



*Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.
Facultad de Psicología*

Departamento de Psicología

*Trabajo de Diploma presentado en opción al Título de
Licenciado(a) en Psicología*

*Título: Intervención psicoterapéutica grupal dirigida a potenciar
la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados
emocionales en pacientes con cáncer de mama en tratamiento
quimioterapéutico.*

Autor: Ana Beatriz Alfonso García.

Tutor (es): Msc. Zeida Castillo Díaz.

Dra. Vivian Guerra Morales.

Santa Clara 2011

Exergo

Voy a vivir, mientras me quede un poco de aire, no voy a abandonar. Tengo tanto que ganar, tengo ganas de crecer... Voy a vivir, voy a vivir... Asumí que renunciar, no es más que escoger, equivocarme es una buena forma de aprender. Que si sigo al corazón no tengo nada que perder...

"Lograremos doblarle la mano al cáncer"

Emil.Saavedra

Dedicatoria

A mis padres, los que por tradición familiar me legaron ese amor al trabajo, sea cual fuere, y ese sentido de responsabilidad que me ha posibilitado alcanzar éste, el último peldaño de mi carrera como estudiante universitaria, pero no el último en mi vida como profesional ya que ésta, ésta solo termina con la muerte.

A mi abuela materna, que suplía a mis padres cuando éstos se ausentaban por el trabajo, la que siempre veló mis sueños, cuidó mi enfermedad, apoyó mis estudios, atendió mis necesidades más perentorias, mi segunda madre.

Agradecimientos

A mis hermanos Carlos Ernesto y Víctor Manuel, prestos siempre a darme una mano en cualquier momento, amigos en mi infancia y adolescencia, compañeros en mi juventud.

A mis tías y tíos, los que de una u otra forma, y en algún momento de mi vida, me supieron aliviar, apoyar, alegrar, acompañar, animar, satisfacer, fortalecer, vivificar, confortar, tonificar, respaldar.

A Carlos Ernesto que con su amor y apoyo incondicional contribuyó a cumplir este sueño.

A mis primas y primos, especialmente Grisel, Liliana y Marisel, sin cuyo soporte, el camino para llegar a este momento me hubiese resultado mucho más escabroso.

A mis amigas y amigos, significando a Yanet, Dayana y Yamilet, las que consolaron mis cuitas en todo momento y auparon mis alegrías siempre.

A la Dra. Rosario, amiga de mi madre, más que amiga, una más de mi familia.

A Julieta, pues sin sus conocimientos no sé qué hubiese sido de mí a la hora de las estadísticas.

A la Dra. Vivian Guerra y a la MSc. Zeida Castillo Díaz, mis tutoras en la Facultad de Psicología de la Universidad Central "Marta Abreu" y en el Hospital Universitario Celestino Hernández Robau de Santa Clara respectivamente por el apoyo y la comprensión constante.

A los trabajadores del Grupo Empresarial del MICONS de Cienfuegos por su apoyo incondicional en la terminación del trabajo.

Muchas gracias.

Resumen

La investigación se desarrolló en el Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau" de la provincia de Villa Clara, durante el período de febrero-mayo de 2011. La misma tiene como objetivo constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales (ansiedad y depresión) de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico.

Se utilizó un paradigma mixto con un diseño de enfoque dominante o principal, fundamentalmente cuantitativo con el apoyo de métodos y recursos cualitativos. Además se desarrolló un diseño cuasi-experimental con pre-prueba y pos-prueba con grupo de control, utilizando un tipo de estudio correlacional-explicativo. La muestra se seleccionó de manera aleatoria sistemática, conformada por 60 pacientes con cáncer de mama, de los cuales se asignaron 30 para el grupo de estudio y 30 para el grupo de control.

Las variables psicológicas estudiadas fueron intervención psicoterapéutica, autovaloración y sus configuraciones, ansiedad, depresión y efectividad de la intervención. Se empleó un sistema de métodos, técnicas y procedimientos como el método dialéctico-materialista, histórico-lógico, entrevista psicológica semi-estructurada, observación participante, escala Dembo-Rubinstein, encuestas, entre otras, con el objetivo de evaluar dichas variables, cuyos resultados fueron valorados cuantitativamente mediante técnicas y tablas comprendidas en el paquete estadístico SPSS versión 13.0 y cualitativamente mediante el análisis de contenido.

Los resultados mostraron un predominio de la autovaloración inadecuada o subvaloración en ambos grupos en la etapa pre-prueba y altos niveles de ansiedad y depresión como estado, mientras que bajo y medio como rasgo. El grupo de estudio luego de la intervención mostró diferencias en el comportamiento de todas las categorías estudiadas, predominando una autovaloración adecuada, mientras que el grupo de control mantuvo similares resultados a los obtenidos en la etapa pre-prueba. Se logró alcanzar al final de la intervención altos niveles de satisfacción por parte de las pacientes, el equipo médico (psicoterapeuta y oncólogo-quimioterapeuta) que unido al cumplimiento de los objetivos de la misma permitió constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica en su primer corte.

Palabras claves: Efectividad, intervención psicoterapéutica, autovaloración, estados emocionales, cáncer de mama, tratamiento quimioterapéutico.

Abstract

The present research was developed at university hospital "Celestino Hernández Robau" in Villa Clara province, throughout January and May months of 2011 year. It has as primordial aim to verify the effectiveness of psychotherapeutic intervention directed to increase the self-valuation and to attenuate the emotional states (anxiety and depression of breast-cancer patients with chemotherapeutic-therapeutic treatment).

It was used a mixed paradigm with a dominant approach design, mainly quantitative with the support of qualitative methods and resources. Therefore, it was developed a cuasi-experimental design with pre-test and post-test with control group, using a kind of correctional-explicative study. The sample was selected aleatory, it was formed by 60 patients with breast-cancer, and from this group it was assigned 30 for the study group and the rest for the control one.

The psychological variables studied were the psychotherapeutic intervention, self-valuation, anxiety, depression and the effectiveness of the intervention. It was used a system of methods, techniques and procedures as the dialectical-materialist method, historical-logical, structured psychological interview, participant observation, Dumbo-Rubinstein scale, surveys, among others, with the aim of evaluating the variables, whose results were valued quantitatively throughout techniques and charts comprised in the statistic package (SPSS 13.0 version and qualitatively throughout the content`s analysis.

The final results show a prevalence of the inadequate self-valuation or maybe a sub-valuation in both groups in the pre-test stage and the high levels of anxiety and depression as state. The study group, after the intervention shows differences in the behavior of each studied category, prevailing an adequate self-valuation, while in the control group it kept similar results to the ones obtained in the pre-test stage. It was achieved, at the end of the intervention a higher level of satisfaction in the patients and the doctors, which enabled the possibility of verifying the effectiveness of the psychotherapeutic intervention.

Key words: Effectiveness, psychotherapeutic intervention, self-valuation, emotional states, breast-cancer, chemotherapeutic treatment.

Índice

Introducción	11
Capítulo 1: Marco referencial teórico	
1.1. Cáncer de mama	18
1.1.2. Tipos de cáncer de mama	19
1.1.3 Estadios del cáncer de mama	20
1.1.4. Factores de riesgo	21
1.1.5. Síntomas del cáncer de mama	23
1.1.6. Diagnóstico del cáncer de mama	24
1.1.7. Tratamiento del cáncer de mama	24
1.2. Papel de la psicología en la lucha contra el cáncer de mama	26
1.3. La autovaloración como proceso regulador de la personalidad	28
1.4. La ansiedad y la depresión como estados emocionales asociados al padecimiento del cáncer de mama	36
1.5. Intervención psicológica para el cáncer de mama y su efectividad	40
Capítulo 2: Marco Referencial metodológico.	
2.1. Estrategia general del trabajo	45
2.2. Paradigma, diseño y tipo de estudio	45
2.3. Criterios de selección de la muestra	49
2.4. Conceptualización y Operacionalización de variables	50
2.5. Descripción de los métodos y técnicas psicológicas empleadas	58
2.5.1. Métodos teóricos de la investigación	58
2.5.2. Descripción de las técnicas psicológicas utilizadas	59

2.6. Procedimiento de la investigación	70
2.7. Interpretación de los datos	71
2.8. Aspectos éticos de la investigación	72
Capítulo # 3: Análisis y discusión de resultados	73
Conclusiones	99
Recomendaciones	101
Reseña bibliográfica	102
Anexos	

Introducción

El cáncer es una enfermedad crónica, considerada en la actualidad por la Organización Mundial de la Salud como la principal causa de muerte a nivel mundial. Los análisis estadísticos que cada año se realizan muestran un crecimiento gradual de esta enfermedad, se estima que en los países en vías de desarrollo existen hoy en día 10 millones de personas viviendo con la misma, mientras que en los desarrollados las tasas ascienden a seis millones. Se espera que para el 2020 aumenten a 15 millones los nuevos casos, principalmente en los países en vías de desarrollo.

Cuba es un país que no se encuentra exento de esto, ya que actualmente conviven 100 mil personas con algún tipo de cáncer, cifra que aumenta con el transcurso de cada año. (Calderón, 2006).

La investigación se desarrolló en el marco de la atención secundaria de salud, específicamente en el Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau", de la ciudad de Santa Clara. El mismo presta Servicios Oncológicos y de Mastología a toda la región central del país, contiene un alto potencial de especialistas, técnicas diagnósticas y de tratamiento oncoespecífico, además es sede de la cátedra de esta especialidad que forma los profesionales para toda la región y atiende a un alto número de pacientes, entre servicios de consulta externa y de régimen interno.

En el hospital el año pasado se diagnosticaron 1670 casos con algún tipo de cáncer, de estos fallecieron 177, lo que representa una tasa neta de mortalidad de 3.5 y una tasa bruta de 4.5. Específicamente con cáncer de mama existieron 575 vistos en un total de 261 consultas, lo que se deriva en 22 pacientes por cada una.

Se considera que el término etimológico de esta enfermedad, se deriva del griego y hace referencia a los cangrejos, porque se va agarrando de todo lo que encuentra en su camino. En la misma el organismo crea un exceso de células malignas, las cuales pueden llegar a metástasis. La metástasis es la implantación del tumor en otra área del organismo, de las

células originarias del cáncer. Esto hace la diferencia entre un tumor maligno y benigno, que se encuentra limitado y no invade ni produce metástasis.

Algunos autores plantean que el cáncer es una enfermedad, otros lo consideran como un conjunto de enfermedades, dentro de las cuales suscita nuestro interés por su impacto y agresividad psicosocial, el cáncer de mama, este se ha incrementado en el mundo y en Cuba también, fundamentalmente entre los 40 y 55 años, aunque en los últimos tiempos se ha detectado con mayor frecuencia entre las que cursan la treintena.

El cáncer mamario representa el 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo. Aproximadamente el 43% de todos los casos registrados en el 2010 corresponden a los países en vías de desarrollo. La incidencia está aumentando en América Latina y en otras regiones donde el riesgo es intermedio (Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia) y bajo (Ecuador, Costa Rica y Perú). Por ello, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen 3 mujeres víctimas del cáncer de mama y en Cuba específicamente es una de las neoplasias malignas más frecuentes, por lo que es importante el diagnóstico precoz y el autoexamen de mama. (Robles y Sylvia, 2002).

En resultados estadísticos se informó que en Cuba en el 2009 se diagnosticaron 2 437 nuevos casos en mujeres, para un 17% del total de casos de cáncer en el sexo femenino y una tasa cruda de 43,3 por 100 000 mujeres. Esta enfermedad presenta muy baja incidencia en el hombre, informándose en ese mismo año, cáncer mamario sólo en 24 hombres, lo que representó el 0,9% del total de casos de cáncer de mama y una tasa cruda de 0,4. (Anuario Estadístico, 2009.)

En medicina el cáncer de mama se conoce con el nombre de **carcinoma de mama**. Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en el 90% de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galatóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera para salir al exterior.

Esta problemática ha sido siempre una de las áreas más dramáticas de la oncología de la mujer especialmente por su alta incidencia y mortalidad, pero sobre todo por la agresión psicológica y estética al cuerpo femenino, resultado del tumor en sí mismo cuando está avanzado o por actitudes quirúrgicas radicales que implican amputaciones traumáticas de un órgano tan importante para la estética femenina. (Pascual, 2010).

Según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el 70% de mujeres sometidas a algún tipo de tratamiento como consecuencia de un cáncer de mama, experimentan algún tipo de trastorno mental: ansiedad o depresión que, en los casos más extremos, pueden terminar en suicidio. (Escobar y Rodríguez, 2008).

La mastectomía y la quimioterapia, según Da Silva y Villela (2003), es uno de los tratamientos a que la mayoría de las mujeres con cáncer de mama es sometida y su resultado las compromete física y emocionalmente. La mutilación y la pérdida del cabello, favorece el surgimiento de muchas interrogantes en la vida de estas mujeres y un elevado índice de trastornos psicológicos, especialmente relacionados con el importante papel de las mamas en su imagen corporal.

Otro punto importante en la justificación del estudio del cáncer de mama es verlo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva, más aún si observamos el negativo efecto que tiene en la calidad de vida de estas mujeres, habida cuenta de la alta correlación depresión, ansiedad, somatización, hostilidad y estrés que afectan a estas pacientes, lo que es de primordial interés para su atención integral.

La depresión y la ansiedad son estados emocionales negativos. La ansiedad se describe como estado de inquietud, zozobra, expectativa negativa de nivel psicológico que se acompaña de manifestaciones psicofisiológicas, por su parte la depresión resulta el estado afectivo negativo, de tristeza, apatía y desesperanza.

También, el padecer cáncer de mama, provoca afectaciones en la autovaloración y las configuraciones que la integran, la cual constituye un subsistema de la personalidad e incluye un conjunto de necesidades, motivos, intereses, etc. Y su afectación está

condicionada por el efecto negativo de la enfermedad y las consecuencias del tratamiento, concluyendo que los cambios que lo acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas de su persona; y demuestren además las repercusiones psicosociales de la enfermedad. (Fernández, 2002; Celis y Coll, 2006; Eilers y Westercamp, 2003).

Debido a las repercusiones que ocasiona desde el punto de vista físico y psicológico el padecer esta enfermedad es importante realizar intervenciones psicológicas, terapéuticas por parte del personal médico y así lograr una mejoría a nivel emocional.

Desde el punto de vista de la intervención psicológica se ha utilizado en países desarrollados distintos programas, principalmente psicoterapia de grupo, programas psicoeducacionales y de rehabilitación, intervenciones conductuales y reestructuración cognitiva, además de los programas y grupos de autoayuda, que nos pueden servir de guía y base orientadora para realizar el estudio de las pacientes con cáncer de mama, sobre la base de las necesidades propias de la identidad cubana y específica de nuestra provincia, en función de nuestros contextos y cotidianidad.

En este centro hospitalario se lleva una línea de investigación sobre el cáncer de mama, en relación con aspectos personológicos como: la autovaloración unido a la autoestima y otras configuraciones en la preservación de la salud mental y se ha logrado definir las principales necesidades psicológicas de las mujeres, la quimioterapia es uno de los tratamientos más agresivos unido a la mastectomía, la cual no se ha investigado y es necesario conocer ya que trae afectaciones para la estética femenina y muchas mujeres no se sienten preparadas para enfrentar este tipo de tratamiento.

En el servicio de Mastología de la provincia de Villa Clara perteneciente a dicho hospital existe un grupo psicoterapéutico que trabaja adjunto a la Consulta Multidisciplinaria y que contribuye a la rehabilitación integral de estas pacientes, se ha desarrollado una tesis que servirá de base para la realización de esta investigación, en la cual se logró una definición previa de las variables en estudio para las mujeres prequirúrgicas, y se reportó el comportamiento de estas variables, luego del trabajo del grupo psicoterapéutico. Estos resultados fueron obtenidos en un mes de evolución en función de todo tipo de tratamiento prestándole interés al comportamiento de estas variables (ansiedad, depresión,

autovaloración). En el período de quimioterapia es necesario también evaluar el desempeño de las mismas, pero ahora durante cuatro meses, desarrollando una intervención psicoterapéutica grupal donde se realiza un primer corte de efectividad ya que esta investigación forma parte de un proyecto doctoral, el cual realizará luego de 8 meses la evaluación final, por lo que, todo esto constituye los principales aportes y novedades de la investigación.

Por ello quedó conformado el problema de investigación de la siguiente forma:

Problema de investigación: ¿Será efectiva una intervención psicoterapéutica grupal para potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico?

Como parte de esta interrogante científica se deriva la siguiente hipótesis:

1. La intervención psicoterapéutica grupal será efectiva en tanto logre potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales (ansiedad y depresión) de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico.

Objetivo general: Constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales (ansiedad y depresión) de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico.

Objetivos específicos:

1. Evaluar las peculiaridades de la autovaloración y el comportamiento de los estados emocionales de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico antes de la intervención psicoterapéutica.

2. Someter al grupo de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico a la intervención psicoterapéutica dirigida a potenciar la autovaloración y atenuar los estados emocionales.

3. Establecer los cambios operados en la autovaloración y los estados emocionales en la muestra seleccionada después de la intervención.

4. Determinar el grado de satisfacción de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico y del equipo médico con los resultados de la intervención psicoterapéutica.

El aporte teórico radica en realizar un estudio personalológico centrado en la autovaloración, como formación central que integra todas sus configuraciones como autoestima, autoconocimiento, autoaceptación, autoimagen, autoconcepto y autorregulación, unido a la atenuación de los estados emocionales (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico, lo que redundará en un aporte metodológico al crear las bases para una intervención personalizada y fundada en las necesidades expresadas por las pacientes en estudio, con el auxilio de las técnicas psicodiagnósticas seleccionadas para la muestra, así como las de orientación y tratamiento de la ciencia psicológica en consonancia con los hallazgos clínicos.

En el orden metodológico proporciona el diagnóstico sobre un período de cuatro meses de la aplicación de un sistema de técnicas psicoterapéuticas inéditas en su conjunto, que se perfeccionan gracias a la participación de la población diana y a su uso en la práctica médica dentro del contexto hospitalario, lo que nos lleva a considerarlas de utilidad para futuras generaciones tanto para el diagnóstico como para la investigación. Además aportará una multimedia que seguirá enriqueciéndose en un proyecto de tesis doctoral como un instrumento para la atención integral de estas pacientes, la cual es utilizada en la intervención psicoterapéutica como ayuda y apoyo para el terapeuta, desarrollándola en su totalidad o en la modalidad de preferencia. También la intervención permite controlar su efectividad al brindar rigurosidad de su empleo homogéneo en cualquier contexto terapéutico en esta patología. Indudablemente contribuirá al mejoramiento de la práctica asistencial de los profesionales de la Medicina y la Psicología insertados en los Servicios de Oncología de las instituciones hospitalarias, así como, para el resto de los profesionales que se encuentran vinculados a estas pacientes y en fin para ellas mismas.

Desde el valor para la práctica profesional dicha patología (cáncer de mama), contará con una intervención psicoterapéutica específica y personalizada para reducir el efecto de la ansiedad y la depresión y los daños en la autovaloración, además sentará las bases para futuras intervenciones psicológicas en el seguimiento, así como el establecimiento de

regularidades que permitan avanzar en este campo del conocimiento científico, lográndose una mejor comprensión del fenómeno.

Desde el punto de vista social permitirá que estas mujeres sean capaces de controlar de manera más efectiva la adaptación a la enfermedad, sus secuelas y tratamiento, con la ayuda del psicólogo y los especialistas en oncología necesarios para su atención integral, logrando una mejor calidad de vida, lo que redundará en una disminución de costo social y económico.

La investigación está compuesta por tres capítulos. En el primero, se realiza un análisis de los fundamentos teóricos de la investigación, se muestra qué es el cáncer de mama, tipos de cáncer de mama, estadios del cáncer, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, así como los síntomas que se pueden presentar. Luego, se hace referencia al papel de la Psicología en la lucha contra el cáncer de mama y debido a las repercusiones psicológicas que tiene esta enfermedad y teniendo en cuenta el objetivo de la investigación se presenta una revisión de la autovaloración y sus configuraciones, la ansiedad y la depresión, y por último se hace referencia a la intervención psicológica, terapéutica en el cáncer de mama y su efectividad.

En el capítulo dos se presenta el marco referencial metodológico, en el que se abordan los pilares metodológicos sobre los que se sustentan la investigación, el diseño propuesto, los procedimientos, los principales métodos y pruebas psicológicas aplicadas, así como el análisis y la interpretación de los datos.

En el tercer capítulo, se realiza un análisis pormenorizado de los resultados emanados de la investigación que posteriormente son abordados de manera integrada, brindando una serie de elementos que permiten una mayor comprensión del fenómeno objeto de estudio. Para finalizar se ofrecen un conjunto de conclusiones y recomendaciones surgidas de la investigación, se muestran además las referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo I: Marco referencial teórico

1.1 Cáncer de mama:

El cáncer de mama es una de las enfermedades crónicas que causa más malestar físico y emocional en las personas que la padecen, además existe gran prevalencia en el mundo actual tanto en mujeres como en hombres. Aunque en estos últimos es menos frecuente.

Primeramente es necesario definir estos dos términos:

¿Qué es el cáncer?, etimológicamente la palabra cáncer tiene varios significados según el tipo de idioma, por ejemplo en el latín y el griego, se corresponden los vocablos *cancrum* y *karkinos*, respectivamente, y su significado es cangrejo. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como tumor maligno que destruye los tejidos orgánicos y es casi siempre incurable. Otra de las definiciones plantean que es el crecimiento anormal del tejido celular en cualquier parte del organismo, que puede invadir, según la característica de los tejidos vecinos, partes específicas del cuerpo humano a través de los vasos linfáticos o los sanguíneos. (Bonfiglio y Stoler, 1993, citado en Pascual, 2010). En la actualidad, las representaciones sociales de la enfermedad han ido variando con el decursar del tiempo, aunque debemos apuntar que se le continúan atribuyendo efectos negativos y nefastos para la vida y la salud de quienes la padecen (Carulla, 2004, citado en Pascual, 2010).

¿Qué es la mama?, se emplea el término mama o seno a una región del tronco femenino animal, exclusivo de los mamíferos, incluyendo el humano, que contiene la glándula mamaria, de secreción externa (glándula exocrina), empleada para nutrir a sus recién nacidos, a la que se les denomina lóbulos y lobulillos. Los lóbulos se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios, que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia, para alimentar al bebé. Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. La piel recubre y protege toda la estructura mamaria. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que

contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña en el organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor. (Perrera y Suárez, 1996). En la Enciclopedia Encarta 2009, se define la mama como uno de los órganos que contiene las glándulas mamarias en mujeres y en las hembras de la mayoría de los mamíferos. Estas glándulas segregan leche que sirve para alimentar a las crías. Por lo general, en la mujer las mamas aumentan de tamaño durante la pubertad como consecuencia de la acción de los estrógenos. La mama está constituida por una serie de tubos radiales, que parten del pezón; éste está situado en la aréola, una zona de forma más o menos circular, de color rosado u oscuro. Las glándulas están colocadas por debajo de la superficie de la piel y forman varios nódulos pequeños en la aréola.

Por todo ello el cáncer de mama es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en el 90% de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula para salir al exterior.

1.1.2 Según Carlson, Allred, Anderson, Burstein, Carter y Edge (2009) existen varios **tipos** principales de cáncer de mama:

- *El carcinoma ductal in situ* se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad 'pre maligna' puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.
- *El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo)* es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

- *El carcinoma lobular in situ* se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cántumor en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para el control del mismo.
- *El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo)* comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.

1.1.3 El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM para enmarcar al cáncer de mama en varios **estadios**:

- La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.
- La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.
- La letra **M**, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV.

Estadio I: indica que el tumor es menor de 2 cm y no hay metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.

Estadio II: abarca las siguientes situaciones:

- No mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
- Mide entre 2 y 5 cm y puede o no haberse extendido.

-Mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados. El índice de supervivencia a 5 años es del 88-76%.

Estadio III: se divide en estadio IIIA y IIIB:

El estadio III A puede integrar a las siguientes formas:

- El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras.
- El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 56%.

El estadio III B puede darse en los siguientes casos:

- El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 46%.

Estadio IV: se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 16%.

1.1.4 Factores de riesgo:

- **Edad y género:** el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que uno envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir cáncer de mama que los hombres.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** las personas también tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido

este tipo de cáncer, al igual que el cáncer uterino, cáncer ovárico o cáncer de colon. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

- **Genes:** algunas personas tienen genes que los hacen más propensos a desarrollar cáncer de mama. Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que lo protegen a uno del cáncer. Pero, si uno de los padres transmite un gen defectuoso, la persona tiene un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida.
- **Ciclo menstrual:** las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama.
- **Consumo de alcohol:** el consumo de más de 1 ó 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama.
- **Parto:** las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron recién después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer.
- **DES:** las mujeres que tomaron dietilestilbestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama después de los 40 años. Esta droga se le suministraba a las mujeres entre los años 1940 y 1960.
- **Hormonoterapia:** uno tiene mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido hormonoterapia durante algunos años o más. Muchas mujeres toman este tipo de terapia para reducir los síntomas de la menopausia.
- **Obesidad:** ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo es controversial. La teoría es que las mujeres obesas producen más estrógenos, los cuales pueden estimular la aparición de este tipo de cáncer.
- **Radiación:** si recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, existe un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer de mama. Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación y más alta la dosis, mayor

será el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró cuando a la mujer se le estaban desarrollando las mamas.

Los implantes mamarios, el uso de antitranspirantes y el uso de sostenes con varillas no aumentan el riesgo de cáncer de mama. Tampoco existe evidencia de un vínculo directo entre el cáncer de mama y los pesticidas.

1.1.5 Síntomas:

El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir:

- Tumores mamarios o tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen.
- Cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón. Por ejemplo, se puede presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja.
- Secreción de líquido proveniente del pezón, que puede ser sanguinolento, amarillento o verdoso, y lucir como pus.

