no puedo tener éxito?	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>4</b>	Nadie me entiende	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>5</b>	He defraudado a las personas persona	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>6</b>	Siento que no puedo seguir	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>7</b>	Me gustaría ser una mejor	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>8</b>	Soy tan débil	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>9</b>	Mi vida está siguiendo un curso que no me gusta	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>10</b>	Estoy a disgusto conmigo mismo	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>11</b>	Siento que ya nada está bien	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>12</b>	Ya no puedo soportar más	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>13</b>	Me es difícil empezar	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>14</b>	¿Qué me pasa?	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>15</b>	Me gustaría estar en algún otro lugar	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>16</b>	Siento que no puedo hacer que las cosas funcionen	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>17</b>	Me odio a mí mismo(a)	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>18</b>	Siento que no valgo nada	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>19</b>	Me gustaría poder desaparecer	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>20</b>	¿Qué sucede conmigo?	<b>0 1 2 3 4</b>

<b>21</b>	Soy un(a) perdedor(a)	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>22</b>	Mi vida es un lío	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>23</b>	Soy un fracaso	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>24</b>	Siento que nunca lo lograré	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>25</b>	Me siento tan desamparado(a)	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>26</b>	Algo tiene que cambiar	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>27</b>	Debe haber algo malo conmigo	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>28</b>	Mi futuro es desalentador	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>29</b>	Esto no vale la pena	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>30</b>	Me es difícil terminar cualquier cosa	<b>0 1 2 3 4</b>