Los hombres también pueden desarrollar cáncer de mama y los síntomas abarcan tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar:

- Dolor óseo
- Dolor o molestia en las mamas
- Úlceras cutáneas
- Hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer)
- Pérdida de peso

1.1.6 Diagnóstico:

Primeramente, el médico preguntará acerca de los síntomas y factores de riesgo y luego llevará a cabo un examen físico, este se realiza en ambas mamas, las axilas y el área del cuello, en posición vertical, sentada y acostada con las manos de la mujer detrás de la cabeza. Los senos deben ser inspeccionados en busca de diferencias en el tamaño, retracción de la piel o del pezón, patrones venosos prominentes y signos de inflamación. Se debe usar la superficie plana de la punta de los dedos para palpar el tejido mamario contra la pared torácica. Las zonas axilares y supraclaviculares deben ser revisadas en busca de nódulos. El pezón debe comprimirse suavemente para comprobar si hay secreciones.

Exámenes adicionales para el diagnóstico:

- Mamografía para ayudar a identificar la tumoración o protuberancia mamaria.
- Resonancia magnética de las mamas para ayudar a identificar mejor la tumoración mamaria.
- Ecografía de las mamas para mostrar si la tumoración es sólida o llena de líquido.
- Biopsia de mama, biopsia aspirativa o extirpación de la tumoración mamaria para extraer toda o parte de la tumoración mamaria para un análisis más detallado por parte de un especialista de laboratorio.
- Tomografía computarizada
- Biopsia de ganglio linfático centinela
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)

1.1.7 Tratamiento:

El tratamiento se basa en muchos factores, incluyendo el tipo y etapa del cáncer, si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas y si el cáncer produce en exceso o no un gen llamado HER2/neu.

Los tratamientos para el cáncer pueden ser locales o sistémicos:

- Los tratamientos locales involucran sólo el área de la enfermedad. La radiación y la cirugía son formas de este tipo de tratamiento.
- Los tratamientos sistémicos afectan a todo el cuerpo, siendo la quimioterapia uno de sus ejemplos.

En general, los tratamientos para el cáncer pueden abarcar:

- Fármacos quimioterapéuticos para destruir las células cancerosas.
- Radioterapia para destruir el tejido canceroso.
- Cirugía para extirpar el tejido canceroso: una tumorectomía para extirpar la tumoración mamaria; una mastectomía para extirpar parte de la mama, conocida como cirugía conservadora y otra para extirpar toda la mama y posiblemente las estructuras aledañas.
- La hormonoterapia se les prescribe a las mujeres con cáncer de mama positivo para receptores de estrógeno con el fin de bloquear ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer. Un ejemplo de hormonoterapia es el fármaco tamoxifeno, que bloquea el efecto del estrógeno, el cual puede ayudar a las células cancerosas de la mama a sobrevivir y proliferar. La mayoría de las mujeres con cáncer de mama sensible al estrógeno se benefician con este fármaco.
- La terapia dirigida, también llamada terapia biológica, es un tipo más nuevo de tratamiento para el cáncer. Esta terapia utiliza fármacos antineoplásicos especiales que focalizan ciertos cambios en una célula que pueden llevar al cáncer. Uno de estos fármacos es trastuzumab (Herceptin) y se puede utilizar para mujeres con cáncer de mama positivo para HER2/neu.
- Inmunoterapia: En los últimos años se ha generalizado el uso de anticuerpos monoclonales en el diagnóstico del cáncer. Sin embargo, su utilización en el tratamiento oncológico no se ha materializado hasta el final de la década de los 90. Los anticuerpos monoclonales son el primer grupo de tratamientos antineoplásicos que están dirigidos específicamente contra alteraciones moleculares de las células de cáncer, y representan de manera paradigmática la nueva dirección que seguirá el

desarrollo de nuevas terapias oncológicas en el futuro y tienen un amplio espectro de actividades antitumorales. Los anticuerpos pueden influir directamente en el crecimiento de las células neoplásicas mediante su unión con receptores de factores de crecimiento o receptores de la señal apoptótica. Indirectamente, los anticuerpos pueden activar diversas funciones efectoras de la inmunidad del paciente, capaces de destruir las células tumorales.

- La quimioterapia es uno de los tratamientos sistémicos, el cual al inicio de su desarrollo se destinó principalmente a enfermedades generalizadas, como los tumores hematológicos, o bien a casos de recurrencia tras el tratamiento local. Caribé y Cols, (2003) plantean que la quimioterapia tiene como objetivo atacar y destruir las células cancerosas, que se reproducen muy rápidamente, desafortunadamente las células normales que se multiplican con rapidez son igualmente susceptibles a estos efectos y cuando se emplea, se denomina quimioterapia antineoplásica o antitumoral (citado en Pérez y Pérez, 2009). La quimioterapia se clasifica de acuerdo a su finalidad en: **Curativa:** (pretende conseguir el control de tumor). **Coadyuvante:** (a continuación de la cirugía curativa, con el objetivo de esterilizar células residuales locales o en circulación, reduciendo la incidencia de metástasis a distancia). **Previa:** (indicada para obtener la reducción parcial del tumor como complementación terapéutica a la cirugía o radioterapia). **Paliativa:** (sin finalidad curativa, su objetivo es mejorar la calidad de supervivencia del paciente).

Es importante conocer que la duración total del tratamiento y sus efectos secundarios dependen de una serie de factores como son el tipo de tumor, la respuesta del tumor al tratamiento y el tipo de quimioterapia empleada.

1.2 Papel de la psicología en la lucha contra el cáncer de mama:

Padecer una enfermedad crónica de larga duración como el cáncer de mama, plantea nuevos retos a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo, no es algo que se consiga de la noche a la mañana. Pero entender lo que te ocurre y participar activamente en el cuidado de tu salud te ayudarán a afrontar esos retos. Muchas personas

descubren que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico les ayuda a sentirse más fuertes y más preparadas para enfrentarse muchas dificultades y pruebas que les depara la vida.

Por lo mismo, se ha visto, que en lugares en donde toman en serio el trabajo del psicólogo para la ayuda del paciente, se observa que la calidad de vida del mismo va mejorando, debido a la ayuda emocional y psíquica que recibe el sujeto que padece la enfermedad. Es por eso, que se considera de fundamental importancia el papel del psicólogo no solo en el área educativa, social, laboral sino también en lo clínico, porque debido al trabajo que realice junto a otras personas que se encargan de la salud del sujeto convaleciente, se le dará una mejor atención tanto en su salud física, económica, espiritual y psíquica.

La Evaluación psicológica es una tarea fundamental en el psicólogo que trabaja en esta área, el cual debe realizar una valoración minuciosa para crear un plan de intervención, a la medida del paciente, en donde se tomará en cuenta, el estado actual del paciente a partir de que sabe que tiene la enfermedad, para descartar cualquier trastorno, y por supuesto para tomar las medidas pertinentes para la aceptación a la presente circunstancia y para la adaptación a la misma.

El impacto psicológico general provocado por el cáncer de mama y el tratamiento según (Haber, 2000) se debe a:

- Presencia de estados emocionales tales como: depresión, ansiedad, hostilidad, agresividad, frustración, miedo.
- Cambios en los estilos de vida motivados por trastornos psicológicos, malestares o conflictos conyugales y sexuales, así como disimulación del ritmo de actividad y la comunicación.
- Disminución de la autoestima, cambios en la autovaloración.

Los estudios que con más frecuencia se han realizado con respecto al cáncer de mama y las particularidades psicológicas de las pacientes con este tipo de patología han demostrado la presencia de cambios significativos en configuraciones de importante valor para el

funcionamiento de la personalidad (Ganz, 2004; Pandey, 2006; Uzun, 2004). Se plantea que esta enfermedad afecta la autovaloración, como categoría psicológica dentro de la calidad de vida percibida y como efecto negativo surge la depresión y la ansiedad. Lo anterior demuestra la necesidad de brindar especial atención en los factores emocionales al abordar el estado de salud en general de cualquier paciente y en especial con cáncer de mama, para la creación de una mejor calidad de vida que permita a estas mujeres enfrentar mejor su situación, pues la ciencia ha demostrado la posible implicación de estos factores en la etiología y evolución de esta enfermedad tan común en estos tiempos.

1.3 La autovaloración como proceso regulador de la personalidad:

La autovaloración resulta realmente importante, cuando se trata de brindar ayuda psicológica a las mujeres con cáncer de mama, pero es imprescindible esclarecer determinados conceptos, como autoestima, autoimagen, autorregulación, autoaceptación, autoconocimiento y autoconcepto; configuraciones integradas a la autovaloración, por lo que si no partimos desde su comprensión como un proceso de profundas interconexiones, estudiarlo se convertiría en un asunto mucho más complejo.

La autovaloración es aquel nivel de autoconciencia en que la persona es capaz de valorarse. El individuo concientiza sus necesidades, capacidades y actividades, evalúa sus cualidades y capacidades tanto mentales como físicas.

La autovaloración se considera un sistema regulador constante de la actividad del sujeto, que incluye aspectos tales como: Riqueza de contenido, que posibilita al sujeto orientarse conscientemente en todas las esferas de la actividad. Flexibilidad, posibilita al sujeto asimilar elementos disonantes con la tendencia general de su personalidad y analizar resultados acordes con sus expectativas. Integridad, que permite mantener la estabilidad de la autovaloración a pesar de asimilar resultados que no se corresponden con sus expectativas y nivel de aspiración. (Bermúdez; González. 2008).

Por su parte, Savonko (1981), citado en Pascual (2010), define la autovaloración como un componente indispensable de la autoconciencia, es decir, de la conciencia que el hombre tiene de sí mismo, de las fuerzas y capacidades mentales propias, de las acciones, motivos y

objetivos de su comportamiento, de su actitud ante lo que lo rodea, hacia las personas y hacia sí mismo.

Más adelante se establece una síntesis del concepto expuesto anteriormente, y se expresa:

La autovaloración es una configuración de la personalidad que integra de modo articulado un concepto de sí mismo (cualidades, capacidades, intereses, motivos), preciso, generalizado, con relativa estabilidad, dinamismo y comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de la vida. Constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia. La autovaloración supone la presencia de reflexiones, valoraciones, vivencias sobre sí mismo, sobre los contenidos esenciales de la propia personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes en las cuales el sujeto se implica afectivamente. Se trata de un proceso vivo, dinámico, organizado de reflexiones desde un compromiso altamente emocional en torno a un conjunto de marcos estables de referencia. (Fernández, 2002, p. 32)

Este proceso de acuerdo a (González, 1985, citado en Montiel, 2009) se clasifica en:

- **Autovaloración adecuada:** existe una correspondencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de realización, existiendo una adecuada relación del individuo con el entorno.

Es por ello que plantea que existe una autovaloración adecuada cuando existe:

- a) Riqueza de contenido: Posibilita al sujeto orientarse conscientemente y con apropiada previsión en todas las esferas de su actividad.
- b) Flexibilidad: Posibilidad de asimilar elementos autovalorativos disonantes, no acordes a la tendencia general de la personalidad, así como analizar y asimilar resultados contrapuestos a las expectativas personales.
- c) Integridad: Revela la tendencia de la autovaloración a mantener su estabilidad y sus particularidades cualitativas a pesar de que los resultados en la actividad en ocasiones, no se correspondan con el nivel de aspiraciones propuestos por el sujeto.
- d) Alta y media autoestima, aceptación de la imagen, de las cualidades y defectos, adecuado autoconocimiento, autorregulación y autoconcepto.

- **Autovaloración inadecuada:** No existe una adecuada correspondencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de realización, reflejándose en una inadecuada relación del individuo con el medio y se manifiesta en dos variantes:

1) Autovaloración inadecuada por exceso o sobrevaloración: Hace referencia a la proposición de metas elevadas por el sujeto con respecto a sus posibilidades reales, expresando una fuerte y elevada reacción emocional ante los fracasos. Puede asociarse a características personalógicas tales como: prepotencia, autosuficiencias, y autoritarismo.

2) Autovaloración inadecuada por defecto o subvaloración: Los objetivos propuestos por el individuo se encuentran por debajo de sus posibilidades reales, no se establece un nivel de pretensiones que estimule al sujeto en la realización de una actividad concreta. En sí mismos, carecen de autodesarrollo, pueden aparecer características de personalidad, tales como: pesimismo, minusvalía, y estancamiento, el desaliento precede el enfrentamiento a la actividad. Además existe:

a) Poca flexibilidad, integridad, riqueza de contenido, autoestima baja, no aceptación de la imagen, de las cualidades y defectos e inadecuado autoconcepto, autorregulación y autoconocimiento.

Las funciones de la autovaloración influyen sobre el desarrollo de la personalidad. Dichas funciones presentan un carácter sistémico e integral, lo cual se puede fundamentar a través de la interrelación de las mismas funcionando como un sistema que aporta la unidad y enlace que permiten la integralidad de este proceso. No podemos ver estas funciones desligadas unas de otras ya que en su relación se puede ver la elaboración de objetivos y planes futuros con un nivel de exigencia y de reflexión valorativa.

En correspondencia con (Marín, 2003, citado en Pascual, 2010), la autovaloración presenta las funciones siguientes:

Función valorativa: consiste en la comparación que realiza el sujeto entre las cualidades que cree poseer para su desempeño comportamental, así como satisfacer las exigencias de la vida y sus aspiraciones futuras. Se trata de la valoración de los conceptos que tiene de sí mismo a partir de sus principales exigencias, motivos y demandas sociales.

Función reguladora: la autovaloración regula las conductas en las cuales los sujetos se sienten comprometidos de modo muy personal, radicando aquí su función reguladora. A partir de su estrecha relación con el nivel de aspiración desempeña un papel significativo en la expresión y realización de las necesidades y motivos principales. Además mediante la autovaloración se regula la expresión de diversos rasgos y configuraciones de la personalidad, y sus tendencias motivacionales de un modo más o menos exitoso. Se expresa además el grado de correspondencia entre el contenido y el comportamiento, así como entre el contenido, las exigencias del medio y las aspiraciones futuras.

Función autoeducativa: esta constituye el momento superior de la función autorreguladora pues implica la retroalimentación que posibilita al sujeto reorientar su conducta cuando esta no se corresponda con sus objetivos. Presupone la existencia de flexibilidad autovalorativa, autocrítica, así como la posibilidad de movilizar la conducta en el sentido de corregir los defectos propios, desarrollar características personalológicas o controlar la expresión de la misma con el fin de garantizar eficacia en el desempeño del sujeto en los diversos espacios interactivos en los cuales se inserta. La formación psicológica que posibilita la autotransformación, la autoeducación, la acción del sujeto psicológico como determinante de sí mismo es justamente la autovaloración.

La autoestima como una configuración de la autovaloración que es necesaria estudiar, ha acompañado al ser humano desde sus comienzos.

- El constructo psicológico de autoestima se remonta a William James, a finales del siglo XIX, quien, en su obra *Los Principios de la Psicología*, estudiaba el desdoblamiento de nuestro «Yo-global» en un «Yo-concedor» y un «Yo-conocido». Según James, de este desdoblamiento, del cual todos somos conscientes en mayor o menor grado, nace la autoestima.
- Ya entrado el siglo XX, la influencia inicial de la psicología conductista minimizó el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, reemplazándolo por el estudio objetivo mediante métodos experimentales de los comportamientos observados en relación con el medio. El conductismo situaba al ser humano como un animal sujeto a reforzadores, y sugería situar a la propia psicología

como una ciencia experimental similar a la química o a la biología. Como consecuencia, se descuidó durante bastante tiempo el estudio sistemático de la autoestima, que era considerada una hipótesis poco susceptible de medición rigurosa.

- A mediados del siglo XX, y con la psicología fenomenológica y la psicoterapia humanista, la autoestima volvió a cobrar protagonismo y tomó un lugar central en la autorrealización personal y en el tratamiento de los trastornos psíquicos. Se empezó a contemplar la satisfacción personal y el tratamiento psicoterapéutico, y se hizo posible la introducción de nuevos elementos que ayudaban a comprender los motivos por los que las personas tienden a sentirse poco valiosas, desmotivadas e incapaces de emprender por ellas mismas desafíos.
- Carl Rogers, máximo exponente de la psicología humanista, expuso que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le concedía a la aceptación incondicional del cliente. En efecto, el concepto de autoestima se aborda desde entonces en la escuela humanista como un derecho inalienable de toda persona.

En fin, la autoestima es la percepción valorativa que hace el individuo de su propio ser, de su manera de ser, de quien es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran su personalidad. La autoestima se aprende, fluctúa y se puede mejorar. Según Pearson et al. , (1993), autoestima se refiere al valor que se otorga a las imágenes que la persona posee de sí mismo. Si a la propia autodescripción se añade un sentimiento de satisfacción o de decepción, entonces se está hablando de autoestima. Se desarrolla a través de las propias experiencias, interacciones con los demás y mensajes culturales de la comunidad a la que pertenece.

S. Colunga en uno de sus artículos Autoestima, Valores y Desarrollo Humano, señala:

Es una formación psíquica prevalentemente afectivo-motivacional, pero a la vez conformada por elementos intelectuales, de carácter metacognitivo (autopercepción y autoconcepto), que constituye una fuente de autoafirmación y autorrealización permanentes para el ser humano. Basada

en la percepción evaluativa de sí mismo, la trasciende, e implica una actitud positiva o negativa hacia la propia personalidad y sus actuaciones, expresada en un determinado grado de confianza, respeto, consideración, aceptación y amor incondicional hacia nuestro yo. (Colunga, 2007, p. 56).

La autoestima es un concepto gradual. En virtud de ello, las personas pueden presentar en esencia uno de tres estados:

- Tener una **autoestima alta** equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, o, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse acertado como persona.
- Tener una **baja autoestima** es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.
- Tener un **término medio de autoestima** es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse tolerante, valorar la amistad y puede generar inseguridad.

El hecho que se presenten o no inseguridades, luego de diagnosticada la enfermedad y puesta en marcha el tratamiento, depende entre otros factores, del grado de seguridad que la mujer posee respecto de sí misma, de la valoración de su cuerpo y de la calidad de su vida afectivo-sexual previa.

Otras de las configuraciones que forman parte de la autovaloración es la **autoimagen**, la cual consiste en todos aquellos aspectos físicamente autodescritos, que pertenecen a los roles que se desempeñan a lo largo de la vida, como, el ser hombre o mujer. Se construye a partir de dos fuentes, una basada en el aspecto biológico y la otra en la forma, mediante la cual cada persona se socializa en una cultura que prescribe definiciones normativas de masculinidad y de feminidad (Maldonado, 2009).

El artículo de Díaz et al., (1999), señala que existe una relación entre género y autoimagen corporal, que alude a la forma como los individuos piensan, sienten y se comportan de acuerdo a la percepción de sus atributos físicos. La autoimagen corporal depende de tres determinantes: evaluación, que se refiere al grado de satisfacción frente a la propia

apariciencia; afecto, que se relaciona con los sentimientos provocados por las evaluaciones en diversos contextos; y la inversión, dada por la preocupación en el manejo de la imagen. Las mujeres con mejores niveles de autoimagen son aquellas que se acercan más a su prototipo de belleza ideal y, por ende, expresan sentimientos positivos acerca de sí mismas.

La imagen que la persona hace de su cuerpo es construida y reconstruida a lo largo de la vida, a partir de las experiencias con el mundo exterior. Llegar a amar o aceptar el cuerpo como parte de la sexualidad es algo fundamental. Una cosa es la imagen pública y otra es la realidad del cuerpo desnudo. Su aceptación o rechazo influye de manera decisiva en las relaciones sexuales. (Bello, 1998; Stella et al., 2002; Da Silva y Villela, 2003).

La mastectomía es la extirpación quirúrgica de toda la mama, por lo general, para tratar enfermedades serias del tejido mamario como el cáncer de mama. Toma tiempo para que la mujer se acostumbre a la pérdida de la mama, pero las conversaciones con otras mujeres que hayan pasado por una situación similar, con su pareja y con su familia, son de gran utilidad para aprender cómo afrontar estos sentimientos.

(Chenoskova, 1980, citado en González; Águila. 2009), considera que el proceso de formación de la autoconciencia no es espontáneo, sino que se va formando a partir del conocimiento del mundo por el individuo y del propio conocimiento que adquiere de los demás hombres a través de las relaciones interpersonales que establece con estos, lo que nos permite aceptarnos tal cual somos, sin reservas, prejuicios, desarrollando así la **autoaceptación** como otra dimensión importante de la autovaloración.

La autoconciencia está formada por tres mecanismos internos: el autoconocimiento, la actitud emocional-valorativa y la autorregulación.

Mientras va teniendo lugar el fenómeno de la autoconciencia y la conformación de la identidad personal, estamos inmersos en todo un proceso de **autoconocimiento**. Según Fernández (2002), no solamente adquirimos conciencia de nuestra propia existencia, ni nos identificamos con un modo de ser y existir individual, sino que nos vamos conociendo progresivamente. Conocemos como somos corporalmente, para ello exploramos nuestro cuerpo, tenemos un conocimiento de cuáles son las partes y formas del mismo. Conocemos

también paulatinamente nuestra subjetividad, cómo somos psicológicamente, que nos gusta o no, qué nos motiva, cuáles son nuestras características.

La **autorregulación**, según el artículo publicado por Sandino, Tirado, J.G. (2006), define esta como un “(...) proceso sistemático del comportamiento humano que provee a los individuos de la capacidad de ajustar sus acciones y metas a la consecución de resultados deseados” (Jackson; Mackenzie; Hobfoll, 2000, p. 275).

Una característica de este tipo de definiciones consiste en considerar que la autorregulación es una característica inherente y única del ser humano (Zimmerman, 2000, Baumeister, et al., 1994): más aún, que ésta es definida como un proceso que incluye elementos conscientes y voluntarios, y que está orientada de manera intencional a fines y propósitos específicos (Shapiro y Schwartz, 2000). En su gran mayoría, los modelos de estructura y funcionamiento de la autorregulación son consistentes con la aplicación de modelos sistémicos: éstos atribuyen a la autorregulación la característica de ser un proceso cíclico y continuo (Mahoney y Thoresen, 1974; Bandura, 1986; 1991; Carver y Scheier, 1998; 2000; Zimmerman, 1989; 2000).

El autoconcepto como última configuración implica una autoevaluación de todo lo que, según el propio individuo, ha sido, es y aspira ser. Incluye hechos tangenciales, como medidas físicas y descripciones del tamaño y forma del cuerpo, así como también los juicios sobre la conveniencia de los propios valores o deseos. Entonces autoconcepto es la suma total de las valoraciones y evaluaciones del yo, que representan la propia individualidad. El autoconcepto está determinado por las interacciones que mantiene la persona con los demás y las reacciones que presentan los demás frente a éste. (Pearson; Turner; Todd-Mancilla, 1993).

El autoconcepto se relaciona estrechamente con los aspectos biológicos que determinan el hecho de ser hombre o mujer, y las determinaciones socioculturales que esto implica para cada individuo según la sociedad en la cual se desenvuelva.

1.4 La ansiedad y la depresión como estados emocionales asociados al padecimiento del cáncer de mama:

Diversos autores han abordado desde la Psicología **la ansiedad**, tal es el caso de S. Freud (citado en Zaldívar, 2001) quién planteó que la ansiedad era el resultado de una descarga de energía sexual reprimida la cual la llamo el “líbido”, posteriormente modifica su teoría para insistir en el papel crítico de la ansiedad como respuesta ante la presencia del peligro. La percepción del peligro bien fuera proveniente del ambiente externo o de los pensamientos o sensaciones provocaban un estado de ansiedad y esta desagradable reacción emocional sirve para que el individuo logre algún tipo de adaptación (Kaplan, 1990; Nemiah, 1982 y Satue, 1996).

Sullivan refiere que la ansiedad es el resultado de las relaciones de uno para con los otros, es decir, las relaciones interpersonales. El desarrollo del individuo siempre tiene que ver con un problema continuo y fundamental: el logro adecuado de su necesidad, de su satisfacción y seguridad; la ansiedad es el producto de ciertas exigencias culturales (Cueli, 1990).

Uno de los primeros investigadores de la ansiedad en Estados Unidos fue Mower (1939) quien definió este estado como un miedo reflejo condicionado o ante una amenaza. Por su parte Lewis (1972), la consideraba como una forma de reacción neurótica que incluye el temor reflejo condicionado, identificando sus signos con los síntomas de la reacción de miedo. Este mismo punto de vista es adoptado por Spence (1956), quien concibe a la ansiedad como un estado emocional el cual no excluye la significación del motivo que incita a la actividad.

Por su parte, Tobal (1999) la define como “una respuesta emocional, o patrón de respuesta que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos pocos ajustados y escasamente adaptativos”. (p.310).

Especialistas cubanos como Pineda, Rojas y Veitía, (1976) explican que la ansiedad es un estado afectivo desagradable que incluye vivencias de expectación, un temor indeterminado sin causa conocida y sin un objeto real presente, que se acompaña de un estado de inquietud motora y trastornos neurovegetativos (citado en Portero, 1996).

Retomando las ideas de Lazarus (2000), cuando se valora una amenaza que puede estar asociada a eventos o situaciones de la vida cotidiana, tales como cambiar de trabajo o domicilio, ser diagnosticados con una enfermedad grave o viajar se experimenta ansiedad de manera concreta, se está a la espera de que algo dañino va a ocurrir y esto podría afectar el sentido de quiénes somos, qué hacemos en el mundo y cuál es el significado de nuestra vida, lo cual influye directamente en nuestra autoconciencia y autovaloración.

Se valora que la ansiedad es una emoción que se expresa fundamentalmente a través de sentimientos de temor, aprensión y desamparo. Surge principalmente ante aquellas situaciones en que el individuo percibe de manera consciente o inconsciente una situación amenazante y que rebasa sus posibilidades para afrontarla.

Entre las causas que pueden favorecer su aparición se encuentran: el disgusto imaginario y su anticipación, la espera o demora de lo agradable o desagradable, el aplazamiento de algo significativo y su sustitución por algo inesperado. También puede hallarse la génesis en la desconfianza o en el cambio de una actividad acostumbrada que se refleja en temor, preocupación, inquietud ante cualquier situación nueva, reacción específica ante el conocimiento de una mala situación y otros ejemplos. Pero en el mayor de los casos se acompaña de manifestaciones neurovegetativas como sudoración, salto epigástrico, temblores internos, cambios en el pulso, modificaciones en la tensión arterial, disnea, entre otros. También se presentan cambios bioquímicos en la esfera motora, en la mímica y la autonomía del sujeto que tienen lugar durante la presencia de estados de ansiedad (Alfonso, 2003).

En principio, la ansiedad constituye una respuesta inteligente del organismo, pues en muchas ocasiones un nivel medio de ella permite una buena ejecución; lo que hace

referencia que se considere una emoción normal cuya función es activar al organismo ante un peligro o amenaza y estimula la capacidad de respuesta del individuo.

Spilberger (1980), citado en Gómez, 2008, plantea una clasificación de la ansiedad:

- **Ansiedad rasgo:** Disposición conductual adquirida, rasgo de la personalidad, dada por la predisposición a la percepción de un alto número de situaciones como amenazantes y la tendencia a responder a ellas con elevaciones de la ansiedad como estado.
- **Ansiedad estado:** Estados transitorios que surgen como resultado de la percepción de estímulos internos o externos como amenazantes o dañinos. Se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión subjetiva, consistentemente percibidos y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo.

Más adelante (Grau 1982, citado en Gómez, 2008), la clasifica de la forma siguiente:

- **Ansiedad personal:** Característica relativamente estable y al mismo tiempo dinámica, que da idea de la predisposición del individuo a la percepción de un amplio número de situaciones amenazantes y la reacción ante ella con estados de ansiedad que se activan en un momento determinado como una propiedad individual de la personalidad, ella depende no tanto de las situaciones desfavorables estresantes como de la esfera motivacional de la personalidad.

-**Ansiedad personal inespecífica:** Se caracteriza por un desajuste relativamente estable de la personalidad y las personas reaccionan con ansiedad ante situaciones estresantes. Existe inmadurez, inadecuación de la autovaloración, reducido círculo de intereses e insuficientes mecanismos de autocompensación personal.

-**Ansiedad personal específica:** Reacciones de ansiedad ante un pequeño círculo de situaciones amenazantes, a partir de una experiencia vital y la posibilidad de mantener un relativo confort emocional ante otras situaciones.

- **Ansiedad situacional:** Estado relativo temporal transitorio que surge ante situaciones no habituales, se caracteriza por la percepción intensa, pero no estable de los problemas propios y vivencias, por una ausencia de alteraciones estables en los procesos psíquicos y la esfera motivacional. No tiene carácter patológico.

- **Ansiedad patológica:** estado afectivo desagradable, con un miedo y expectativa de un peligro amenazante. Se caracteriza por la estabilidad, intensidad, con distorsiones en la auto-percepción, con un polimorfismo y tiene una influencia desestabilizadora sobre los procesos psíquicos y la conducta.

La depresión es el trastorno mental más frecuente en la población, se ha estimado que aproximadamente 1 por cada 1000 personas de la población cubana son emitidas anualmente en un hospital por trastorno depresivo. Alrededor de un 3 por cada mil son remitidos al psiquiátrico, y un 3% de los enfermos con síntomas depresivos son atendidos en las consultas del médico general. En diversos estudios epidemiológicos se ha estimado una prevalencia de un 5% de sujetos con depresión en la población en general.

Un hallazgo más constante en el estudio de las variables demográficas es la mayor frecuencia del sexo femenino, que oscila de 2:1 a 3:1. Se ha tratado de explicar esta diferencia de acuerdo con mecanismos biológicos y sobre todo, con variables psicosociales. En este sentido, la diferencia se ha atribuido a una mayor vulnerabilidad social de la mujer.

Las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el mantenimiento del hogar, la presencia de enfermedades crónicas como el cáncer de mama y el empleo. Así mismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

La depresión es un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute de las actividades habituales. También se puede clasificar en depresión como estado o como rasgo según las circunstancias o rasgos de la personalidad. (Davison y Neale, 2000).

1.5 Intervención psicológica para el cáncer de mama y su efectividad.

El auge de la intervención psicológica como función de la psicología clínica se desarrolla con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, la demanda de la atención psicológica para la población adquirió una dimensión tal que implicó a los profesionales de la psicología clínica, hasta ese momento muy limitados a la función diagnóstica, esencialmente desde una concepción psicométrica que privilegiaba la medición y la aplicación de pruebas o test. (Roca, 2000).

Según la definición del Pequeño Larousse, el concepto de intervención es: tomar parte de un asunto, intervenir en un conflicto, mediar, interponer uno su autoridad, intervenir supone un proceso de mediación o interposición con el objetivo de ejercer una influencia y provocar un cambio. (P.Larousse, 1968).

Las intervenciones en el campo de la psicología son clasificadas por Zaldívar, (2007). En: Intervención psicológica (psicoterapéutica), y la intervención psicosocial.

La intervención psicoterapéutica que es la que más nos interesa en el estudio se apoya en diversos modelos a través de los cuales se trata de explicar el desarrollo y funcionamiento humano, tanto en lo patológico como en sus aspectos normales, las principales corrientes de pensamiento psicológico que sirven de basamento teórico son el psicoanálisis, conductismo y humanismo.

Por otro lado, Zaldívar (2007) señala que la intervención psicoterapéutica, es el conjunto de conocimientos, actitudes, recursos terapéuticos y habilidades terapéuticas empleadas en el marco de una relación profesional de ayuda psicológica, en el tratamiento de los trastornos y problemas de la personalidad.

Este tipo de intervención conlleva un estado inicial negativo, conocido o clasificado como patológico o disfuncional, se aplica por lo general en el campo de la salud mental, con un predominio de técnicas de carácter psicológico y son relativamente breves. (Zaldívar, 2007).

La psicología clínica estuvo relacionada durante mucho tiempo con un modelo médico, un enfoque centrado en las personas cuyo psiquismo tuviera uno u otro estado de alteración

mental. En las últimas cuatro décadas con la emergencia del modelo humanista, unido al creciente reconocimiento por parte de las ciencias médicas del papel de los factores psicológicos y sociales en el proceso salud enfermedad esta situación comenzó a cambiar. La psicología clínica en el campo de la intervención comienza a orientarse hacia un modelo de salud que puede ser muy preventivo en el sentido de prevenir alteraciones psicológicas, pero en esencia es promotor de mejores y más eficientes niveles psicológicos.

Se señalan algunos de los objetivos fundamentales que se pueden perseguir con una intervención psicoterapéutica: (Zaldívar, 2007)

- Modificación del comportamiento o de la situación conflictiva en cuestión.
- Ayudar al consultante a lograr una comprensión adecuada de la problemática y a desarrollar los recursos necesarios para enfrentarla.
- Propiciar el restablecimiento del bienestar psicológico del individuo, disminuyendo o eliminando las manifestaciones de trastornos emocionales, ansiedad, depresión y tensión.
- Modificación de la imagen de sí mismo, incluyendo la modificación de los sentimientos de inadecuación y la elevación y adecuación de la autoestima.
- Modificación del estilo de vida de la persona o reestructuración de la personalidad.
- La compensación del déficit, como por ejemplo la falta de determinada habilidad social, asertividad.
- Enfrentamiento de crisis existencial.
- Dificultades en el uso o abuso de drogas o alcohol.

Todo terapeuta debe tener presente los principios éticos por los cuales se debe regir su labor profesional, estos son los siguientes: (Zaldívar, 2007).

- El terapeuta debe sentir un interés sincero y auténtico por la persona a la cual presta ayuda.

- La persona debe confiar en el terapeuta y sentirse segura bajo su colaboración.
- La creación de un tipo de relación afectiva, sincera y segura, prepara el escenario psicológico necesario en el que la persona puede llevar a cabo los actos de elección y decisión mediante los cuales moldea su propia y característica personalidad.
- El terapeuta cuida de que la persona tome firmemente entre sus manos la responsabilidad de su propia vida, es decir, que tome sus propias decisiones.

En el campo de la psicología existen disímiles criterios a la hora de clasificar la psicoterapia, en cuanto a la unidad de intervención o destinatario se clasifica en psicoterapia grupal o psicoterapia individual.

Se asumen algunas diferencias entre ambas que según Roca, Vega y Zaldívar, (2004), son:

- A diferencia de la relación diádica paciente-terapeuta, el grupo se emplea como principal instrumento terapéutico.
- En la terapia grupal solo intervienen los sentimientos transferenciales y contratransferenciales, en el grupo los sentimientos grupales se hallan inevitablemente comprometidos en el proceso.
- Los estados de humor son contagiosos en los miembros del grupo, mientras que en la terapia individual el terapeuta no suele verse afectado por ellos.
- En la terapia grupal la realidad es co-construida por distintas perspectivas individuales; en la terapia individual hay un predominio del punto de vista del terapeuta.

Por ello, la psicoterapia grupal constituye una alternativa de tratamiento psicoterapéutico en la cual el propio grupo sirve como instrumento para el cambio. En esta el sujeto intercambia con su realidad, lo que le facilita la toma de conciencia, se siente apoyado, existe riqueza de feed-backs, pone en práctica nuevas actitudes, nuevos comportamientos en un ambiente protegido, de cierta seguridad psicológica y de colaboración.

El proceso de intervención de forma general incluye aquellas acciones profesionales específicas (prevención, orientación, psicoterapia, rehabilitación), estas conducen a un

resultado visible en la vida, la calidad de vida y el bienestar de las personas que reciben sus servicios, al influir para bien en la subjetividad, el comportamiento y la forma de estructurar el mundo de estas.(Roca, 2000).

Al realizar todo tipo de intervención psicoterapéutica es necesario medir su efectividad. Según el Diccionario Encarta (2009), la efectividad se alcanza al lograr el efecto que se desea o se espera. Es la capacidad que tienen las actividades y tareas de la intervención para alcanzar los objetivos y metas que ella misma define.

Por otro lado se plantea que “un tratamiento deja de ser eficaz para convertirse en efectivo cuando se pueden generalizar los resultados obtenidos en la investigación a situaciones clínicas reales”. (Becoña, 1999, Pág. 89).

Para constatar la efectividad de la intervención realizada es necesario el control de la satisfacción como un indicador dentro de la misma, por lo que se considera la efectividad de un tratamiento por el grado de satisfacción de un cliente o paciente con este. (Ferro, Vives, 2004; Roca, 2009).

La satisfacción se evalúa a partir de un enfoque clínico (psicoterapeuta y oncólogo-quimioterapeuta) y un enfoque por parte del paciente. La misma es la acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Cumplimiento del deseo o del gusto. (Diccionario Encarta, 2009).

Las pacientes con cáncer de mama no son las únicas que pueden beneficiarse con el tratamiento psicológico, también suelen ayudar a sus cónyuges, de quienes se espera brinden apoyo emocional y práctico, al mismo tiempo que afrontan sus propios sentimientos. Los niños, padres y amigos involucrados en el apoyo de la paciente también pueden beneficiarse con las intervenciones psicoterapéuticas.

La necesidad de tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico. De hecho, la recuperación emocional puede llevar más tiempo que la recuperación física y es a veces menos predecible. Si bien, la presión social para volver a la normalidad es intensa, las sobrevivientes del cáncer de mama necesitan tiempo para crear una nueva

imagen de sí mismas que incorpore la experiencia vivida y sus cambios corporales. Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ayudar a las mujeres a lograr ese objetivo y a aprender a sobrellevar problemas como el temor a la reaparición de la enfermedad y la impaciencia respecto a problemas más mundanos. (Pascual, 2010)

Según el Centro de Apoyo de la APA de la Asociación Americana de Psicología en el artículo "Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo", 2007, las intervenciones psicoterapéuticas, que son dirigidas a grupos, se esfuerzan por ayudar a las mujeres a adaptarse a sus diagnósticos; a sobrellevar el tratamiento y a aceptar el impacto de la enfermedad en sus vidas. Estas intervenciones ofrecen a los psicólogos una oportunidad de ayudar a las pacientes a entender mejor el cáncer de mama y su tratamiento.

En nuestro país se han realizado algunos tipos de intervenciones con mujeres con cáncer de mama, un ejemplo de esto es el Proyecto Alas, que se ejecuta en Ciudad de La Habana, donde se involucra la FMC Nacional y algunas instituciones culturales, que promueven la integración de estas mujeres.

En el 2005 fue aprobado en el Hospital Celestino Hernández Robau un proyecto Ramal encaminado a la rehabilitación integral de las pacientes mastectomizadas, dirigido por la investigadora principal Castillo, Z. y otros mastólogos como las doctoras Gómez, I, Navarro, M. y otros oncólogos que conforman el equipo; como fruto de esto se ha llevado a cabo numerosas investigaciones en aras tanto de la rehabilitación física como psicológica, ya en el 2009 y 2010 formando parte de una investigación para obtener el diploma de Licenciadas en Psicología (González, D, Pascual, Y y Aguilar, K.) crean las bases de una propuesta psicoterapéutica, cuyos lineamientos seguimos en nuestra investigación.

Capítulo II: Marco referencial metodológico

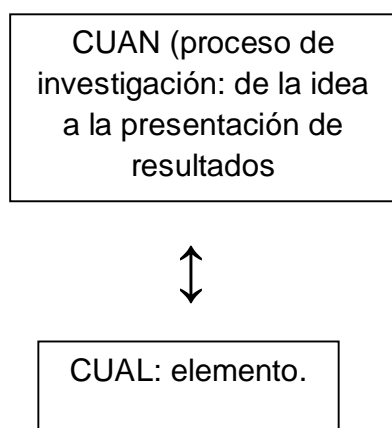
2.1 Estrategia general del trabajo.

Se desarrolló en seis etapas la investigación científica. Las mismas son:

- Revisión de la literatura científica existente sobre el tema objeto de estudio.
- Elaboración de los fundamentos teóricos de la problemática a investigar.
- Selección de la muestra.
- Diseño de la estrategia metodológica y ejecución de la misma.
- Análisis de los resultados de la investigación.
- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y anexos derivados de los resultados obtenidos en la investigación.

2.2 Paradigma, diseño de la investigación y tipo de estudio.

Partimos de un paradigma mixto de investigación, el mismo recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o en una serie de investigaciones para responder al planteamiento del problema. (Collado, Lucio y Sampieri, 2006). Específicamente se utiliza un diseño con enfoque dominante o principal, fundamentalmente cuantitativo con el apoyo de recursos y métodos cualitativos. Este tipo de diseño se puede reflejar de la manera siguiente:



Con este tipo de paradigma se logra una perspectiva más precisa, integral, completa y holística del fenómeno. Los datos obtenidos son más ricos y variados ya que se consideran diversas fuentes y tipos de datos. (Collado, Lucio y Sampieri, 2006).

Por otro lado, se realizó el estudio siguiendo un diseño cuasi-experimental, con pre-prueba y pos-prueba con grupo de control, con el objetivo de constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales (ansiedad y depresión) de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico.

Se utiliza este tipo de diseño ya que a pesar de aleatorizar las variables no se pueden controlar todas. Además se trabaja con un constructo psicológico esencialmente subjetivo y dependiente de las relaciones sociales.

Este tipo de diseño se puede ejemplificar de la forma siguiente:

R	G1	O1	X	O2
R	G2	O3	---	O4

También se utiliza un tipo de estudio correlacional-explicativo, ya que se compara la autovaloración, sus configuraciones y los estados emocionales de los grupos en las fases diseñadas, además estimula la variable independiente para que ocurran cambios en las dependientes y trata de explicar el comportamiento de esas variables en la muestra seleccionada.

El estudio transcurrió en las fases siguientes que se desarrollaron consecutivamente en el tiempo:

1ra Fase (pre-prueba): Diagnóstico inicial o pre-intervención de la autovaloración tanto en el grupo de estudio como en el grupo control, teniendo en cuenta el estudio de sus configuraciones (autoestima, autoimagen, autoconocimiento, autoaceptación, autorregulación y autoconcepto), de los indicadores de uso y de los estados emocionales (ansiedad y depresión), en pacientes con cáncer de mama antes de la intervención.

A estos grupos, para el diagnóstico de los procesos les fueron aplicadas las pruebas psicológicas siguientes: Entrevista semi- estructurada, observación participante, escala Dembo-Rubinstein (modificada), inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), inventario de depresión rasgo-estado (IDERE) y completamiento de frases (Rotter).

2da Fase: Aplicación de la intervención psicoterapéutica grupal para el grupo de estudio. Durante esta fase las pacientes del grupo de estudio, en el período de febrero-mayo 2011, son captadas por el grupo psicoterapéutico que transcurre paralelo a las consultas. Para el desarrollo de esta intervención se tuvieron en cuenta las bases teóricas-metodológicas siguientes:

- En el criterio de profesionales se constató predominio en la aceptación de la definición operativa del concepto de autovaloración y los indicadores de expresión, fundamentando una perspectiva amplia e integradora.
- Al valorar los indicadores de expresión de la autovaloración, los profesionales coinciden en aceptar el de autoconocimiento, seguido en un número menor los que señalan correspondencia entre logros y aspiraciones, entre la valoración de sí y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia, valoración de los demás hacia sí mismo, criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades en relación con exigencias del medio y del propio sujeto y por último en menor medida se planteó la autoestima, expresión de las principales tendencias motivacionales y orientadoras de la personalidad, en el autorreferente de sí mismo y su conducta y flexibilidad, que permitió la reelaboración de la definición operativa de autovaloración, para la futura implementación de la estrategia de intervención psicológica en mujeres mastectomizadas.
- Los especialistas encuestados consideran necesario en la elaboración una propuesta de intervención para potenciar la autovaloración en mujeres mastectomizadas teniendo en cuenta aspectos como autoestima, autoconocimiento, autoimagen corporal, aceptación de la enfermedad, apoyo familiar, relaciones de pareja, estrategias de afrontamiento y manejo de las frustraciones.

- Las principales necesidades de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama que se detectaron están relacionadas con el apoyo familiar, la comunicación con el especialista y la necesidad de ayuda psicológica.
- Para el cuidado de la enfermedad oncológica, las operadas por cáncer de mama consideran necesario incorporar a la intervención psicoterapéutica aspectos relativos a: conocimiento de la enfermedad, la alimentación y hábitos de higiene y sueño, el proceder quirúrgico, afrontamiento al dolor y tratamiento recomendado.
- A través de la comparación realizada entre los dos grupos muestrales; mujeres recién operadas y mujeres en control de la enfermedad, se estableció que no existen diferencias significativas en cuanto a las principales necesidades diagnosticadas, no obstante al profundizar en el grupo de mujeres mastectomizadas en control de la enfermedad oncológica refieren mayor necesidad de comunicación con el especialista que las atiende.
- Se evidencia en la muestra de ambos grupos que existe un deterioro de la autoimagen definido fundamentalmente a partir del proceso de elaboración de la pérdida de su esquema corporal.

Estas bases teórico metodológicas que sustentan la propuesta se encuentran esbozadas en las conclusiones a que arriban una serie de autores que desde el año 2008 investigan el tema. Ya en el año 2010 la autora Pascual. Y, elabora una propuesta de intervención psicoterapéutica para mujeres mastectomizadas por cáncer de mama dirigida a potenciar la autovaloración que posteriormente se valoró por criterio de expertos, resultando aprobada y es aplicada en su forma original a un grupo de mujeres en el trabajo de diploma, "Exploración de procesos autorreferenciales en pacientes preoperatorio con cáncer de mama y satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida". Las sugerencias recibidas fueron procesadas y aplicadas al documento de planificación de la intervención, que luego se ofrece para ser aplicado en una segunda fase a mujeres en fase de tratamiento quimioterapéutico hasta los cuatro meses posterior al diagnóstico, objeto de nuestra investigación.

3era Fase (post-prueba): Diagnóstico final o post-prueba para ambos grupos de la autovaloración, sus configuraciones e indicadores de uso y los estados emocionales

(ansiedad y depresión). En esta fase se utilizan las mismas pruebas de la primera fase, donde se realiza un primer corte de efectividad.

2.3 Criterios de selección de la muestra.

Asumiendo una población asociada a todas las pacientes con cáncer de mama no metastásico en estadio I, en el período de febrero-mayo de 2011, que cumplan el requisito de ser mujer, igual o mayor a 31 años y que acudieran a la consulta multidisciplinaria de patología de la mama, se incorporaron a la muestra las cinco primeras pacientes de cada consulta hasta completar las 30 pacientes de ambos grupos.

Estas fueron entrevistadas en la sala # 4 de atención al paciente quirúrgico oncológico, sala de quimioterapia y consulta externa multidisciplinaria.

Finalmente la muestra estuvo integrada por un total de 60 pacientes con cáncer de mama, distribuidas de la forma siguiente:

- **Grupo de estudio:** 30 pacientes.
- **Grupo control:** 30 pacientes.

El grupo de control se seleccionó utilizando el mismo muestreo pero bajo la variante de equivalencia tratando de parear las variables excepto la independiente.

Tabla para ilustrar la equivalencia inicial entre los grupos:

	G1	G2
Estado civil: Casada-----	21-----	21-----
Soltera-----	4-----	4-----
Viuda-----	5-----	5-----
Ocupación laboral: Trabajadora-15-----	15-----	14-----
Ama de casa15-----	15-----	16-----

Raza: Blanca-----23-----23

Mestiza-----4-----4

Negra-----3-----3

Rango promedio de edad: -----31-90-----31-90 años

Criterios de inclusión:

1. Mujer con enfermedad oncológica de la mama, no metastásica, en estadio I, con tratamiento quimioterapéutico.
2. Sin relación previa de ayuda psicológica profesional.
3. Sin trastornos mentales severos.
4. Que expresaran su voluntariedad en el consentimiento informado y accedieran a formar parte del grupo psicoterapéutico.

Criterios de exclusión:

1. Que no cumplieran los requisitos anteriores, metástasis diagnosticada, no dar su consentimiento informado, no comprensión de las tareas terapéuticas por deficiencias mentales o emocionales, experiencia psicoterapéutica anterior.
2. Fase de tratamiento diferente a la quimioterapia y sus combinaciones.

Criterios de salida:

1. Deterioro de su calidad de vida global.
2. Agravamiento de la enfermedad por metástasis.
3. Muerte.

2.4 Conceptualización y Operacionalización de las variables.

Variable independiente:

Intervención psicoterapéutica: es tomar parte de un asunto, intervenir en un conflicto, mediar, interponer uno su autoridad. Intervenir supone un proceso de mediación o interposición con el objetivo de ejercer una influencia y provocar un cambio. (P.Larousse, 1968).

La misma se apoya en diversos modelos a través de los cuales se trata de explicar el desarrollo y funcionamiento humano, tanto en lo patológico como en sus aspectos normales, basándonos en un daño que ya está instaurado.

Diseñada originalmente en el 2009 como resultado del trabajo de Diploma González, Castillo, D. y Mateu, Aguilar, K. (2009), con el título: Bases de una estrategia de intervención psicológica en mujeres mastectomizadas dirigida a potenciar la autovaloración, este proyecto se somete a un estudio piloto con mujeres recién mastectomizadas con menos de 1 mes de evolución y luego se toma en cuenta en el marco de otro trabajo de diploma con el título: “Exploración de procesos autorreferenciales, en pacientes preoperatorias con cáncer de mama y satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida”, de la autora Pascual, Y, y sometido posteriormente a criterios de expertos (Castillo, Z, 2010), sigue una estrategia grupal para la atención de pacientes con cáncer de mama, con el objetivo de constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales (ansiedad y depresión) (Anexo # 11) .

Dicha intervención ofrece la posibilidad de una atención individualizada o de pareja en caso de ser necesario para el control de las variables ajenas.

Variables dependientes:

- Autovaloración, (autoconcepto, autoestima, autoaceptación, autoconocimiento, autoimagen, autorregulación).
- Ansiedad y depresión.
- Efectividad de la intervención psicoterapéutica.

Autovaloración: es una configuración de la personalidad que integra articuladamente un concepto de sí mismo, generalizado, con relativa estabilidad, dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de la vida. Constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia, y supone además la presencia de valoraciones, vivencias sobre sí mismo, sobre los contenidos esenciales de su personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más

importantes en las cuales se implica afectivamente. Se trata de un proceso vivo, dinámico, organizado de reflexiones desde un compromiso altamente emocional en torno a un conjunto de marcos estables de referencia, (Fernández, 2002).

A partir de esta definición se establecen un grupo de indicadores que permiten comprender el contenido de la autovaloración:

1. Autoconocimiento: conocimiento que tiene el sujeto de sus fuerzas, capacidades mentales, vivencias, acciones, motivos y objetivos de su comportamiento, de su actitud hacia el medio y hacia las personas con las que interactúa donde se manifiesta la relación afectivo cognitivo, mediatizado por la personalidad.
2. Autoestima: percepción evaluativa que hace el sujeto de sí mismo, que implica una actitud positiva o negativa hacia sí mismo y sus actuaciones expresadas en un determinado grado de confianza, respeto, consideración, aceptación y amor incondicional de su propio yo.
3. Criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades en relación con exigencias del medio y del propio sujeto.
4. Expresión de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad, en el autorreferente de sí mismo y su conducta.
5. Flexibilidad: capacidad que tiene el sujeto para ajustarse a su situación real de vida.
6. Correspondencia entre logros y aspiraciones: Adecuación, reconocimiento de las posibilidades reales y justa valoración de los logros y aspiraciones.
7. Valoración de los demás hacia sí mismo: Creencia sobre lo que los demás opinan de sí mismo, valoración de pertinencia de esta.
8. Correspondencia entre la valoración de sí y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia: Evaluación del equilibrio entre las demandas y posibilidades reales de existencia y desempeño.

Se clasificará de la siguiente forma:

- **Autovaloración adecuada:** Configuración personológica donde se integran:

a) Riqueza de contenido: Posibilita al sujeto orientarse conscientemente y con apropiada previsión en todas las esferas de su actividad.

b) Flexibilidad: Posibilidad de asimilar elementos autovalorativos disonantes, no acordes a la tendencia general de la personalidad, así como analizar y asimilar resultados contrapuestos a las expectativas personales.

c) Integridad: Revela la tendencia de la autovaloración a mantener su estabilidad y sus particularidades cualitativas a pesar de que los resultados en la actividad en ocasiones, no se correspondan con el nivel de aspiraciones propuestos por el sujeto.

d) Autoestima:

- **Media:** Permanecer tolerante. Posee una visión de sí mismo y de sus capacidades realista y positiva. Se comunica con facilidad y le satisfacen las relaciones sociales, valora la amistad y tiene iniciativa para dirigirse a la gente.
- **Alta:** Estar orgulloso de ser quien es, de querer a la persona tan única que es. Aceptar sus éxitos y fallos, mantener la confianza en sí mismo. Permanecer tolerante. Posee una visión de sí mismo y de sus capacidades realista y positiva. No necesita de la probación de los demás, no se cree ni mejor ni peor que nadie. Muestra sus sentimientos y emociones con libertad. Afronta los nuevos retos con optimismo, intentando superar el miedo y asumiendo responsabilidades. Se comunica con facilidad y le satisfacen las relaciones sociales, valora la amistad y tiene iniciativa para dirigirse a la gente. Sabe aceptar las frustraciones, aprende de los fracasos, es creativo e innovador, le gusta desarrollar los proyectos y persevera en sus metas.

e) Autoconocimiento:

- **Adecuado:** Conoce su capacidad de lucha y valor intrínscico. Valora sus potencialidades reales de enfrentamiento a la enfermedad y su control, toma en cuenta sin pesimismo sus debilidades.

f) Autoaceptación:

- **Si:** Identifica y acepta sus cualidades y defectos. Considera aceptable su situación actual y se dispone a luchar por preservar sus fortalezas espirituales. Asume los problemas como retos a enfrentar y valora las posibilidades reales de triunfo.

g) Autoimagen:

- **Aceptación:** Acepta los cambios corporales propios de la edad, y de la enfermedad, así como de la mastectomía como procesos normales en la situación de salud en que se encuentra, jerarquizando la vida y su disfrute sobre la belleza estética, pondera las cualidades humanas sobre las tendencias de belleza.

h) Autorregulación:

- **Si:** Sentimientos de lucha y Aceptación, reacciones emocionales normales.

i) Autoconcepto:

- **Adecuado:** Se reconoce como mujer, madre y esposa, consciente de su femineidad, valor personal y capacidad de lucha frente a la enfermedad y las adversidades. Reconoce sus virtudes y defectos fundamentales y considera la forma de emplearlos en el enfrentamiento a la situación de salud que vive y en aras de su felicidad personal.
- **Autovaloración inadecuada:** Configuración personológica que se manifiesta en dos variantes:

1) Autovaloración inadecuada por exceso de sobrevaloración: Hace referencia a la proposición de metas elevadas por el sujeto con respecto a sus posibilidades reales, expresando una fuerte y elevada reacción emocional ante los fracasos. Puede asociarse a características personológicas tales como: prepotencia, autosuficiencias, y autoritarismo.

2) Autovaloración inadecuada por defecto o subvaloración: Los objetivos propuestos por el individuo se encuentran por debajo de sus posibilidades reales, no se establece un nivel de pretensiones que estimule al sujeto en la realización de una actividad concreta. En sí mismos, carecen de autodesarrollo, pueden aparecer características de personalidad, tales como: pesimismo, minusvalía, y estancamiento, el desaliento precede el enfrentamiento a la actividad. Además existe:

a) Autoestima:

- **Baja:** Falta de confianza en sí mismo, bajo rendimiento, visión distorsionada de uno mismo y de los demás. Una vida personal infeliz. Se comunica con dificultad, valora la amistad, pero no tiene iniciativa para dirigirse a la gente.

b) Autoconocimiento:

- **Inadecuado:** Contrario a lo anterior, desconoce su capacidad de lucha y valor intrínstico.

c) Autoaceptación:

- **No:** Contrario a lo anterior no acepta los cambios, se resiste al enfrentamiento, mantiene una actitud pasiva, ve los problemas como amenazas de muerte.

d) Autoimagen:

- **No aceptación:** No acepta los procesos a los que está sometida, lo que le crea sentimientos de disconfort muy fuertes.
- **Indefinida:** Aún no entiende a cabalidad lo que viene sufriendo su cuerpo y a la situación de pérdida y disminución de su integridad a la que se enfrenta.
- **Reconstruida:** Reconceptualiza su identidad a partir de las cualidades físicas, espirituales y psicológicas de sí mismo y las integra a las transformaciones que deja como secuela la vida, la enfermedad y su control.

e) Autorregulación:

- **No:** Negación, reacciones emocionales psicopatológicas.

f) Autoconcepto:

- **Inadecuado:** Reconoce sus virtudes y valores sólo en provecho de otras personas, hijos, esposo, familiares.

Ansiedad: Es una experiencia vivencial afectiva del ser humano. Se corresponde con un estado de alerta del organismo ante estímulos o situaciones que se perciben como amenazantes.

Ansiedad - estado:

$$\sum RP - \sum RN + 50 = AE$$

Ansiedad - rasgo:

$$\sum RP - \sum RN + 35 = AR$$

RP- Reactivos positivos

RN-Reactivos negativos

- **Baja** (menos de 30 puntos)
- **Media** (30-44 puntos)
- **Alta** (más de 44 puntos)

Depresión: La palabra depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Estado afectivo negativo, tristeza, apatía, desesperanza. La depresión es una enfermedad curable.

D. Estado: (A-B) +50

___ **Alto** ($> = 43$)

___ **Medio** (35-42)

___ **Bajo** ($< = 34$)

D. Rasgo: (A-B)+50

___ **Alto** ($> = 47$)

___ **Medio** (36-46)

___ **Bajo** ($< = 35$)

Efectividad de la intervención: Se define como el logro de lo que se espera o desea. Es la capacidad que tienen las actividades y tareas de la intervención para alcanzar los objetivos y metas que ella misma define. Para constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica recibida se tienen en cuenta el cumplimiento de sus objetivos y se realiza al final de la misma, un análisis de la satisfacción desde un enfoque clínico y otro desde la perspectiva subjetiva y vivencial del paciente, luego de haber transcurrido 4 meses de tratamiento.

La satisfacción se define como: Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Cumplimiento del deseo o del gusto.

Desde el punto de vista del paciente se aplicó una encuesta de satisfacción para analizar la efectividad de la intervención en un primer corte, cuya evaluación final se realizará luego de 8 meses como parte de un proyecto de tesis doctoral. En dicha encuesta se analizan cualitativamente mediante el método de análisis de contenido variables como: autoimagen, tristeza, irritabilidad, autoaceptación, autoestima, ansiedad y otras que fueron corroboradas al final de la intervención por parte del psicoterapeuta y el oncólogo-quimioterapeuta, a través del comportamiento de las pacientes. Además a este último se le aplica una entrevista psicológica semi-estructurada para constatar la satisfacción y por ende la efectividad de la intervención. Para este análisis se tomaron rangos que van desde satisfecho a no satisfecho mediante escalas de tipo Lickert, para comprender cómo se sintieron durante las actividades grupales facilitadas a través de la multimedia creada a los efectos, sus gustos y preferencias por las técnicas utilizadas, también se recabó su ayuda para que nos brindaran sugerencias que pudieran perfeccionar nuestro trabajo.

Variables ajenas:

- Quimioterapia: Produce efectos secundarios inesperados, de rápida presentación, para lo que no es posible prepararse con anticipación y muchos entrañan severidad suficiente en la amenaza de la vida.
- Eventos potencialmente psicopatógenos: Estos eventos inesperados por las pacientes ocasionan cambios en el desempeño de las mismas ajenos al tratamiento. Uno de los más importantes es el divorcio debido a la ausencia al hogar durante 8 meses y la muerte de algún familiar inesperadamente.
- Altos costos económicos de la concurrencia al hospital y de la alimentación del enfermo: Muchas de estas pacientes no viven en Santa Clara, por lo que, tanto ellas como su familia, tienen que transportarse durante los 8 meses del tratamiento, generando altos costos económicos. También dada las reacciones gastrointestinales del tratamiento, la dieta es especial, para la cual los alimentos resultan costosos.
- Curso natural de la enfermedad: El cáncer de mama ocasiona recaídas frecuentes de manera rápida y agresiva.

Otras variables intervinientes que han sido objeto de estudio de la investigación son las siguientes:

Edad: Se tomó la cantidad de años, sin tener en cuenta los meses, agrupándose en clases de 10 años, quedando de la siguiente manera:

- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- 71-80

Estado civil: Donde contemplando el estatus legalmente reconocido por el Código Civil de la República de Cuba, se clasifica en **Casada, Soltera, Viuda.**

Ocupación laboral: Se distribuyeron en: **amas de casa y trabajadoras.**

Raza: Se agruparon en: **Blanca, Mestiza y Negra.**

2.5 Descripción de los métodos y técnicas psicológicas empleadas.

2.5.1 Métodos teóricos de la investigación.

La conformación de una teoría que explique la construcción del conocimiento desde las propias necesidades del cliente presupone abstraer un conjunto de características y relaciones de las necesidades como proceso dinámico y profundizar en las relaciones esenciales y cualidades fundamentales del fenómeno psicológico que se investiga.

- **El Método Dialéctico- materialista** es el método teórico más general y su utilización es muy amplia en todas las ciencias, se utiliza para descubrir las contradicciones, establecer tendencias y valorar el papel de las necesidades como motivación para el conocimiento.
- **El Método Histórico - Lógico.** Este método se utiliza para estudiar toda la trayectoria histórica de la psicología aplicada al abordaje de las enfermedades crónicas en Cuba, específicamente el cáncer de mama, así como el manejo de la enfermedad con una perspectiva psicosocial, basado en la comprensión de las regularidades de su desarrollo psicológico.

- **El Método Analítico - Sintético.** El método analítico sintético se aplica en el tratamiento teórico de la temática investigada a partir de un estudio documental y de casos que permite profundizar el conocimiento de este asunto que ha sido poco estudiado.
- **El Método Inductivo - Deductivo.** A través de este método se logra inferir el conocimiento y llegar a generalizaciones acerca del tránsito de lo particular a lo general y también va de aseveraciones generales a otras de carácter particular del objeto mediante pasos caracterizados por no tener contradicciones lógicas.
- **El Método Sistémico.** El método sistémico permite modelar el objeto de esta investigación atendiendo al conjunto de relaciones que se establecen en ella, así se determinaron los indicadores y variables que la caracterizan y sus relaciones lo que permitió arribar al producto final y a conclusiones.

2.5.2 Descripción de las pruebas psicológicas utilizadas.

Revisión de Historias Clínicas Individuales: Como la historia clínica es un documento donde se recogen los datos generales, clínicos y patológicos del paciente, para que pueda ser conocido por cualquier miembro del equipo de salud, las enfermedades y evolución del paciente, es la razón por la cual se realiza la revisión de este documento, con el objetivo de extraer los datos que se necesitan para el desarrollo de esta investigación.

Entrevista psicológica semi-estructurada: (Anexo # 2 y # 10)

Existen múltiples tipos de entrevistas psicológicas, en la investigación utilizaremos la semiestructurada, a partir de un protocolo elaborado con anterioridad, pero ofreciendo grados de libertad al entrevistado en las respuestas que ofrece sobre el tema abordado.

Este tipo de entrevista permite libertad en la formulación de las preguntas, buscar líneas alternativas de interrogatorio e interpretar las respuestas. Son especialmente útiles cuando se necesita obtener información detallada acerca de cuestiones psicológicas o problemas físicos específicos, donde siempre se debe enfocar en el entrevistado.

La entrevista semi-estructurada puede adaptarse a casi cualquier área o situación problemática y puede producir información espontánea.

Anexo # 2: Objetivo:

ü Profundizar en el estudio de la autovaloración y sus configuraciones, a partir de los indicadores de uso.

Anexo # 10: Objetivo:

ü Conocer la satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida desde un enfoque clínico, teniendo en cuenta el criterio del oncólogo-quimioterapeuta y del propio psicoterapeuta.

ü Constatar la efectividad de la intervención.

Anexo # 2 y # 10: Materiales:

ü Protocolo de la entrevista

ü Hojas de papel.

ü Lápiz.

Anexo # 2: Procedimiento: después de las palabras iniciales de presentación y explicación del intercambio se procedió a desarrollar la entrevista psicológica semiestructurada.

Anexo # 10: Procedimiento: luego de la intervención en la última sesión se aplica la entrevista al equipo médico.

Anexo # 2: Calificación e interpretación: Se realiza mediante un análisis de contenido utilizando los indicadores de uso y codificando los datos obtenidos según objetivo de la técnica. Con el análisis e interpretación de los resultados, el entrevistador ordena, relaciona extrae conclusiones relativas al problema estudiado.

Anexo # 10: Calificación e interpretación: se realiza cualitativamente mediante un análisis de contenido, a través de escala de tipo Licket, para conocer la opinión de los médicos sobre la evolución de las pacientes, la adecuación de la autovaloración y atenuación de los estados emocionales.

Observación participante: (Anexo # 7)

Es definida como un proceso en el cual la presencia del observador en la situación social es mantenida para fines de investigación científica. En la medida en que el observador acompaña las experiencias diarias de los sujetos, puede intentar aprehender su visión del mundo, es decir, el significado que ellos atribuyen a la realidad que los rodea y a sus propias acciones propiciando el diálogo y la participación y trabajando para obtener una concreta evaluación.

La observación participante se llevó a cabo en nuestra investigación con el objetivo de observar las diversas manifestaciones de las emociones en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama durante la intervención psicoterapéutica, así como en la caracterización de las peculiaridades de la autovaloración a través del comportamiento.

Encuesta de satisfacción con la intervención para pacientes: (Anexo #9)

Se realiza mediante la interacción directa o indirecta con el encuestado, por lo cual de algún modo a esa persona o grupo de ellas se le debe pedir su contribución a la investigación.

Se aplicó a mujeres con cáncer de mama que integraron el grupo psicoterapéutico, donde expresan sus opiniones para constatar la efectividad de este proceso. Se propone un cuestionario que busca información cualitativa, ofreciendo opciones al encuestado y considerando los elementos que el mismo desee agregar, la cual tiene como objetivos conocer la satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida y evaluar el comportamiento de las variables en estudio.

Escala Dembo Rubinstein (Modificada) (Anexo # 3)

Descripción: Esta escala fue originalmente creada por el psicólogo norteamericano TV. Dembo y luego modificada por SL. Rubinstein (1970) con el objetivo de conocer autovaloración y conciencia de la enfermedad en un sujeto. Para nuestra investigación se orientaron los indicadores: salud, felicidad, carácter, inteligencia, presencia personal, optimismo, conocimiento de sí, autoestima, autoconfianza. La escala consta de 9 parámetros que miden diferentes aspectos de la personalidad, se ubican en un talonario con líneas verticales de igual tamaño (15cm), las que se identifican con cada indicador. Los indicadores

para la escala se tomaron teniendo en cuenta la revisión teórica de las tesis anteriores dirigidas a este mismo objeto de estudio. (Queipo, L. Autovaloración y estilos de afrontamiento en mujeres recién mastectomizadas. Trabajo de Diploma. Lic. en Psicología. UCLV. 2008; y Exploración de procesos autorreferenciales, en pacientes preoperatorias con cáncer de mama y satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida. Trabajo de diploma. Lic. En Psicología. 2010.

Procedimiento:

Se instruye al sujeto de que en cada línea se ubican todas las personas ordenadas, desde las que en menor grado poseen el indicador que preside la línea en el borde inferior, hasta las que lo poseen en mayor grado ubicándose en el borde superior. El sujeto debe marcar con una cruz su posición en el segmento de la recta y responder ¿por qué se ubica en ese lugar? ¿Qué le falta para llegar a la cima?

Materiales:

Se utiliza un talonario con escalas, cada una con una categoría y una hoja para recoger las explicaciones del sujeto.

Calificación:

El análisis es cuantitativo y cualitativo, se realiza de acuerdo con la ubicación que nos da el paciente, según los niveles que se le dan y sus respuestas en el interrogatorio, lo cual permite encontrar si hay correspondencia o no entre lo expresado por el sujeto y la ubicación que da. Esto nos señala la tendencia general de la autovaloración que él posee: sobrevaloración, subvaloración o autovaloración adecuada. El análisis se realiza teniendo en cuenta que las personas ajustadas con autovaloración adecuada (existiendo en ellas correspondencias entre el nivel de aspiraciones y las posibilidades reales para alcanzar las metas), tienden a ubicarse en la zona media, mientras que las personas con autovaloración inadecuada tienden a ubicarse en los extremos.

Inventario de Ansiedad rasgo y estado (IDARE), (Anexo # 4)

Descripción:

Esta técnica es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975), la cual constituyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad como rasgo y la llamada ansiedad como estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, aunque posteriormente demostró ser útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. En nuestra investigación empleamos la variante de Spielberger, R. Díaz Guerrero, A. Martínez Urrutia, F. González Reigosa y L. Natalicio, modificada por J. Grau y B. Castellanos, Constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales.

Esta prueba consiste en un total de cuarenta expresiones que los sujetos usan para describirse, veinte preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad peculiar (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante el experimentador se cerciorará de que el sujeto haya comprendido cabalmente las mismas, pues de ello depende la validez de los datos, para ello dirigirá la atención del sujeto hacia el hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario, y se recalca al examinado la instrucción de ahora mismo, en estos momentos, para la escala ansiedad-estado y de habitualmente para la escala ansiedad-rasgo, teniendo mucho cuidado de no influir en las respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además se vigila cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.

Calificación:

La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en cada una de las escalas varía desde una puntuación mínima de 20 hasta un máximo de 80. La calificación cuantitativa de la

prueba se realiza teniendo en cuenta cuáles son los reactivos directos (+) e invertidos (-) para cada una de las escalas. Como reactivo directo se considera aquel que indica un alto nivel de ansiedad de forma directa. Por ejemplo: una valoración de 4 para el reactivo “estoy tenso” implica un alto nivel de ansiedad. Los invertidos se formulan de manera tal, que una valoración muy alta indica poca ansiedad, por ejemplo: “me siento bien”.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizaron los parámetros siguientes:

Ansiedad - estado:

$$\sum RP - \sum RN + 50 = AE$$

$$\sum RP - \sum RN + 35 = AR$$

RP-Reactivos positivos

RN-Reactivos negativos

Las constantes que se suman en ambas fórmulas (50 y 35) se obtienen al multiplicar el número total de reactivos inversos en cada escala por cinco. A través de esta constante se revierte automáticamente el peso de las respuestas para cada reactivo.

Una vez obtenida la puntuación requerida se lleva a la siguiente escala, por lo que su análisis es cuantitativo.

Nivel de ansiedad:

- Baja (menos de 30 puntos)
- Media (30-44 puntos)
- Alta (más de 44 puntos)

Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) (Anexo # 5)

Descripción:

El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado por los autores Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau R, para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).

La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar, de manera rápida, a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta: No, en lo absoluto (que vale 1 punto), Un poco (vale 2 puntos), Bastante (vale 3 puntos) y Mucho (vale 4 puntos).

La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos y además ofrece información sobre la estabilidad de estos síntomas. Consta de 22 ítems que también, adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: casi nunca (que vale 1 punto), algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 20 y 88 puntos para la escala rasgo.

Material de la prueba:

Cuadernillo de aplicación, hojas de respuesta, plantillas de calificación y manual de aplicación.

Calificación:

Los ítems pueden tomar valores de 1 a 4 puntos. Para la escala estado, se otorga 1 punto a la respuesta No, en lo absoluto; 2 a la respuesta Un poco; 3 a la respuesta Bastante y 4 puntos a la respuesta Mucho. Diez ítems son positivos con respecto a la depresión actual, mientras que los otros 10 son contradictorios.

Para la calificación se debe obtener la sumatoria de los ítems positivos de depresión y la sumatoria de los ítems negativos de depresión. A la diferencia entre ambos subtotales se le suma el valor 50, que fue obtenido de los análisis estadísticos efectuados para la construcción, con el fin de estandarizar las puntuaciones.

La cifra obtenida es el grado de depresión actual y se considera baja si es menor o igual a 34, media si está entre 35 y 42 y alta si es mayor de 42. Más adelante, se explica con mayor detalle, el proceso de calificación.

Para la calificación de la escala rasgo se procede de manera similar, aunque los puntos de corte son diferentes.

Interpretación:

Se interpreta cuantitativamente en donde, tanto la depresión estado como la depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas. Las cifras que están cercanas a los puntos de corte pueden resultar de interés, pero realmente tienen valor diagnóstico los valores superiores a 50.

Altos niveles de depresión como estado no necesariamente indican que la persona tenga un trastorno depresivo, pues es frecuente encontrarlos en personas con enfermedades crónicas o en personas que están atravesando por una situación estresante o que han sufrido una pérdida reciente, como el caso de las reacciones de duelo. Es recomendable que las personas que obtengan valores altos en el IDERE-E sean valoradas en consulta médica o psicológica para precisar el diagnóstico.

Los valores altos en el IDERE-R indican que la persona tiene tendencia a sufrir estados depresivos como respuesta a situaciones estresantes. Son frecuentes en personas que han padecido un trastorno depresivo y en sujetos neuróticos.

Áreas de aplicación:

El IDERE se ha diseñado básicamente para su aplicación en los ámbitos clínicos, tanto en enfermos crónicos, en pacientes psiquiátricos, etc. No obstante, también puede utilizarse en cualquier otra área en la que se quiera identificar rápidamente a personas con síntomas depresivos (IDERE-E) o a personas con propensión a la depresión (IDERE-R), en este sentido, puede resultar útil en tareas de selección y evaluación de personal, tal y como se ha visto en los estudios sobre Burnout en profesionales de la salud, así como en contextos educativos.

Calificación IDERE:

D. Estado

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19= B$$

$$(A-B)+50=$$

___ **Alto** ($> = 43$)

___ **Medio** (35-42)

___ **Bajo** ($< = 34$)

D. Rasgo

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 =A$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21=B$$

$$(A-B)+50=$$

___ **Alto** ($> = 47$)

___ **Medio** (36-46)

___ **Bajo** ($< = 35$)

Completamiento de frases (Rotter) (Anexo # 6)

Descripción:

Esta metódica pertenece al grupo de técnicas de asociación de frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y usadas es la del test de Rotter, el cual muestra varias palabras que deben ser completadas con otras por parte del sujeto y con ello terminan y dan sentido a una oración.

La técnica parece haber sido creada por Payne en 1928, algunos autores como Álvarez Villar consideran que pierde eficacia cuando se hace por escrito, prefiriéndola oralmente; Rotter y Wellerman recomiendan utilizarla de forma escrita.

Esta técnica es sumamente efectiva en la búsqueda de conflictos en la personalidad del individuo y permite a su vez, inferir algunas características del sujeto, de su personalidad, intereses, fantasías, sueños, frustraciones, aspiraciones, temores, preocupaciones, etc. Tiene la ventaja de que al ser respuestas libres, pueden expresar verdaderamente la complejidad del mundo interno del sujeto, sin estar influenciadas por restricciones del investigador.

El análisis psicológico de esta prueba es puramente cualitativo y permite sacar a la luz sentimientos y actitudes, sus contenidos y características. Además, se observa la presencia de información referente a otros procesos psíquicos que también se ponen de manifiesto.

Procedimiento:

Al paciente se le entrega un modelo donde se recogen los ítems establecidos con sus correspondientes instrucciones. El sujeto debe llenar las oraciones mientras el experimentador observa sus reacciones físicas vinculadas con los comentarios alrededor de la tarea, vacilaciones, etc.

Materiales:

Se emplea un modelo de 51 frases incompletas y una raya al lado, donde el sujeto escribe para completarlas.

Interpretación:

Se realiza un análisis de forma cualitativa. Luego de un estudio detallado de las respuestas a cada ítem, se ponen en claro las actitudes y sentimientos manifestados por los sujetos.

Análisis de contenido: El análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa. Es una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto. Analizando el mensaje podemos, no sólo evaluarlo como tal, sino derivar información para caracterizar al emisor, a la vez que obtenemos elementos para prever sus posibles efectos sobre el receptor, es decir, posibilita abarcar de cierta forma todo el proceso de difusión, estudiarlo y extraer conclusiones. Su uso nos permite:

1. Descubrir tendencias en el contenido de las comunicaciones.
2. Develar diferencias.
3. Comparar mensajes.
4. Identificar estándares de comunicación (políticas, normas, etc.)
5. Medir la claridad de los mensajes.
6. Descubrir estilos de comunicación.
7. Identificar intenciones.
8. Descifrar mensajes ocultos.
9. Revelar "Centros de Interés".
10. Anticipar respuestas a comunicaciones.
11. Reflejar actitudes, valores y creencias de personas y grupos.

2.6 Procedimiento de la investigación:

Para el desarrollo de la primera sesión se partió de la revisión de la historia clínica con el objetivo de obtener los datos demográficos necesarios como edad, ocupación laboral, raza, y estado civil, además de corroborar el diagnóstico de la enfermedad. Luego se aplica el consentimiento informado y las pruebas y métodos psicológicos empleados para obtener el diagnóstico inicial o pre-intervención.

En las próximas sesiones se aplicó la intervención psicoterapéutica para pacientes con cáncer de mama en el grupo de estudio con el objetivo de potenciar la autovaloración y la adecuación de estados emocionales (ansiedad y depresión). En la misma se realiza una segunda tarea en el período de quimioterapia, donde se utiliza como instrumento principal en la intervención, una multimedia que continuará enriqueciéndose como parte de un proyecto de tesis doctoral, llamada "Conjugando amor y salud" realizado por Castillo, Z, 2011. En esta multimedia consta de una interfaz muy atractiva y dinámica, se estructura en 4 encuentros, uno de bienvenida y encuadre y los restantes de desarrollo y evaluación de proceso que se van llevando articuladamente gracias a las técnicas psicodiagnósticas empleadas, en los mismos se va desarrollando de forma orgánica y coherente los contenidos escogidos, se les explica la anatomía de la mama, qué es el cáncer de mama, sus síntomas fundamentales, el tratamiento a seguir, consejos útiles sobre alimentación, ejercicios, sueño y relajación para fomentar los conocimientos de las pacientes, para ello se estructuran en un formato grupal de modalidad abierta, donde se realizan técnicas grupales de contenido afectivo-vivencial, con base en el método materialista dialéctico, que promueven reflexiones grupales y facilitan la consecución de las metas terapéuticas trazadas con la ayuda del terapeuta y la colaboración grupal, entre las técnicas centrales tenemos: "Te queremos, Abrazoterapia, Agradezco", musicoterapia, técnicas de relajación y desactivación fisiológica, visualización y debate de videos educativos entre otras. También la multimedia contiene una Guía psicoeducativa para pacientes con cáncer de mama, la cual se propone enseñarlas a controlarse emocionalmente y a obtener un conocimiento más profundo de su enfermedad. Con todo esto se trata de lograr un clima agradable, de confianza, basado en una relación empática que les permite a las pacientes expresar sus sentimientos, emociones con otras

personas que se encuentran atravesando por la misma situación, tornando las emociones de miedo y preocupación en un estado positivo de bienestar y colaboración.

Posterior a la intervención en el resto de las sesiones se realiza un diagnóstico final o post-intervención donde se aplican las mismas pruebas y métodos psicológicos con el objetivo de constatar la adecuación de la autovaloración y atenuación de los estados emocionales

En la última sesión de cada participante se evalúan los resultados de la intervención brindando un primer corte de efectividad desde la satisfacción percibida por parte del paciente y del equipo médico incluido el psicoterapeuta.

2.7 Interpretación de los datos.

La interpretación de los resultados se realiza a través de un análisis fundamentalmente cuantitativo, apoyándonos en recursos y métodos cualitativos partiendo de las particularidades del tipo de diseño empleado.

- **Análisis cuantitativo:** Los resultados analizados cuantitativamente fueron introducidos en una base de datos, y procesados mediante el paquete estadístico "*Statistical Package for Social Sciences*" (SPSS), versión 13.0 para Windows. La esencia de una muestra tomada de forma probabilística sistemática para la cual se utilizó un procedimiento de control de variables cuantitativas exige del uso de los test no paramétricos; en este caso ha sido empleada la prueba de signos de Wilcoxon, la misma es una prueba que manipula variables cualitativas ordinales donde relaciona un antes y un después, esta se utiliza para corroborar los cambios en la autovaloración del grupo de estudio en la etapa pre-prueba y pos-prueba. Para ello se trabaja con las hipótesis estadísticas siguientes:

-H₀: No existen diferencias en el grupo de estudio en cuanto al comportamiento de la autovaloración y los estados emocionales en la etapa pre-prueba y post-prueba.

-H₁: Existen diferencias en el grupo de estudio en cuanto al comportamiento de la autovaloración y los estados emocionales en la etapa pre-prueba y post-prueba.

Además se utilizan tablas de frecuencia para definir los datos demográficos y tablas de contingencia para comparar las variables estudiadas (configuraciones de la autovaloración y estados emocionales), teniendo en cuenta varios valores.

- **Análisis cualitativo:** Se trianguló con las diferentes técnicas y métodos utilizando el análisis de contenido, también desde las fuentes (paciente, psicoterapeuta y oncólogo quimioterapeuta), por lo tanto existe una fuente interna y externa.

2.8 Aspectos éticos de la investigación.

Se contó con la previa autorización de las autoridades del centro para realizar el estudio, todos los pacientes que participaron en la investigación fueron debidamente informados de la confidencialidad de los datos aportados, en todos los casos se les instruyó exhaustivamente de las instrucciones para el llenado de las técnicas y métodos aplicados. Todas las sometidas a estudio dieron su consentimiento para la publicación del mismo

Capítulo III: Análisis y discusión de resultados

A partir de las calificaciones primarias de cada prueba, se logró realizar el análisis de los resultados teniendo en cuenta datos triangulados que integraban resultados de diferentes pruebas psicológicas.

Los datos demográficos obtenidos en la entrevista semiestructurada (véase anexo 2) fueron muy similares, tanto en el grupo de estudio como en el grupo de control, por lo que se logró una equivalencia intencional entre los datos. Se pudo conocer que el mayor porcentaje de estas mujeres está comprendido entre las edades de 41 a 50 y 51 a 60 años, representando el 26.7 % y el 40.0 % en ese mismo orden, (véase anexo 12 tabla 3). Lo antes planteado coincide con los hallazgos en la literatura revisada donde se plantea que el cáncer de mama es más frecuente en la segunda edad, debido a los cambios hormonales que trae consigo la menopausia en la mujer.

En cuanto al estado civil, existe un predominio en la muestra de mujeres casadas que conviven con su pareja e hijos, con una frecuencia del 70.0 %, vivenciado como apoyo económico, afectivo, de protección y ayuda adecuado. Recordemos que la familia es fuente primaria en lo que concierne a la atención de la salud, factor de protección contra el estrés, la ansiedad y la depresión ante la enfermedad e incluso prevee la posibilidad de enfermar, cuidando de los estilos de vida de sus miembros. En una enfermedad tan debilitante como el cáncer de mama con tratamientos tan intensos, el apoyo y protección familiar alcanza carácter de necesidad básica, ya que cada uno de sus miembros contribuye a su cuidado y recuperación. (Villavicencio, 2001; Ares, P. 2004), el 13.3% lo representa las solteras y el 16.7% las viudas (véase anexo 12, tabla 3).

En cuanto a la ocupación laboral existieron algunas diferencias, se pudo observar que en el grupo de control el 51.6% representa a las amas de casa y el 45.2% a las trabajadoras, mientras que en el grupo de estudio coinciden en un 50.0%. Las amas de casa están más propensas a la pérdida del vínculo social, necesario para una mejor recuperación de su estado de salud físico y psíquico, (véase anexo 12 tabla 3). La desvinculación laboral aunque es obligatoria en los primeros tiempos de tratamiento y control de la enfermedad, luego de transcurrido aproximadamente 1 año según la evolución individual muchas de ellas pueden

volver a incorporarse al trabajo, lo que seguramente contribuye a lograr una mayor sensación de bienestar.

En lo referente al color de la piel, se obtuvo en ambos grupos que esta enfermedad predomina en las mujeres blancas, representando en la muestra el 76.7%, solamente el 13.3 % lo acompaña la raza mestiza y el 10.0% lo representa la raza negra (véase anexo 12 tabla 3). En nuestra provincia según la oficina nacional de estadística, existe un notorio predominio de la raza blanca sobre las otras, por lo que la casuística puede reflejar esta situación demográfica.

Los resultados alcanzados en las etapas de trabajo para ambos grupos fueron obtenidos en la consulta multidisciplinaria de patología de la mama, en la sala # 4 para pacientes pre y pos-quirúrgicas y en la sala de quimioterapia. Esta última fue la más utilizada para alcanzar los objetivos ya que las pacientes se encontraban atravesando por este tipo de tratamiento, predominando la quimioterapia curativa para conseguir el control del tumor y la quimioterapia coadyuvante con el objetivo de esterilizar células residuales locales o en circulación luego de la cirugía. La quimioterapia es un tratamiento agresivo debido a los efectos secundarios que ocasiona, como la caída del cabello, mareos, vómitos. Al principio de la investigación resultó un poco difícil trabajar con la muestra debido al contexto en el cual se encontraban, mostraban inseguridad, pocos deseos de hablar y preguntaban sobre el tratamiento que estaban recibiendo. Posteriormente querían estar acompañadas y necesitaban la presencia de alguien del equipo en la sala, además enriquecieron los conocimientos sobre la enfermedad de forma general.

En la 1ra fase (pre-prueba): Diagnóstico inicial o pre-intervención para ambos grupos se evaluó la autovaloración y sus configuraciones (autoaceptación, autoimagen, autorregulación, autoconcepto, autoestima, autoconocimiento), teniendo en cuenta los indicadores de uso (véase anexo 8), así como el comportamiento de los estados emocionales (ansiedad y depresión).

Para el análisis de la autovaloración se utilizaron tres pruebas psicológicas, la escala Dembo-Rubinstein modificada (véase anexo 3), en la misma se analizaron una serie de indicadores,

que se corroboraron con expresiones del Rotter y la entrevista psicológica semiestructurada a las pacientes, (véase anexo 2 y 6).

Estos resultados se muestran en los gráficos siguientes:

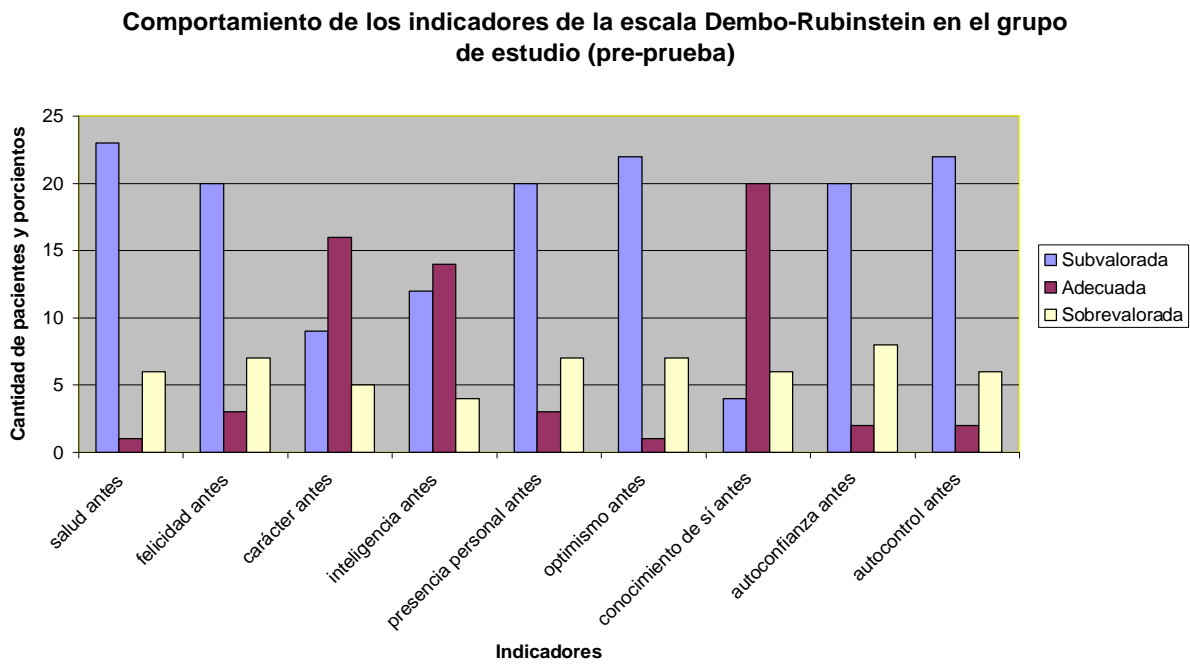


Gráfico 1: Comportamiento de los indicadores de la escala Dembo-Rubinstein en el grupo de estudio (pre-prueba).

Comportamiento de los indicadores de la escala Dembo Rubinstein en el grupo de control (pre-prueba)

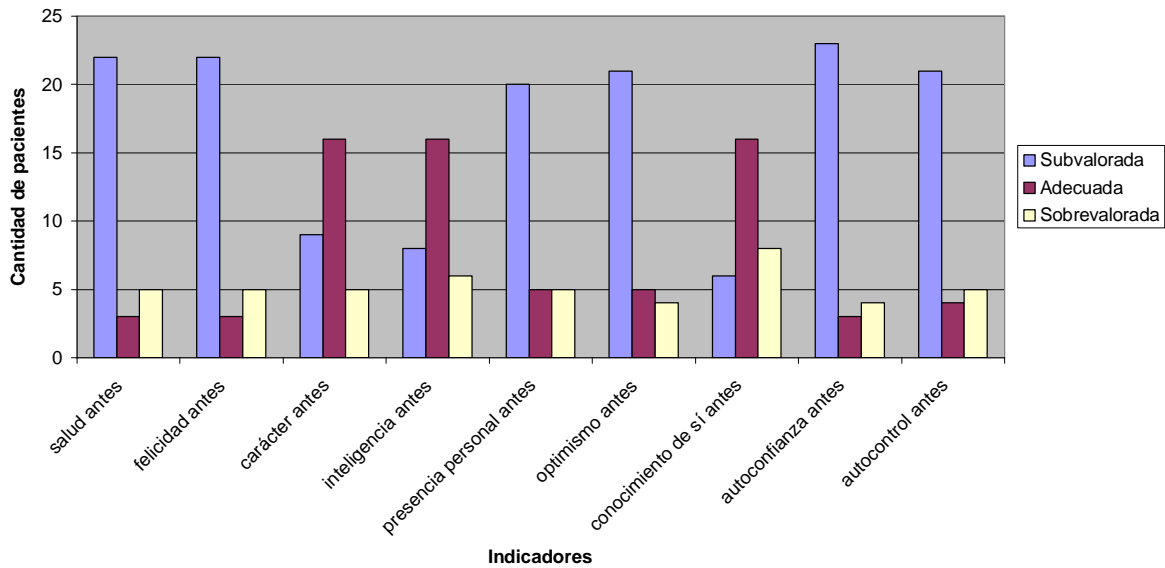


Gráfico 2: Comportamiento de los indicadores de la escala Dembo-Rubinstein en el grupo de control (pre-prueba).

Estos gráficos muestran como existe un predominio de la subvaloración en la mayoría de las categorías en ambos grupos.

-Salud: subvaloración en el 76.6% (23) en el grupo de estudio y 73.3% (22) grupo de control. En este aspecto las pacientes a pesar de tener una situación de repercusión física y psíquica importante (cáncer de mama, 1er estadio), desde un comienzo se automutilan sin considerar la preparación profesional de los médicos, las potencialidades de los tratamientos para las neoplasias en la actualidad y responden con actitudes negativas ante la enfermedad. En este sentido se coincide con lo planteado por la autora Montiel, V. en su opción por el título de Máster en Psicología Médica, en el año 2009, donde se infiere que asociado a la salud se muestra incertidumbre futura e inseguridad en función de la misma, determinado esto por una constante preocupación por la evolución de la enfermedad y la recuperación. Un elemento que puede estar influyendo son las creencias que a nivel de representaciones sociales existen al abordarse el cáncer ya que se ve como una enfermedad nefasta para la vida del individuo, lo que se manifiesta en las expresiones siguientes: “no tengo salud, por lo

que tengo”, “ahora estoy delicada de salud”, “estoy muy confundida e insegura por la operación”, “no sé si saldré bien de la operación, tengo ganas de salir de esta incertidumbre”, “lamento esto que me está pasando”, “nunca más tendré una buena salud”, “me ubico allí, pues en estos momentos ya no tengo salud”, “hoy estoy esperando que los médicos me digan cuando me van a operar, estoy muy angustiada por la decisión que tomen allí y los tratamientos”.

- Felicidad: se constató subvaloración en 66.6% (20) grupo de estudio y 73.3% (22) grupo control. En este aspecto se sienten abatidas, inseguras, tristes, temerosas, unas, por la incertidumbre que causa la operación y otras por los resultados de la biopsia y los tratamientos, “tener esta enfermedad hace que no me sienta tan feliz”, “me siento como una persona que era muy feliz, pero ahora no siento lo mismo”, “la felicidad quisiera volverla a tener”, “predominan en mi sentimientos de tristeza, inseguridad y siempre estoy llorando”, “tengo miedo por el resultado de la biopsia, no quiero que salga positiva, porque sino me tienen que operar”, “no sé mucho de estos tratamientos pero sé que traen consecuencias negativas”.

- Presencia personal: También prevalece en el 66.6% (20) para ambos grupos estudio y control. En este aspecto coincidimos con los autores que la imagen corporal es el dibujo mental que cada persona tiene de su propia apariencia. Cuando existe un evento que provoca un cambio en la imagen corporal de modo rápido y dramático la persona se siente anormal y sexualmente menos atractiva, donde puede influir negativamente la opinión de los demás, (López y González, 2005; Pascual, 2010), lo que se evidencia en las expresiones siguientes: “mi cuerpo ya no va a ser el mismo”, “no sé lo que piensen las personas de mi luego que me operen”, “me va a faltar una parte de mi cuerpo”, “no me veo igual que antes”, “me costara trabajo adaptarme cuando me mire en el espejo”, “me preocupa lo que piense mi esposo”, “yo perdí hasta mi matrimonio”.

- Optimismo: subvaloración en el 73.3% (22) grupo de estudio y 70% (21) grupo control. Afrontar la situación sin optimismo provoca dificultades en la adaptación a la enfermedad ya que presentan disminución en el espíritu de lucha, inseguridad para enfrentar la situación y se resignan a esperar, lo que se expresa en las opiniones siguientes:”hay que esperar a ver

qué pasa, no tengo esperanzas” “en este momento no estoy muy optimista y no tengo fuerzas para luchar”, “tengo miedo de lo que me pueda pasar”, “me siento insegura”.

- Autoconfianza: Se valoran por defecto el 66.6% (20) grupo de estudio y 76.6% (23) grupo control. Las pacientes muestran poca confianza en sí mismas, en las habilidades y potencialidades para enfrentar la situación existente, estados de temor, inseguridad, evidenciado en expresiones como: “ya no confío ni en mi misma”, “tengo mucho miedo y aunque mi familia me apoya es difícil”, “no confío en mis fuerzas para enfrentar esto”, “temo no sobrepasar esta situación”.

- Autocontrol: Así mismo, inadecuada por defecto, el 73,3% (22) grupo de estudio y 70% (21) grupo de control. Afrontar la enfermedad positivamente supone una observación física y psíquica de nuestras reacciones, si no somos capaces de controlar nuestras propias emociones no lograremos mantener un dominio adecuado sobre las cruentas intervenciones que hay que esperar para el tratamiento de la enfermedad, muchas de ellas invasivas y debilitantes, situación existente en estas pacientes, expresadas en frases como: “antes tenía mucho control sobre todo, ahora ya no es igual”, “la enfermedad me hizo perder el dominio hasta de mis emociones”, “exploto con facilidad”, “me veo descontrolada, lloro por todo”.

Sin embargo en el indicador de carácter, inteligencia y conocimiento de sí prevalece la adecuada valoración.

- Carácter: Con autovaloración adecuada para un 53.3% (16) en ambos grupos. Este indicador muestra la aceptación de las pacientes con su forma de comportarse y refleja características de personalidad positivas y enriquecedoras del desarrollo personal, visto en las expresiones siguientes: “soy cariñosa, amable”, “me gusta llevarme bien con todas las personas”, “soy transparente”, “ me ubico allí porque me considero una persona muy simpática y sociable”.

- Inteligencia: También se mostró adecuada en el 46,6% (14) grupo de estudio y 53.3% (16) grupo de control. Aquí se pone de manifiesto como las pacientes tienen una percepción inadecuada de la inteligencia, ya que este comportamiento pesimista, de abatimiento las afecta, ellas lo consideran lógico y esperado, aunque no sea esto precisamente una conducta inteligente, porque actuar con inteligencia es crecer cada día positivamente a pesar

de las dificultades sabiendo sobreponerse ante el impacto que ocasionan las mismas, manifestándose en expresiones como: “yo me ubico allí porque me considero una persona inteligente”, “trato de superarme cada día”, “creo que actuar de esta forma es de personas inteligentes, porque no es lógico que uno se ponga contento”, “creo que la operación va a cambiar un poco mi vida, no sé si será inteligente, pero no lo puedo evitar”.

- Conocimiento de sí: Con una valoración adecuada, 66.6% (20) grupo de estudio y 53.3% (16) grupo de control, se valoraron adecuadamente. Se evidencia como este indicador lo asocian al conocimiento de sus características personalógicas y existen en algunas pacientes deseos de conocerse mejor, expresión de la constante búsqueda que hace el ser humano por lograr un pleno conocimiento de sí, expresado en: “siento que me conozco bien, soy buena persona, simpática, aunque a veces quisiera conocerme mejor”, “pongo mucho de mi parte para ser mejor persona, ayudo a las personas, soy responsable”.

Estos resultados guardan estrecha relación con las configuraciones de la autovaloración (autoestima, autoaceptación, autoimagen, autoconocimiento, autorregulación y autoconcepto). Dichas configuraciones se analizaron a través de la entrevista psicológica semiestructurada realizada a las pacientes, el completamiento de frases y la observación, triangulando la información con los resultados anteriores y los indicadores de uso de la autovaloración (véase anexo 2, 6 7 y 8).

La autoimagen, constituye el centro de cómo nos reconocemos, identificamos y diferenciamos de los demás, aquello que nos hace únicos y sustenta la autoestima de estas pacientes, en la misma predomina la no aceptación, constituyendo el 56.6% (17), indefinida el 20.0% (6), reconstruida el 10.0% (3) y aceptación el 13.3% (4) en el grupo de estudio y en el grupo de control 56.6% (17) no aceptación, 20.0% (6) indefinida, 13.3% (4) reconstruida y 10.0% (3) aceptación, lo que se muestra en opiniones como: “mi cuerpo ya no es el mismo, ahora soy otra persona”, “esta nueva imagen no me gusta, me trae temores y preocupaciones”, (véase anexo 13 tabla 4).

Se considera que el comportamiento de esta configuración muestra el efecto que puede provocar en las pacientes la mutilación de una parte de su cuerpo, no aceptan fácilmente los cambios corporales propios de la enfermedad, generando modificaciones en diferentes

esferas de la vida, asumiendo un nuevo status sociolaboral, personal y sexual. Además al presentar una subvaloración en la presencia personal no existe una correspondencia entre la valoración de sí y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia, lo que se agudiza al existir el temor por la opinión de los demás acerca de la apariencia personal. Se coincide con los autores que la implicación familiar en el reforzamiento de la autoimagen es un reflejo de la calidad del apoyo que el enfermo recibe y necesita de la familia y del grupo de relaciones más cercano. (Rodríguez, 2008; González, D y Aguilar, K, 2009).

Con respecto a la autoestima, se mostró en el grupo de estudio de manera alta en un 16.6% (5), media 23.3% (7) y baja en un 60% (18) y en el grupo de control en un 13.3% (4) alta, 20.0% (6) media y en un 66.6% (20) baja, predominando así la autoestima baja, (véase anexo 14, tabla 5). Es muy importante el apoyo de la familia, amigos y personal médico para elevar estos niveles de autoestima, ya que esta es la percepción valorativa que hace la persona de su ser, es el valor que se atribuyen los seres humanos, es confiar en sí mismo a la hora de sentirse capaces de superar los obstáculos, es tener iniciativa para dirigirse a los demás, por lo que está directamente relacionada con la subvaloración en la autoconfianza, en la presencia personal, optimismo y felicidad expresadas por estas pacientes, unido a la ausencia de criticidad en la valoración de su realidad en relación con las exigencias que exige padecer esta enfermedad, lo que se pone de manifiesto en las expresiones siguientes: “ahora como estoy no sirvo de nada”, “no puedo ayudar a mi esposo como antes y eso me pone triste”, “no me creo capaz de superar esta situación, no confío en mis fuerzas”, “quisiera saber por qué me sucedió esto”, “mi optimismo está por el piso”, “me cuesta trabajo aceptar mi cuerpo”.

Otras de las configuraciones abordadas en la investigación es la autoaceptación de estas pacientes, observamos que en la muestra prevalece la no aceptación en un 83.3% (25) y la aceptación en un 16.6% (5) en el grupo de estudio y en el grupo de control se muestra en el 80.0% (24), 20.0% (6), siguiendo ese orden (véase anexo 15, tabla 6). Esto está relacionado con la subvaloración en la autoimagen, baja autoestima que presentan ya que para sentirse la persona aceptada consigo misma debe mostrarse feliz con su imagen corporal y amarse incondicionalmente, lo que demuestra la no correspondencia entre la valoración de sí y la aceptación de la situación real de existencia, además la preocupación por la opinión ajena

trae consigo dificultades en la autoaceptación de cada una de estas pacientes y mantienen una actitud pasiva, viendo los problemas como amenazas de muerte, lo que se evidencia en expresiones como: “no sé si podré aceptarme ahora”, “mi cuerpo está diferente”, “tengo miedo de cómo me verán los demás y de lo que pasará con mi vida”.

En el análisis realizado se puede hacer referencia que en el proceso de autorregulación (véase anexo 16, tabla 7), hay un predominio del 80.0% (24) de las pacientes que muestran negación en la autorregulación, el 20.0% (6) manifiestan sentimientos de lucha en el grupo de estudio y en el grupo de control se expresa en un 76.6% (23) negación y 23.3% (7) sentimientos de lucha. Algunas de las expresiones más reiteradas en este sentido fueron las siguientes: “no sé si de ahora en adelante mi vida será igual”, “no actúo igual que antes”, “no sé regular mis emociones, exploto con facilidad”, “no me quedan fuerzas para luchar”, “si salgo mal de todo esto, que será de mi vida”, “se me quitaron las ganas de luchar”.

Estar sometidas a situaciones tan altamente angustiantes en tan corto tiempo, puede hacer sentir en estas mujeres un sentimiento de ineficacia y falta de control, que puede contribuir a elevar los niveles de tensión y dificultar en alto grado la autorregulación, fácilmente pueden llegar a ser presas del pánico y el temor a lo desconocido. Además el no presentar sentimientos de lucha, confianza en sí mismo y no poder controlar emociones corrobora la subvaloración presente en el autocontrol y la autoconfianza de esas pacientes., existiendo dificultades en las principales tendencias orientadoras de la personalidad ya que no se adecua la regulación del comportamiento a la nueva situación de vida.

El autoconocimiento en estas pacientes se muestra inadecuado en un 76.6% (23) y adecuado 26.6% (7) en el grupo de estudio y en el grupo de control inadecuado 78.6% (24) y adecuado 20% (6), (véase anexo 17, tabla 8). El comportamiento de esta configuración se relaciona a la ausencia de conocimiento sobre la enfermedad, el deseo por conocerse mejor como persona, que a pesar de predominar un adecuado conocimiento de sí, sienten la necesidad de conocerse mejor, de desarrollar acciones positivas, optimistas ante las situación que están viviendo y mostrar mayor flexibilidad a la hora de enfrentar emocionalmente su realidad. No existe en ellas una valoración adecuada de las potencialidades reales para enfrentar y controlar la enfermedad, viendo desde una visión pesimista su realidad, esto se evidencia en expresiones como: “creo que no me conozco lo

suficiente”, “necesito mayor información sobre mi enfermedad”, “aun no creo estar pasando por esto”, “no tengo muchas esperanzas”, “pensé que conocía como reaccionaba ante diversas situaciones”, “no logro ajustarme a mi situación real”, “quisiera tener mente positiva, ser optimista”.

El autoconcepto es otra de las configuraciones de la autovaloración, el 73.3 % (22) de estas pacientes manifiestan un inadecuado autoconcepto, y el 26.6% (8) muestran un adecuado autoconcepto en el grupo de estudio, coincidiendo estos valores en el grupo de control, (véase anexo 18 tabla 9), en este aspecto se pone de manifiesto que las pacientes se ven afectadas estéticamente lo que contribuye una afectación a nivel interior en cuanto a la autoimagen, las consecuencias de las cirugías y los tratamientos puede ser un factor predisponente a la hora de valorarnos como personas. Además no están conscientes de sus valores personales y capacidad de lucha frente a la enfermedad, aun cuando se reconozcan como mujeres, madres y esposas, así se recogen frases, que lo demuestran, “ahora mi cuerpo ha cambiado”, “no me veo igual que antes y eso me afecta internamente”, “no sé si tenga fuerzas para pasar este reto de la vida”, “soy madre y esposa, estoy orgullosa de eso, pero no me siento con fuerzas de luchar”.

Otras de las variables analizadas antes de la intervención psicoterapéutica en ambos grupos fue la ansiedad y la depresión como estados emocionales asociados al padecimiento de esta enfermedad, para este análisis se utilizó el IDARE e IDERE, como técnicas necesarias para el diagnóstico de estas categorías, corroborándose la información con la entrevista, el Rotter y la observación, (véase anexo 2, 6,7). La ansiedad se muestra en el gráfico siguiente:

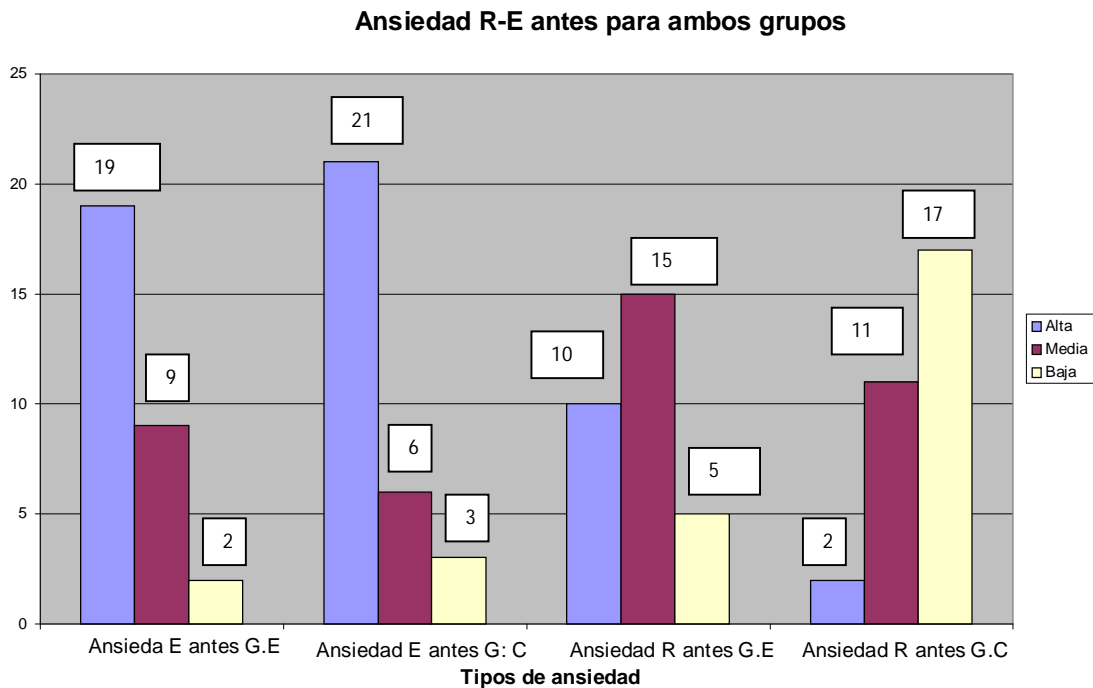


Gráfico # 3: Comportamiento de la ansiedad rasgo-estado antes en ambos grupos.

El gráfico muestra un predominio de la ansiedad como estado alto en ambos grupos, mostrándose en el grupo de estudio en un 63.3% (19) y en grupo control en un 70% (21), debido a la situación de salud existente, lo que se refleja en expresiones como: “no me siento calmada, segura, estoy tensa”, “siempre estoy nerviosa”, “me inquieto mucho”, “tengo que hacer muchas cosas a la vez y todo me preocupa”, “cuando pienso en los asuntos que tengo en mis manos me pongo tenso y alterado”. Mientras que la ansiedad como rasgo tiene un nivel medio, 50% (15) en el grupo de estudio y baja 53.6% (17) en el grupo de control, ya que plantean: “no soy muy tranquila, soy por lo general algo nerviosa”, “me inquieto con facilidad” algo común en personas que se muestran generalmente ansiosas y nerviosas.

Estos resultados de la ansiedad se pudieron corroborar a partir de la observación (véase anexo 7), con manifestaciones de inquietud, zozobra, estado continuo de expectación, sudoración en las manos, miradas agitadas y movimientos rápidos de manos y extremidades.

Es importante señalar que la ansiedad en estos niveles llega a alterar el autocontrol por daño a los mecanismos autorreguladores de la personalidad, con la inclusión directa de los contenidos referidos a la enfermedad en la dirección de la conducta y en los demás procesos psíquicos (Alomá, 1999; Gómez, 2008).

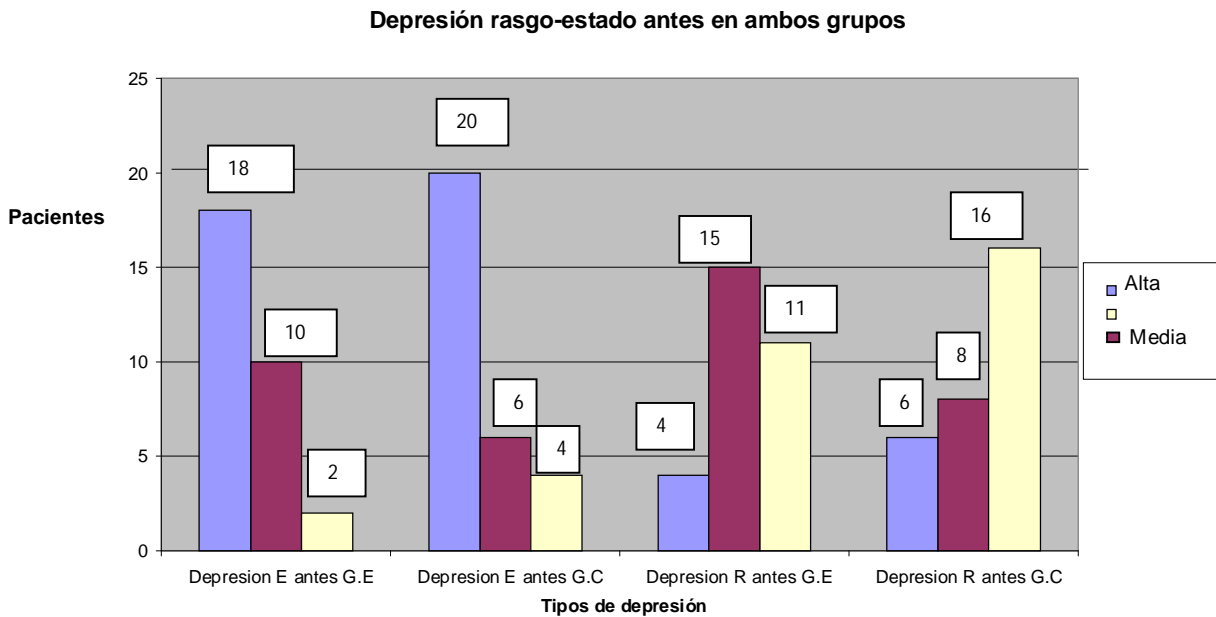


Gráfico # 4: Comportamiento de la depresión rasgo-estado antes en ambos grupos.

En cuanto a la depresión como estado existe un predominio del nivel alto, mostrándose en un 60% (18) en el grupo de estudio y en un 66.6% (20) en el grupo de control, debido a la incertidumbre que existe en las pacientes, de cómo va a ser su recuperación, además de dudas que tiene las mismas sobre el tratamiento que deben llevar, lo que se muestra en frases como: “me canso con facilidad”, “deseo mucho desentenderme de los problemas que tengo”, “no veo el lado bueno de las cosas”, “siento que nada me alegra como antes”, “no confío en mis fuerzas”. Estas frases corroboran la ausencia de felicidad declarada en la prueba Dembo-Rubistein y con el análisis de las frases del Rotter, donde predominan las frases de preocupación y angustia. Referente al análisis de la depresión como rasgo existe un predominio del nivel medio 50% (15) en el grupo de estudio y bajo 53.3% (16) en el grupo de control.

Tanto la depresión como estado y rasgo se corroboró con la observación (véase anexo 7), mostrándose en miradas tristes, abatidas, rostros serios, preocupados.

En la 2da fase de la investigación se aplica la intervención psicoterapéutica para el grupo de estudio, dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales (ansiedad y depresión), donde participaron las 30 mujeres que conformaron dicho grupo.

La misma se desarrolla en el período de febrero-mayo de 2011, en la consulta de psicología con un grupo abierto.

La aplicación de esta intervención psicoterapéutica trae consigo numerosos beneficios como la capacidad de expresar sentimientos y emociones, así como el reconocimiento de estos, cambio emocional/conductual, mayor probabilidad de alcanzar sus metas, habilidades sociales, aumento de la capacidad de trabajo, alegría, eleva la autoestima, el autoconcepto, autoconocimiento y el resto de las configuraciones autovalorativas, además de atenuar el comportamiento de los estados emocionales, permite adhesión y fidelidad al grupo, ayuda mutua y reconocimiento entre las pacientes, lo que contribuyó a engrosar y enriquecer la red de apoyo social. (Castillo, Rodríguez, Alfonso, 2006; Pascual, 2010). (Véase anexo 11). Para su desarrollo se utiliza una multimedia donde se intercambian audiovisuales, técnicas afectivo-vivenciales y otras que permiten lograr un mayor disfrute de la vida en general.

Luego en la 3ra fase (pos-prueba): Diagnóstico final o post-intervención, posterior a 4 meses de intervención, se compara el grupo de estudio en la pre-prueba y pos-prueba, en cuanto al comportamiento de la autovaloración (sus configuraciones, los indicadores de uso) y los estados emocionales.

En un primer momento, cuando las mujeres ingresaron, durante la aplicación de la intervención psicoterapéutica se pudo observar que el malestar emocional, el temor al fracaso, el desconocimiento, la depresión y la ansiedad, eran evidentes y se ven incrementadas cuando las mujeres se enfrentan a esta enfermedad y a sus tratamientos, específicamente a la quimioterapia. En esos momentos, la intervención psicoterapéutica contribuyó a una progresiva adaptación a la enfermedad y a facilitar la obtención de la

información necesaria, optimizar los mecanismos de enfrentamiento, enriquecerse con las experiencias del grupo y mejoró la tolerancia a los tratamientos.

El trabajo en grupo con estas pacientes facilitó que existiera entre ellas un mayor apoyo emocional, donde se pueden citar expresiones verbales como: “yo ya he pasado por quimioterapia y las he superado, todo depende de ti”, “hay que tener siempre mente positiva”, “no te sientas así, tienes que ser muy fuerte para poder superar todo esto”, “siempre pienso en mi familia”.

Además fueron estimuladas a expresar por intermedio de actividades expresivas y de relajación, sus miedos, angustias y temores. Pudimos percibir que algunas de las mujeres a pesar de mostrar desaliño, vergüenza y timidez, parecían considerar la necesidad de expresión, es a través de sus palabras que se logra la identificación, la emoción y la habilidad individual de estar consciente de las respuestas afectivas que ocurren en las variadas interrelaciones diarias. Algunas expresiones sobre este aspecto fueron: “estoy sintiéndome leve como un pájaro”, “sentí mucha alegría y mucha paz, me hallé muy comfortable”, “me sentí en las nubes, con mucha paz”, “era como si estuviese en un jardín de flores, yo adoro las rosas”, “encontré que las palabras que fueron dichas, eran muy bonitas, fue la parte que más me gustó”, “es comfortable oír palabras de apoyo”.

Durante el transcurso de la intervención se ofreció la atención individualizada para el control de las variables ajenas, a pesar de esto todos los eventos inesperados fueron ventilados y controlados dentro del grupo, uno de ellos estuvo relacionado con el divorcio como un evento potencialmente psicopatógeno, el cual se trató con psicoterapia grupal y acompañamiento mutuo, por lo que, ninguna variable ajena llegó a tener la gravedad suficiente para recurrir a la atención individualizada.

En la comparación realizada se obtuvieron diferencias significativas en ambas etapas, obtenidas a partir de las técnicas siguientes: escala Dembo-Rubinstein, entrevista psicología semiestructurada, Rotter, observación participante, IDARE, IDERE y se corrobora la

diferencia entre los grupos con la prueba no paramétrica de Wilcoxon, (véase anexo 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 19).

Los resultados obtenidos se muestran en los siguientes gráficos y tablas.

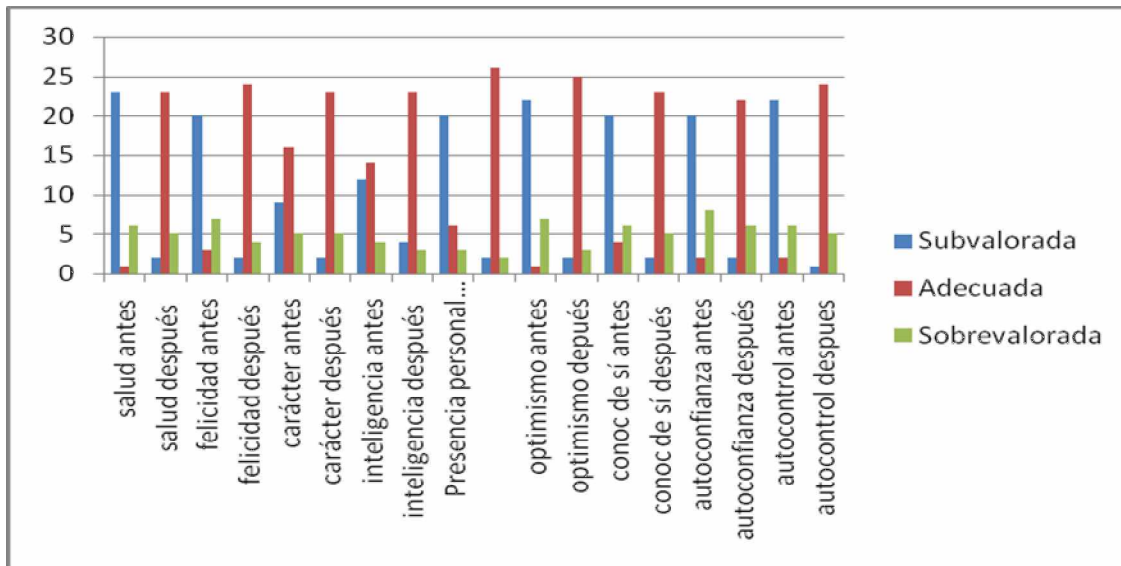


Gráfico # 5: Comportamiento de los indicadores de la escala Dembo-Rubinstein antes y después en el grupo estudio.

Tabla # 1: Comportamiento de las configuraciones de la autovaloración antes y después en el grupo de estudio:

Variables	Resultados antes de la intervención				Resultados después de la intervención			
	Alta	Media	Baja	Indef.	Alta	Media	Baja	Indef.
Autoestima	16.6% (5)Alta	23.3% (7)Media	60% (18)Baja		13.3% (4)Alta	80% (24)Media	6.6% (2)Baja	
Autoimagen	56.6% (17)no Acept.	20.0% (6) Indef.	10% (3)Rec ont.	13.3% (4) Acept	6.6% (2)no Acept.	6.6% (2) Indef.	16.6% (5)Re cont.	70.0% (21) Acept.
Autoconocimiento	23.3% (7) Adec			76.6% (23)Inadec	83.3% (25) Adec			16.6% (5) Inadec

Autoaceptación	16.6 % (5) Si	83.3% (25) No	90.0% (27) Si	10.0% (3) No
Autorregulación	20.0% (6) Si (sent de lucha)	80.0% (24) No (negación)	86.6% (26) Si (sent de lucha)	13.3% (4) No (negación)
Autoconcepto	26.6% (8) Adecuado	73.3% (22) Inadecuado	83.3% (25) Adecuado	16.6% (5) Inadecuado

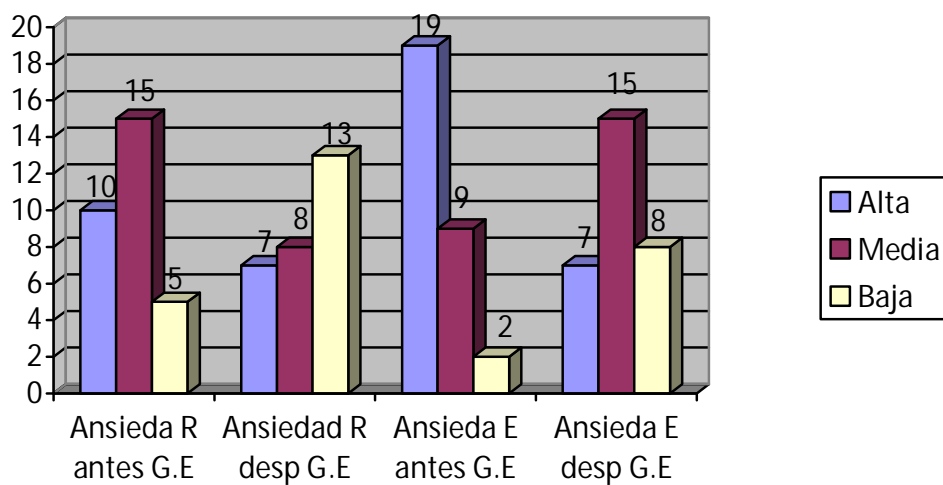


Gráfico # 6: Comportamiento de la ansiedad rasgo-estado antes y después en el grupo de estudio.

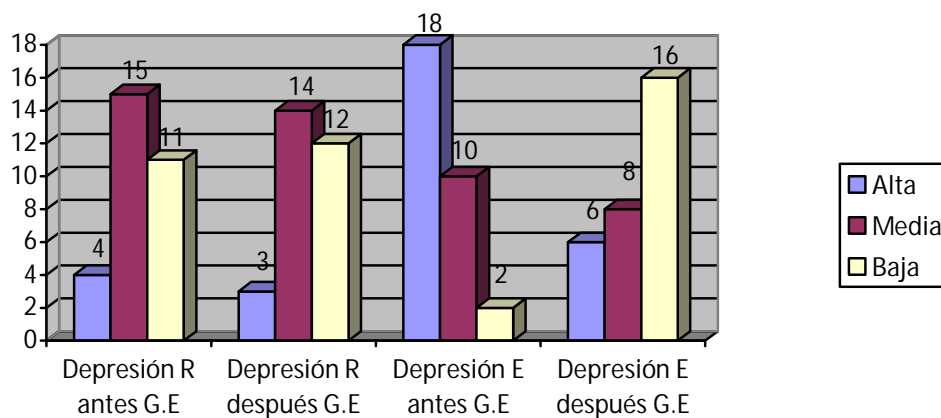


Gráfico # 7: Comportamiento de la depresión rasgo-estado antes y después en el grupo de estudio:

Tanto los gráficos como las tablas demuestran como luego de la intervención psicoterapéutica existe un predominio del nivel adecuado de autovaloración vistos en la escala Dembo-Rubinstein, presentando una media autoestima, adecuada autoimagen, presencia personal, optimismo, autoconfianza, autocontrol, autoconocimiento, autoconcepto, autoaceptación, autorregulación, existe una correspondencia entre logros y aspiraciones, criticidad ante la situación actual, flexibilidad, riqueza de contenido e integridad y disminuyen los niveles de ansiedad (rasgo baja 42.6% (13) y estado media 50% (15) y depresión (rasgo media 46.6% (14) y aumenta la baja y estado baja 53.3% (16), mostrando diferencias en el comportamiento de las variables en el grupo antes y después, expresados en las siguientes frases:

-Salud: (nivel adecuado antes 3.3% y después 76.6%). “ahora estoy enferma y lo siento, pero espero recuperarme”, “Yo necesito confiar en mí”, “me pondré bien rápidamente”, las mismas expresan confianza y optimismo en el futuro a pesar de la enfermedad sufrida y aún amenazante, expresan una reestructuración personalógica en el aspecto de la adaptación y compensación del proceso morboso.

-Optimismo (adecuado, antes 3.3% y después 83.3), autoconfianza (antes 6.6% y después 73.3%) y conocimiento de sí (antes 66.6% y después 76.6%: “confío mucho en que todo va a salir bien”, “ya me saldrá el pelo nuevamente”, la mejor decisión de los médicos fue la

hacerme la radical de mama, saldré adelante”, “me siento más segura, confiada”, “esta enfermedad me ha enseñado a conocerme mejor”.

-Presencia personal (adecuado, antes 20% y después 86.6%) y autoimagen (antes 13.3% y después 70%): “Me quiero tal cual soy”, “me veo como una persona normal que supera dificultades”, “la belleza exterior no es importante”, “lo bello se lleva en el corazón, a pesar de esto es necesario prestarle atención a esta categoría ya estas pacientes se encuentran muy sensibles antes los nuevos cambios ocurridos en su presencia personal, la cual debe estar acompañada del optimismo, espíritu de lucha, aspectos estos que son tratados en las terapias de grupo donde existe un intercambio entre todas estas mujeres, brindándose apoyo y ayuda mutua.

-Autoaceptación (adecuado, antes 16.6% y después 90%) y autoestima (antes 16.6% alta y después 80% media): “me acepto con esta nueva imagen y lucharé por mi familia para salvar mi vida”, “mi familia me acepta así como yo no lo voy a hacer”, “estar así no disminuye el valor que tengo como persona”, “lo bello lo tiene uno aquí adentro”. Esto muestra la reestructuración existente en la confianza en sí misma, en la aceptación de su cuerpo y reconocen el valor personal de lo interno sobre lo externo.

-Autorregulación (adecuado, antes 20% y después 86.6%): “lucharé hasta el final, superaré todos los tratamientos, todo por mi vida”, “no voy a fracasar”, “todo saldrá bien”. Se puede observar como estas pacientes se autorregulan en función de sus objetivos, mantenerse vivas, principal aspiración de las mismas, existiendo un balance entre logros y aspiraciones.

-Autoconcepto (adecuado, antes 26.6% y después 83.3%) “así como yo vivo estoy conforme y feliz, me siento cómoda”, “yo me siento así bien y me quieren igual”, “soy mujer, madre y esposa y eso me hace sentir más fuerte y con capacidad de luchar, por mis hijos y por mi familia”. En este momento se reconocen como mujeres, madres, esposas y esto las convida a ser más fuertes cada día, mostrando diferencias con la etapa pre-prueba ya que a pesar de reconocer se de esa manera esto no era suficiente para salir adelante.

Para corroborar la diferencia existente en el grupo de estudio entre ambas etapas fue aplicada una prueba no paramétrica (prueba de los rangos con signo de Wilcoxon) la cual arrojó los resultados siguientes: (véase anexo 19).

La significación asintótica es 0.021 entonces podemos ver que es menor que 0,05, rango restante, ya que las pruebas se realizan para un rango de 95%, por ello existen diferencias significativas para el nivel de confiabilidad de la prueba y existen criterios de rechazo para la hipótesis nula, por lo que se puede concluir que el grupo de estudio se comporta diferente luego de la intervención psicoterapéutica, predominando una adecuada valoración sobre la subvaloración existente en la etapa-preprueba, lo que, muestra el cumplimiento de los objetivos de la intervención y constata su efectividad.

Como otra tarea de la 3ra fase (pos-prueba) es necesario comparar los resultados del comportamiento de la autovaloración y los estados emocionales del grupo de estudio con el grupo de control, luego de la intervención.

Primeramente es necesario conocer los resultados de la pos-prueba del grupo de control para así poder compararlos con el después del grupo de estudio, obtenidos por las mismas pruebas de la primera fase, estos se evidencian en la tabla y gráficos siguientes:

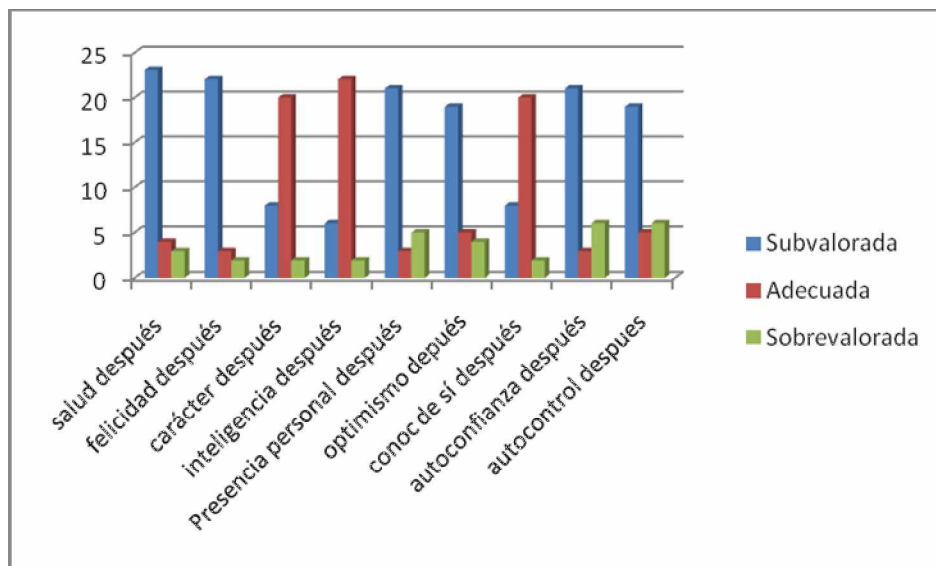


Gráfico # 8: Comportamiento de los indicadores en la pos-prueba de la Escala Dembo-Rubinstein en el grupo control:

Tabla 2: Comportamiento de las configuraciones de autovaloración (pos-prueba) en el grupo de control:

Variables	Resultados después de la intervención			
Autoestima	23.3% (7) Alta	33.3% (10) Media		6.6% (13) Baja
Autoimagen	63.3% (19) no Acept.	16.6% (5) Indef.	10% (3) Recont.	10% (3) Acept.
Autoconocimiento	66.6% (20) Inadec			33.3% (10) Adec.
Autoaceptación	10% (3) Si			90% (27) No
Autorregulación	63.3% (19) No (negación)			36.6% (11) Si (sent. de lucha)
Autoconcepto	60% (18) Inadecuado			40% (12) Adecuado

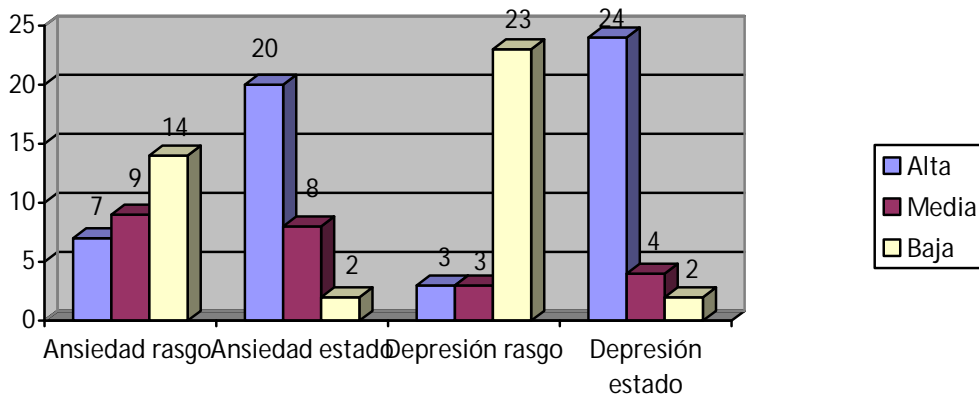


Gráfico # 9: Comportamiento de los estados emocionales (ansiedad y depresión) en la (pos-prueba) para el grupo de control.

Los gráficos y la tabla muestran como en el grupo de control después de la intervención psicoterapéutica predomina la subvaloración, unido a la inadecuación de la autoimagen, autoestima, autoaceptación, autorregulación, autoconcepto, expresados en la falta de criticidad en la valoración de la realidad, falta de integridad, riqueza de contenido, flexibilidad y no existe correspondencia entre la valoración de sí y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia, demostrado en resultados semejantes y verbalizaciones similares a los de la etapa pre-prueba para este grupo. (Véase expresiones de la pre-prueba para el grupo de control).

Por otro lado, en cuanto a los estados emocionales en las pacientes predomina una ansiedad y depresión como rasgo baja y como estado alta, lo que trae consigo estados de tristeza, apatía, intranquilidad. Estos resultados se complementan con frases y manifestaciones corporales similares obtenidas en la pre-prueba para este grupo ya que los resultados son equivalentes. (Véase frases y manifestaciones de la pre-prueba para el grupo de control).

Estos análisis reflejan como el grupo de control se comporta diferente al grupo de estudio en la etapa pos-prueba, es decir, mantiene la subvaloración de la etapa-pre-prueba, mientras que en el grupo de estudio existen diferencias en los resultados de ambas etapas, (véase gráfico 5, 6, 7 y tabla 19), lo que, nos permite constatar una vez más el valor de la intervención psicoterapéutica en la adecuación de la autovaloración y la atenuación de los estados emocionales en el grupo de estudio.

Como última tarea en la tercera fase se analiza la encuesta de satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida dirigida a las pacientes del grupo de estudio y la entrevista psicológica semiestructurada al equipo médico (psicoterapeuta, oncólogo-quimioterapeuta), con el objetivo de corroborar la efectividad de la intervención.

Según la encuesta de satisfacción aplicada para pacientes (véase anexo 9) se pudo conocer que el 83.3% de las pacientes manifiestan sentirse muy satisfechas en el grupo, ubicándose en la escala entre 1-2 (valores que encierran la categoría, muy satisfecho), quedando el porcentaje restante para las pacientes que se ubicaron en una posición neutra y no satisfechas.

Por ello plantean que la intervención las ayuda a sentirse más relajada para entrar a la Consulta Multidisciplinaria, consideran que todas las técnicas aplicadas son muy útiles para el trabajo en el grupo, destacando las afectivas-vivenciales, expresando la utilidad de escuchar las experiencias de sus compañeras, quedando satisfechas y con deseos de seguir adelante para seguir enfrentando su situación. Destacando la importancia de contar con una guía psicoeducativa que enriquece sus conocimientos sobre la enfermedad y las enseña a controlarse emocionalmente. Se mostraron además satisfechas respecto a su imagen, aceptándose incondicionalmente, mostraron una adecuada autoestima, sin presentar estados de tristeza, abatimiento, intranquilidad. También se recogieron algunas sugerencias para mejorar la ejecución de la intervención en futuras investigaciones, las que se muestran en las frases siguientes: “extender la intervención a otras pacientes”, “integrar a los oncólogos en la participación de la misma ya que ellos solo están un rato”, “implicación mayor de familiares”.

Con respecto a la entrevista psicológica semiestructurada al equipo médico el 100% evidencia satisfacción por el cambio visto en las pacientes y plantean que la mayoría de ellas muestran mayor confianza al dirigirse a los médicos, seguridad, manifestando la utilidad de todas las técnicas utilizadas, existe disminución de las reacciones adversas mostrando una adecuada adherencia terapéutica y no presentan estados emocionales negativos, ubicándose los criterios entre 1-2 de la escala, lo que se observa en las frases siguientes: “las veo mucho mejor que al principio”, “les gustaron todas las actividades”, “escuchan con atención el criterio del médico, no faltan a las consultas y los tratamientos, se toman los medicamentos”, “tienen una actitud positiva ante la enfermedad con ausencia de tristeza, irritabilidad, abatimiento, intranquilidad”.

De esta manera se pudo corroborar la efectividad de la intervención psicoterapéutica debido a la satisfacción existente en las pacientes de la muestra y el equipo médico unido al alcance de los objetivos propuestos por la misma para el grupo de estudio.

Análisis integral.

Haciendo un análisis de forma general según los objetivos de la investigación se puede observar, como en la 1ra fase (pre-prueba), en el grupo de estudio y en el grupo de control

predomina una autovaloración inadecuada por defecto o subvaloración, representada en un 66.6% (20) y 56.6 (17) en ese mismo orden, lo que se muestra en el gráfico siguiente:

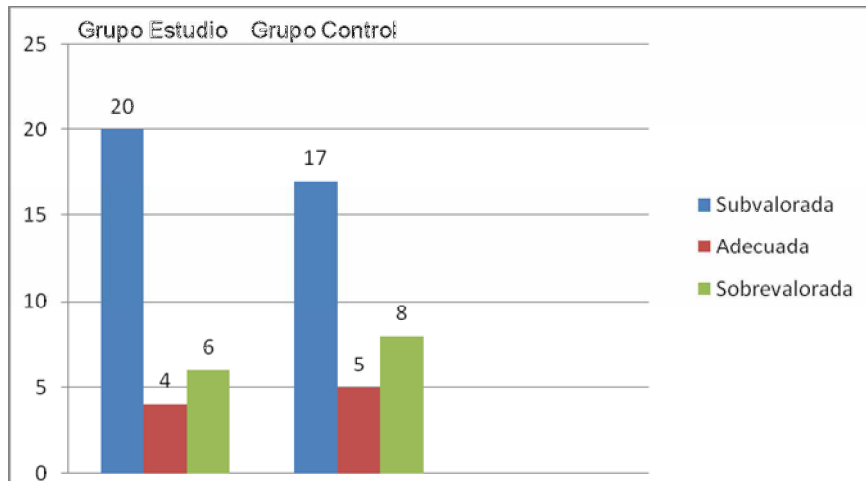


Gráfico # 10: Resumen final de autovaloración antes grupo de estudio y grupo de control.

Esta inadecuada autovaloración se muestra a partir de una autoestima baja, inadecuado autoconocimiento, autoaceptación, autoimagen, autorregulación y autoconcepto, unido a la subvaloración presente en salud, felicidad, presencia personal, autoconfianza, optimismo, autocontrol, indicadores que agudizan el comportamiento de estas configuraciones. También se muestra en las pacientes falta de criticidad en la valoración de su realidad, expresadas en alteraciones de las principales tendencias orientadoras de la personalidad, presentan temor por la valoración de los demás, no existe flexibilidad a la hora de enfrentar la enfermedad ni correspondencia entre la valoración de sí y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia.

Por otro lado, en cuanto los estados emocionales (ansiedad y depresión) se evidencia como en ambos grupos antes de la intervención predomina el nivel medio de ansiedad como rasgo de personalidad y alto de ansiedad como estado producto a la situación de salud actual, lo que trae consigo un estado de intranquilidad, zozobra, mostrándose en manifestaciones corporales como movimiento continuo de las extremidades inferiores y miradas tristes y sudoración de las manos, (véase gráfico 3). La depresión como estado se muestra alta ya

que existen disímiles preocupaciones en cuanto a la cirugía o los tratamientos a enfrentar, manifestándose corporalmente a través de miradas tristes, disminución del habla, lágrimas fáciles de expulsar y la depresión como rasgo media y baja, (véase gráfico 4).

Posterior a la intervención en el grupo de estudio se muestra un predominio de una valoración adecuada existiendo cambios con respecto a la etapa pre-prueba, mostrados en el gráfico siguiente:

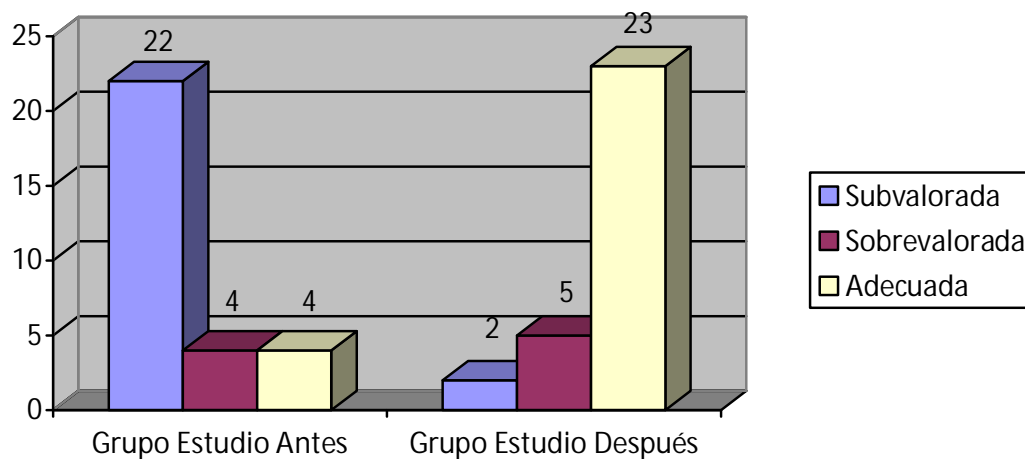


Gráfico # 11: Resumen final de autovaloración grupo de estudio en la etapa pre-prueba y pos-prueba.

Estos resultados en la etapa pos-prueba del grupo de estudio propician una adecuada autoaceptación, autoimagen, autorregulación, autoconfianza, autoestima, autoconcepto, configuraciones importantes a la hora del análisis de la autovaloración como categoría principal, mostrando mayor flexibilidad, riqueza de contenido y correspondencia entre la valoración de sí y las condiciones objetivas de existencia, así como adecuada autoconfianza, autocontrol, optimismo y presencia de estados emocionales positivos como felicidad. También se evidencia criticidad en la valoración de su situación real de salud y de sus potencialidades para responder a las exigencias del medio y de sí mismos, expresado a través de la reestructuración de las principales tendencias orientadoras de la personalidad

adecuándolas a su nueva condición de sufrir una enfermedad crónica con riesgo para la vida. Se manifiesta además un balance entre logros y aspiraciones, guiados fundamentalmente a tener salud, para seguir al lado su familia.

Durante el transcurso de la investigación se logró corroborar la hipótesis planteada y constatar de esta forma la efectividad de la intervención, ya que se cumplieron los objetivos de la misma, el grupo de estudio demostró sentirse satisfecho y el equipo de médicos lo pudo corroborar a partir de los cambios en el comportamiento, siendo esto un primer corte de efectividad, ya que a los 8 meses como objetivo de una tesis doctoral se mostrarán evaluaciones finales. También la multimedia como instrumento principal de trabajo quedó conformada para futuras intervenciones con pacientes con este tipo de patología, generando altos niveles de aceptación.

Los resultados de la post-prueba del grupo de estudio fueron comparados con los obtenidos en el grupo de control también en la pos-prueba, en este último se mantuvo la inadecuada autovaloración por defecto o subvaloración de la etapa pre-prueba y por ende inadecuación en las configuraciones y los indicadores de uso mientras que en el grupo de estudio predominó una adecuada autovaloración, con apropiado comportamiento de las configuraciones y los indicadores de uso, lo que se muestra en el gráfico siguiente:

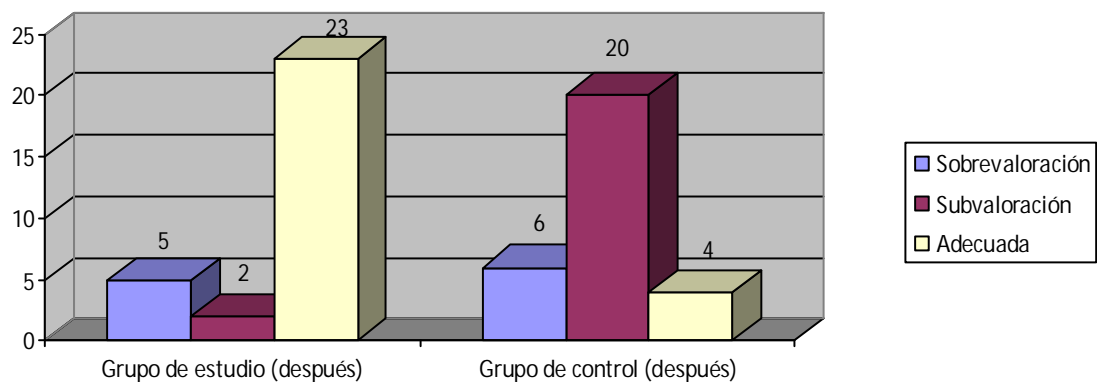


Gráfico # 12: Resumen final de la autovaloración en la pos-prueba para el grupo de estudio y grupo de control.

Con respecto a los estados emocionales en el grupo de control se mantuvieron similares a la pre-prueba, (véase gráfico 3 y 4), lo que se deriva en manifestaciones de inquietud, zozobra, apatía, tristeza. Es decir, afrontan la enfermedad con desesperanza y con preocupación ansiosa y, no ponen en marcha con suficiente frecuencia estrategias que favorezcan el espíritu de lucha, repercutiendo notablemente en su calidad de vida percibida. Mientras que en el grupo de estudio disminuye la ansiedad y la depresión como estado, (véase gráfico 7).

Durante el desarrollo de las sesiones de intervención con el grupo de estudio al principio hubo una limitada integración de las pacientes, donde influía el tipo de tratamiento por los efectos secundarios que ocasiona, se sentían temerosas, inseguras, luego existió participación activa en los temas tratados, donde se emitieron juicios, valoraciones adecuadas sobre la estética femenina, el sueño, la alimentación, la importancia de la familia, se observó expresiones de disfrute y complacencia con las actividades, deseos de permanecer reunidas, fijar nuevas fechas, hacer planes para reencontrarse fuera del contexto grupal, realizaban expresiones verbales de solidaridad, ayuda y acompañamiento mutuo. Además no existieron variables ajenas que no se pudieran controlar dentro del grupo y agudizaran la situación de salud existente en las integrantes del mismo.

Un diagnóstico de Cáncer de Mama altera la vida de la paciente, de su familia y la de su entorno. Porque es un trauma que llega en un determinado momento de la vida; modifica los hábitos y costumbres cotidianas; puede alterar las relaciones de pareja; puede ocasionar un estrés emocional; genera tristeza y miedo al dolor, a la muerte; provoca incertidumbres; puede crear dependencias o limitar proyectos personales o profesionales y plantea dudas y preguntas, por lo que es imprescindible aprovechar las actitudes positivas ante la vida, los niveles de autoestima, de autocontrol o de capacidad para encontrar recursos activos y desarrollar estrategias positivas ante las dificultades. (Pascual, Y. 2010).

Conclusiones

- Las edades de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico oscilan entre 41-60 años, la mayoría son trabajadoras, de color blanca y casadas.
- En la etapa pre-prueba predomina una autovaloración inadecuada por defecto o subvaloración en ambos grupos, reflejado en una baja autoestima, no aceptación de la imagen, dificultad en la autorregulación, inadecuado autoconcepto, autoconocimiento, manifestándose subvaloración en salud, felicidad, autoconfianza, autocontrol, optimismo. Además no existe criticidad en la valoración de la realidad, riqueza de contenido, flexibilidad, integridad, correspondencia entre logros y aspiraciones y las pacientes muestran dificultades en la estructuración de las tendencias orientadoras de la personalidad ya que no las adecuan a su nueva situación de vida. Por último prevalecen altos niveles de ansiedad y depresión como estado y medio de ansiedad y bajo de depresión como rasgo.
- Las pacientes del grupo de estudio con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico fueron sometidas a una intervención psicoterapéutica grupal, donde al principio existió vergüenza, temor pero luego creó un clima de aceptación y apoyo mutuo, facilitando la expresión de sentimientos, emociones. Utilizando una multimedia, con técnicas de relajación, información afectivo-vivenciales, y conocieron una guía psicoeducativa para enriquecer sus conocimientos en cuanto a la enfermedad, la estética femenina, la importancia de la familia y aprendieron a controlar sus emociones.
- Posterior a la intervención psicoterapéutica en el grupo de estudio predominó una adecuada valoración y disminuyeron los niveles de ansiedad y depresión como estado, mostrando diferencias significativas con respecto al análisis de las mismas categorías antes de la intervención. Por ellos se evidencia una media autoestima, aceptación de la imagen, presencia de sentimientos de lucha, adecuado autoconcepto, autoconocimiento, manifestándose una adecuada valoración en salud,

felicidad, autoconfianza, autocontrol, optimismo. Además de existir criticidad en la valoración de su situación real de salud y de sus potencialidades para responder a las exigencias del medio y de sí mismas, expresado a través de la reestructuración de las principales tendencias orientadoras de la personalidad adecuándolas a su nueva condición de sufrir una enfermedad crónica con riesgo para la vida con riqueza de contenido, flexibilidad, integridad, correspondencia entre logros y aspiraciones. Mientras que el grupo de control no participó en la intervención y se mantuvo la subvaloración y los altos niveles de ansiedad y depresión de la etapa pre-prueba.

- Se pudo constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica en su primer corte por los resultados que alcanzó ya se logró una adecuación de la autovaloración y la atenuación de los estados emocionales (ansiedad y depresión), las pacientes se sintieron satisfechas con la intervención y el equipo médico lo pudo corroborar en el último período de la investigación, proporcionando sugerencias que servirán de base para futuras intervenciones.

Recomendaciones

- Desarrollar la intervención psicoterapéutica en otras localizaciones oncológicas para analizar el efecto que produce en las mismas y poderlos comparar con el obtenido en quimioterapia.
- Cumplir con la atención individualizada planteada en la intervención a las pacientes del grupo de estudio que mantuvieron dificultades en la autovaloración y en los estados emocionales luego del período de intervención psicoterapéutica.
- Incluir y extender la intervención psicoterapéutica a los familiares de las pacientes con cáncer de mama, ya que su actuación fue un poco limitada.
- Realizar el seguimiento con estas pacientes luego de 8 meses donde se efectuará el último corte de efectividad como parte de una tesis doctoral.

Referencias bibliográficas

1. Alonso, A., Cairo, E. y Rojas, E. (2003). *Psicodiagnóstico*. Selección de lecturas. La Habana: Félix Varela.
2. Anuario Estadístico de Salud (2009). Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros médicos y Estadísticos de Salud. Ciudad de La Habana.
3. Autoestima. (1999, 6 abril). Recuperado el día 1 de febrero de 2011. Disponible en: http://www.es.wikipedia.org/wiki/Autoestima_-_En_caché_-_Similares.
4. Autoestima. (2009, 8 de octubre). Recuperado el día 1 de febrero de 2011 de <http://www.monografias.com/trabajos16/autoes>
5. Autovaloración, autoestima y salud. (2004, 29 de julio) Recuperado el día 1 de febrero de 2011 de <http://www.monografias.com/trabajos43/autoes...>
6. Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica en la terapia de conducta. *Revista de patología y psicología clínica*; 4 (2), 71-103.
7. Bello, M. (1998). Aspectos psicoantropológicos en la mujer con cáncer de mama. *Cuad Cir. Chile* 12. 82-89.
8. Bermúdez, L., González, I. (2008). *Evaluación de la autovaloración y autoestima en mujeres mastectomizadas entre dos y cuatro años. Consejo popular Camacho-Libertad*. Tesis de Licenciatura no publicada. Santa Clara, Martha Abreu de las Villas. Santa
9. Bonfiglio, A. y Stoler, H. (1993). The Pathology of cancer. *En Ph Rubin. S McDonald v R. Qazi-CEdsJ. Clinical Oncology. A multidisciplinary approach for Physicians and students* (7ma Ed). Filadelfia: W.B. Saunders. 29-40.
10. Cáncer de mama. (2010, 2 diciembre). Recuperado el día 2 de febrero de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>

11. Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, Burstein HJ, Carter WB, Edge SB. (2009), et al. *Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. Feb;* 7(2):122-92.
12. Castillo, Z., Rodríguez, B., Alfonso, D. (2007). *Abordaje psicoterapéutico de la depresión en mujeres con cáncer de mama.* Conferencias en Naturosalud 2007. Santa Clara, Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Celestino Hernández Robau". [CD - ROM].
13. Colectivo de autores (2003). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
14. Chang, F, A. y Haber, B, S. (2007). Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo. *Centro de Apoyo de la APA. Asociación Americana de Psicología*, 6 (2), 11-21.
15. Chenoskova, L.I. (1980). *Autoconciencia de la personalidad.* Problemas Teóricos de la Psicología. La Habana: Editorial Orbe.
16. Da Silva, M; M. Villela. (2003). Representación del cuerpo en su relación consigo misma después de la mastectomía. *Revista Latino-Americana, Enfermagem (Brasil)*, 11(3), 299-304.
17. Davison, G.C., Neale, J.M. (2000). *Psicología de la conducta anormal.* DS M-IV México .D.F.Editorial Limusa Wiley.
18. Delisa, A.J., Miller, M.R., Melnick, R.R., Mikulic, A.M. (1985). *Rehabilitación del paciente con cáncer. Principios y práctica de Oncología.* t.III. La Habana: Editorial Científico Técnica.
19. Efectividad y satisfacción. *Microsoft® Student 2008 [DVD].* Microsoft Corporation, 2007.
20. El Cáncer de mama - Factores de riesgo. (2009, 6 de septiembre). Recuperado el día 2 de diciembre del 2010 de [http:// www. mamografía.com/ginecología/ginecologo.html](http://www.mamografía.com/ginecología/ginecologo.html).

21. Rodríguez, E.Y. (2008). *Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. Tesis de licenciatura en Enfermería sin publicar. Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana.
22. Fernández, L. (2002). *Pensando en la Personalidad*. La Habana: Editorial Félix Varela.
23. Ferro, R., Vives, M.A. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace* , V (16).
24. Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from de moving beyond cancer randomized trial. *Journal National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
23. Gómez, I (2008). *Propuesta para la rehabilitación integral de las pacientes longevas afectadas por cáncer de mama*. Tesis de Maestría en longevidad Satisfactoria sin publicar. Santa Clara, ISCM.
24. González, F. (1985). *Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
25. González, D., Aguilar, K. (2009). *Bases de una estrategia de intervención psicológica en mujeres mastectomizadas dirigida a potenciar la autovaloración*. Tesis de licenciatura en Psicología sin publicar. Santa Clara.
26. Haber, S. (2000). *Cáncer de Mama, Manual de Tratamiento psicológico*. España: Editorial Paidós Ibérica. 2-8.
27. Sampieri, R., Fernández, Collado, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4 ed.). México: Mc Graw- Hill.
28. Lazarus, R. S., Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Editorial Paidós.

29. Maldonado, N. (2009). *Afrontamiento y autovaloración en mujeres mastectomizadas con una sobrevivida de más de cinco años*. Trabajo de Diploma. Lic en Psicología sin publicar. UCLV.
30. Cáncer de mama. Microsoft® Student 2008 [DVD]. Microsoft Corporation, 2007.
31. Montiel, V. (2009). *Particularidades de la autovaloración en pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora*. Tesis de Maestría no publicada. Santa Clara, UCLV.
32. Obrist, P.A., Gaebeline, C. J., Teller, E. S., Langer, A.W., Grignolo, A., Light, K. C. y McCubbin, J. A. (1978). The relationship among Heart rate, carotid dP /dt and blood pressure in humans as a function of the type of stress. *Psychophysiology*, 15, 102-115.
33. Perrera, F., Suárez, M. (1996). *Enfermedades de las glándulas mamarias*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
34. Portero, D. (1996). *Las contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de la ansiedad*. Tesis de Doctor en Ciencias Psicológicas sin publicar. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas.
35. Pascual, Y. (2010). *Exploración de procesos autorreferenciales, en pacientes preoperatorias con cáncer de mama y satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida*. Trabajo de Diploma. Lic. En Psicología, sin publicar. Santa Clara, UCLV.
36. Quade, G. (2002, 4 de abril) Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Recuperado el 20 de enero del 2011 de <http://cissecure.nci.nih.gov/ncipubs>.
37. Robles, Sylvia. (2002). *El cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. EE.UU: Editorial Publications Washington.
38. Roca, M. (2000). *Psicología Clínica: Una visión general*. La Habana: Editorial Félix Varela.

39. Roca, M. A.; Vega, R., Zaldívar, D. (2004). *Psicoterapia general*. La Habana:Editorial Félix Varela.
40. Sandino, Tirado, J.G. (2006, 7 de marzo). Autorregulación y Acción Moral. Recuperado el 23 de febrero de 2011 de <http://www.incertidumbre.org/>.
41. Miguel-Tobal, J. y Casado, M. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. *Clín Epidemiol Dec*. Barcelona: Ariel. 50 (12), 1-8.
42. Uzun, O. (2004). Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Journal Nurs Scholarsh* 36(3), 207-213.
43. Zaldívar, D. F. (2007). *La intervención psicológica*. La Habana: Editorial Félix Varela.

Anexos

Anexo 1:

Consentimiento Informado:

La consulta Multidisciplinaria de mama del Hospital Celestino Hernández Robau en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad, están realizando durante este período la investigación titulada: "Intervención psicoterapéutica dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico", es por ello que se le está solicitando su colaboración para participar en la misma, y que de aceptarlo queda seleccionada para conformar la muestra objeto de estudio. Es su elección participar o no en la misma, le garantizamos el secreto profesional y en caso de que durante la investigación no desee continuar formando parte de la misma la puede abandonar. Si ha comprendido lo anterior haga su declaración voluntaria a continuación.

Yo _____ accedo a cooperar en la investigación psicológica que se realiza en la consulta y brindar la información que se me solicite por parte de los profesionales.

Firma de un familiar

Firma de la paciente

Anexo 2:

Guía de entrevista semi-estructurada.

Objetivos:

- Conocer datos generales (edad, ocupación laboral, raza, estado civil).
- Profundizar en el estudio de la autovaloración y sus configuraciones, a partir de los indicadores de uso y de la ansiedad y depresión.

Edad: Raza: Estado civil: Ocupación laboral:

1. ¿Cómo eres?
2. ¿Cómo te ves?
3. ¿Qué piensas de ti?
4. ¿Te gusta la persona que eres?
5. ¿Qué te disgusta de ti?
6. ¿Alguna vez has deseado ser otra persona?
7. ¿Cómo crees que te ven los demás?
8. ¿Qué sentimientos consideras que predominaría en ti con la pérdida del seno?
9. ¿Cuándo te comunicaron que debías ser operada, cómo te sentiste en ese momento?
10. ¿Conoces las características asociadas al tratamiento de la quimioterapia?
11. ¿Piensas que la pérdida del seno puede cambiar tu modo de vida?
12. ¿Crees que después de la cirugía te volverás muy reservada?
13. ¿Te cuesta trabajo acostumbrarte a algo nuevo?
14. ¿Te aceptarás al verte en el espejo luego de que te operen?
15. ¿Aceptarás tu apariencia física después de la cirugía?
16. ¿Te preocupará que las demás personas noten los efectos físicos de la cirugía?
17. ¿Te desanimas con mucha frecuencia cuando realizas alguna actividad?
18. ¿Te resulta difícil tomar decisiones en tu hogar, y fuera de este?
19. ¿Cuáles son tus logros y aspiraciones?
20. ¿Cambiarán tus logros y aspiraciones después de la cirugía?
21. ¿Cómo consideras el balance entre logros y aspiraciones en este momento?

22. ¿Y en el futuro cómo crees que se comportará?
23. ¿Con frecuencia has desistido de obtener algo que te interesa?
24. ¿Disfrutas de las cosas que haces en tu vida?
25. ¿Luchas por alcanzar todo lo que te propones en la vida?
26. ¿Qué sentimientos se asocian al logro o al fracaso?
27. ¿Te molestaría asistir a actividades fuera de tu ámbito familiar?
28. ¿Te sientes una persona útil en tu familia?
29. Comentarios.

Anexo 3:

Escala Dembo-Rubinstein (Modificada)

Objetivo: Conocer la autovaloración.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Salud Felicidad Carácter Inteligencia Presenc. Optimismo Conoc. Autoestima Auto- Auto-
Personal de sí confianza control

¿Por qué se ubica en ese lugar?

¿Qué le falta para llegar a la cima?

Anexo 4:

IDARE:

Objetivo: Conocer cómo se comporta la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado.

Nombre:

Fecha:

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

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

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

1-Me siento calmado.

2-Me siento seguro.

3- Estoy tenso.

4-Estoy contrariado.

5-Estoy a gusto.

6-Me siento alterado.

7- Estoy preocupado actualmente por un posible contratiempo.

8-Me siento descansado.

9-Me siento ansioso.

10- Me siento cómodo.

11_ Me siento con confianza en mí mismo.

12- Me siento nervioso.

13-Me siento agitado.

14-Me siento a punto de explotar.

15-Me siento reposado.

16-Estoy preocupado.

17-Me siento satisfecho.

18-Me siento muy preocupado y aturdido.

19-Me siento alegre.

20-Me siento bien.

IDARE:**Nombre:****Fecha:**

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que corresponda. Indique cómo se siente generalmente.

No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

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

21-Me siento bien.

22-Me canso rápidamente.

23-Siento ganas de llorar.

24-Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.

25-Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.

26-Me siento descansado.

27-Soy una persona tranquila, serena y sosegada.

28-Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.

29-Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.

30-Soy feliz.

31- Tomo las cosas muy a pecho.

32-Me falta confianza en mí mismo.

33-Me siento seguro.

34-Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades.

35-Me siento melancólico.

36-Me siento satisfecho.

37-Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.

38-Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.

39-Soy una persona estable.

40-Cuando pienso en los asuntos que tengo entre mis manos me pongo tenso y alterado.

Anexo 5:

Departamento de Psicología.

IDERE.

Objetivo: Conocer cómo se comporta la depresión como rasgo y la depresión como estado.

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

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

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.....()
2. Estoy preocupado..... ()
3. Me siento con confianza en mí mismo..... ()
4. Siento que me canso con facilidad..... ()
5. Creo que no tengo nada de qué arrepentirme..... ()
6. Siento deseos de quitarme la vida..... ()
7. Me siento seguro..... ()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo..... ()
9. Me canso más pronto que antes..... ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas..... ()
11. Me siento bien sexualmente..... ()
12. Ahora no tengo ganas de llorar..... ()
13. He perdido la confianza en mí mismo..... ()

14. Siento necesidad de vivir..... ()
15. Siento que nada me alegra como antes..... ()
16. No tengo sentimientos de culpa..... ()
17. Duermo perfectamente..... ()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea..... ()
19. Tengo gran confianza en el porvenir..... ()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir ()

IDERE

Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

Casi nunca –1 Algunas veces --2 Frecuentemente –3 Casi siempre --4

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo..... ()
2. Creo no haber fracasado más que otras personas..... ()
3. Pienso que las cosas me van a salir mal..... ()
4. Creo que he tenido suerte en la vida..... ()
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás..... ()
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro..... ()
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones..... ()
8. Me deprimó por pequeñas cosas..... ()
9. Tengo confianza en mí mismo..... ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas..... ()
11. Me siento aburrido..... ()
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen..... ()
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales..... ()
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales..... ()
15. Todo me resulta de interés..... ()
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza. ()
17. Me falta confianza en mí mismo..... ()
18. Me siento lleno de fuerzas y energías..... ()

19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente..... ()
20. Me ahogo en un vaso de agua..... ()
21. Soy una persona alegre..... ()
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago..... ()

Anexo 6:

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES (ROTTER)

Objetivo: Explorar las áreas de conflictos.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas, y opiniones. Trate de completar todas las frases.

1. Me gusta
2. El tiempo más feliz
3. Quisiera saber
4. En el Hogar
5. Lamento
6. A las horas de acostarme
7. Los hombres
8. El mejor
9. Me molesta
10. La gente
11. Una madre
12. Siento
13. Mi mayor temor
14. En la escuela
15. No puedo
16. Los deportes
17. Cuando yo era niño (niña)
18. Mis nervios
19. Las otras personas
20. Sufro
21. Fracagé
22. La lectura
23. Mi mente

24. El impulso sexual
25. Mi futuro
26. Yo necesito
27. El matrimonio
28. Estoy mejor cuando
29. Algunas veces
30. Me duele
31. Odio
32. Este lugar
33. Estoy muy
34. La preocupación fundamental
35. Deseo
36. Mi padre
37. Yo secretamente
38. Yo
39. Las diversiones
40. Mi mayor problema es
41. La mayoría de las mujeres
42. El trabajo
43. Amo
44. Me pone nervioso
45. Mi principal ambición
46. Yo prefiero
47. Mi problema principal en la elección de carrera, profesión y trabajo
48. Quisiera ser
49. Creo que mis mejores actitudes son
50. Mi personalidad
51. La felicidad

Anexo 7: GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Objetivo: Observar las diversas manifestaciones de las emociones en las mujeres con cáncer de mama durante la intervención psicoterapéutica, así como en la caracterización de las peculiaridades de la autovaloración a través del comportamiento.

Aspectos a observar:

1. Emociones positivas (risa, sonrisa, felicidad, emoción expresada de manera facial, vocal o corporal).
2. Enojo (gritos de enojo, alaridos, expresiones faciales de enojo, amenazas o quejas apasionadas).
3. Angustia (llanto, fastidio, lloriqueos, expresiones faciales de preocupación).
4. Participación activa en los debates audiovisuales.
5. Participación activa en las técnicas afectivo vivenciales.
6. Manifestaciones de relajación durante los ejercicios para este propósito.
7. Expresiones objetivas de afecto para con su compañeras: abrazos, besos, tocarse, acariciar, tomar la mano, consolar verbal o extraverbalmente.
8. Participación activa en los temas tratados, emitir juicios, valoraciones adecuadas, dar definiciones o ejemplos sobre nuevos términos relacionados con la enfermedad. Contestar correctamente las preguntas de las compañeras y los terapeutas.
9. Expresiones de disfrute y complacencia con las actividades, deseos de permanecer reunidas, fijar nuevas fechas, hacer planes para reencontrarse fuera del contexto grupal.
10. Expresiones verbales de solidaridad, ayuda mutua, acompañamiento mutuo.

Anexo 8: Indicadores de uso para la evaluación de la autovaloración.

Autovaloración: es una configuración de la personalidad que integra articuladamente un concepto de sí mismo, generalizado, con relativa estabilidad, dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de la vida. Constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia, y supone además la presencia de valoraciones, vivencias sobre sí mismo, sobre los contenidos esenciales de su personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes en las cuales se implica afectivamente. Se trata de un proceso vivo, dinámico, organizado de reflexiones desde un compromiso altamente emocional en torno a un conjunto de marcos estables de referencia.

A partir de esta definición se establecen un grupo de indicadores que permiten comprender el contenido de la autovaloración:

- 1. Autoconocimiento:** conocimiento que tiene el sujeto de sus fuerzas, capacidades mentales, vivencias, acciones, motivos y objetivos de su comportamiento, de su actitud hacia el medio y hacia las personas con las que interactúa donde se manifiesta la relación afectivo cognitivo, mediatizado por la personalidad.
- 2. Autoestima:** percepción evaluativa que hace el sujeto de sí mismo, que implica una actitud positiva o negativa hacia sí mismo y sus actuaciones expresadas en un determinado grado de confianza, respeto, consideración, aceptación y amor incondicional de su propio yo.
- 3. Criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades en relación con exigencias del medio y del propio sujeto.**
- 4. Expresión de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad, en el autorreferente de sí mismo y su conducta.**
- 5. Flexibilidad:** capacidad que tiene el sujeto para ajustarse a su situación real de vida.
- 6. Correspondencia entre logros y aspiraciones:** Adecuación, reconocimiento de las posibilidades reales y justa valoración de los logros y aspiraciones.

7. Valoración de los demás hacia sí mismo: Creencia sobre lo que los demás opinan de sí mismo, valoración de pertinencia de esta.

8. Correspondencia entre la valoración de sí y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia: Evaluación del equilibrio entre las demandas y posibilidades reales de existencia y desempeño.

Anexo # 9:

Encuesta de satisfacción para pacientes con cáncer de mama:

Objetivos: -Evaluar el comportamiento de las variables en estudio.

-Conocer la satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida.

-Constatar la efectividad de la intervención.

1. Cómo se sintió en el grupo:

1.1 Le gustó: Sí____ No____ Comentarios: _____

2. Dentro de la intervención y la multimedia como instrumento qué aspectos consideras más útiles. Marque con una X:

-----Técnicas afectivas-vivenciales

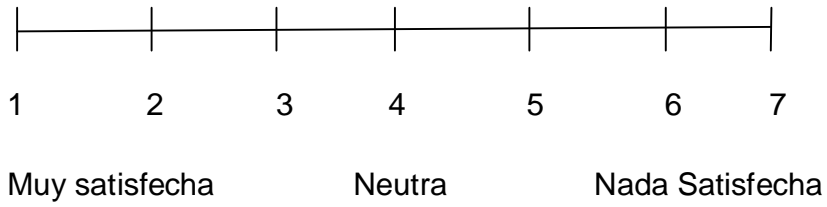
____ Técnicas de educación sanitaria

____ Técnicas de relajación

____ Audiovisuales

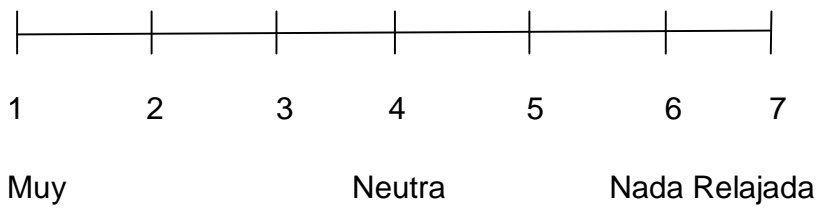
____ Debates grupales

3. Cómo se siente con respecto a su autoimagen.



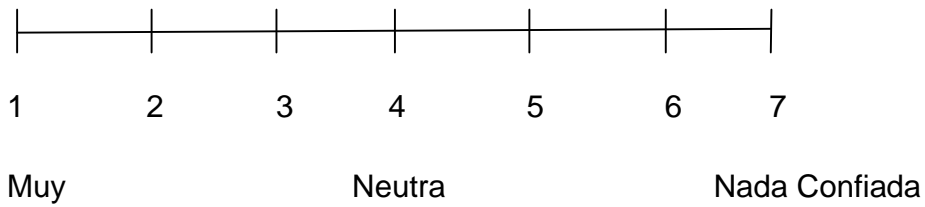
4. Cómo se siente afectivamente:

Relajada:



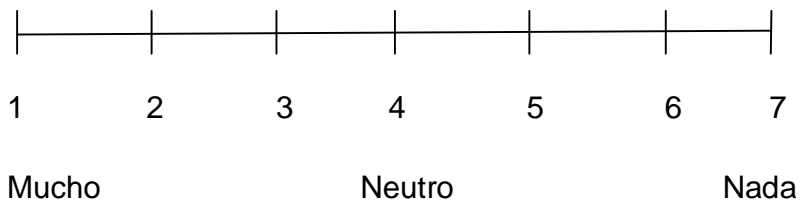
Relajada

Confiada:

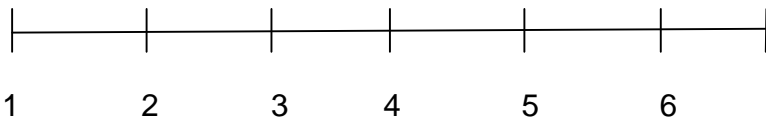


Confiada

Con espíritu de lucha:



Conforme con su imagen:

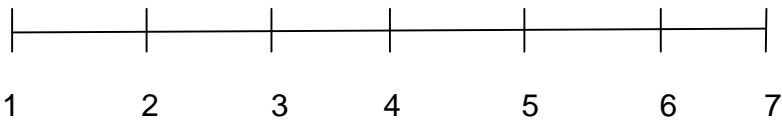


Muy conforme

Neutra

Nada conforme

Autoestima:

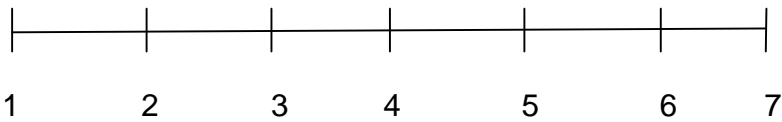


Muy alta

Neutra

Baja

Autoaceptación:



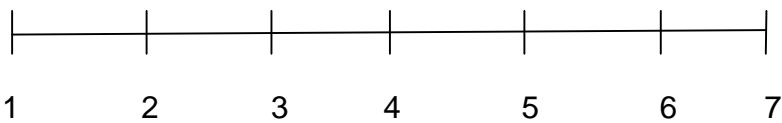
Muy

Neutra

Nada Aceptada

Aceptada

Tristeza:



Muy

Neutra

Nada triste

Triste

Anexo # 10:

Entrevista semi-estructurada al oncólogo dirigida al control de cambios.

A continuación le realizaremos algunas preguntas a las cuales deseamos conteste con la mayor sinceridad, nos resultaran de gran utilidad sus respuestas para adecuar el tratamiento que recibe su paciente.

Objetivos: -Conocer la satisfacción del médico con la intervención psicoterapéutica recibida por su paciente.

-Identificar los beneficios para la rehabilitación de la paciente percibidos por el médico.

- Constatar la efectividad de la intervención.

1. Cómo ve en términos generales a su paciente:

Mejor_____ No observa cambios_____ Peor_____ Comentarios: _____

2. Qué técnicas ella refiere que le resultan más útiles. Marque con una X:

____ Técnicas afectivas -vivenciales

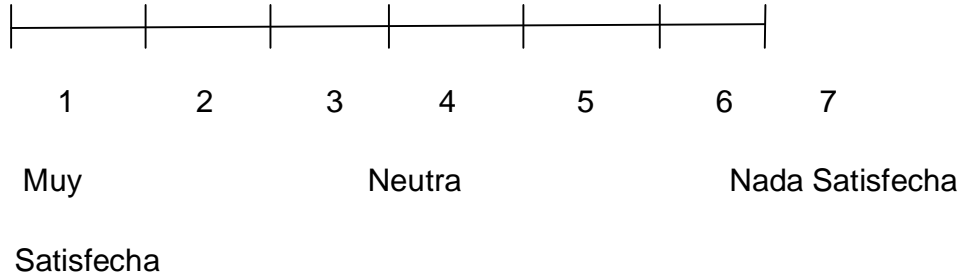
____ Técnicas de educación sanitaria

____ Técnicas de relajación

____ Audiovisuales

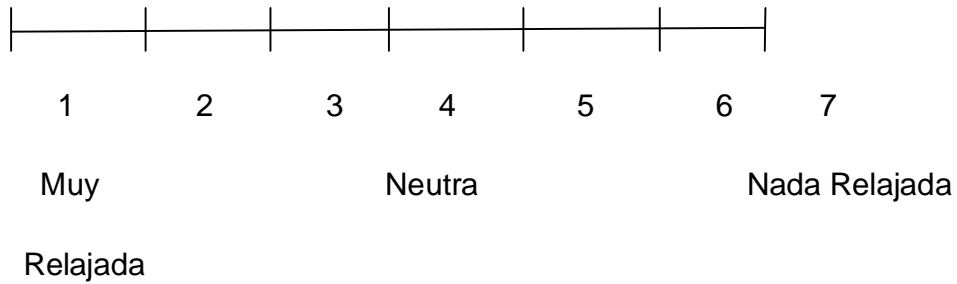
____ Debates grupales.

3. Cómo cree que él se siente con respecto a su autoimagen.

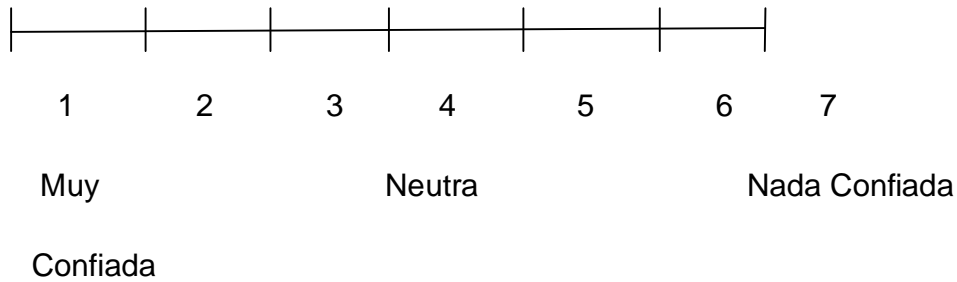


4. Cómo cree que él se siente afectivamente:

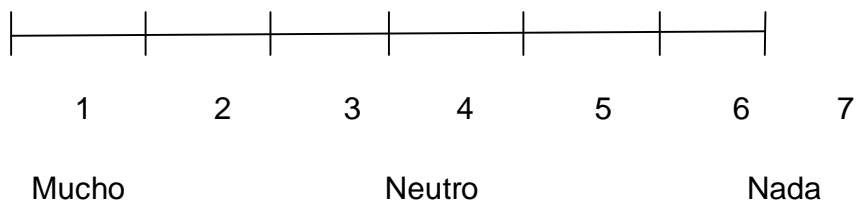
Relajada:



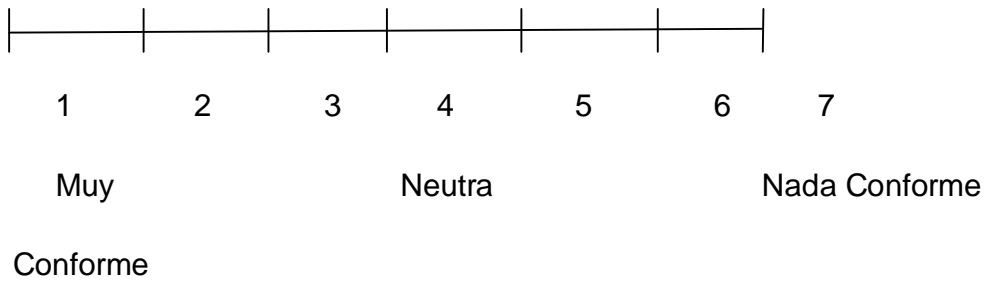
Confiada:



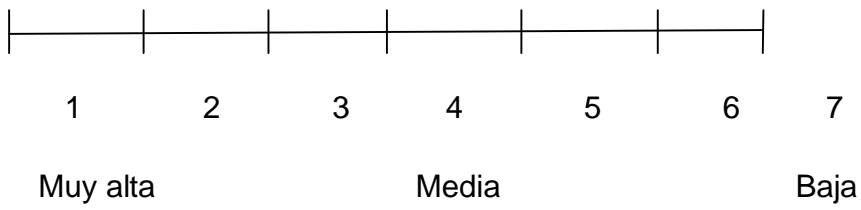
Con espíritu de lucha:



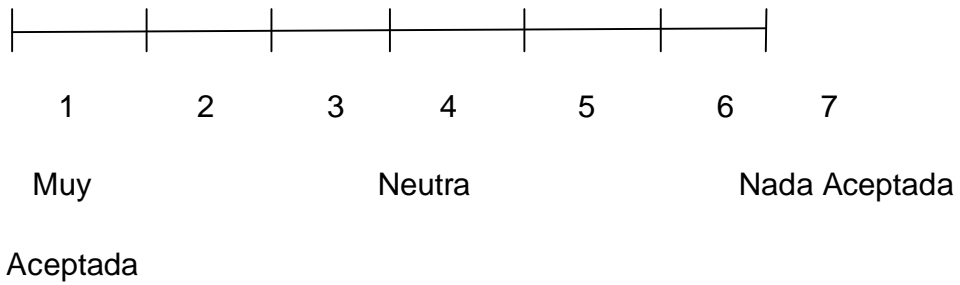
Conforme con su persona:



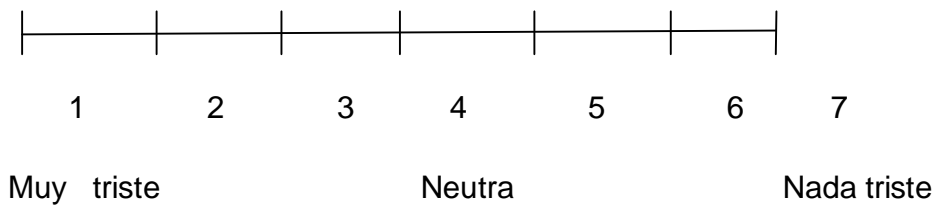
Autoestima:



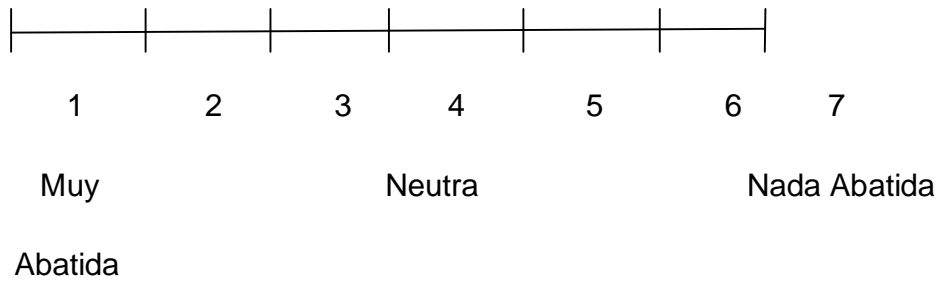
Autoaceptación:



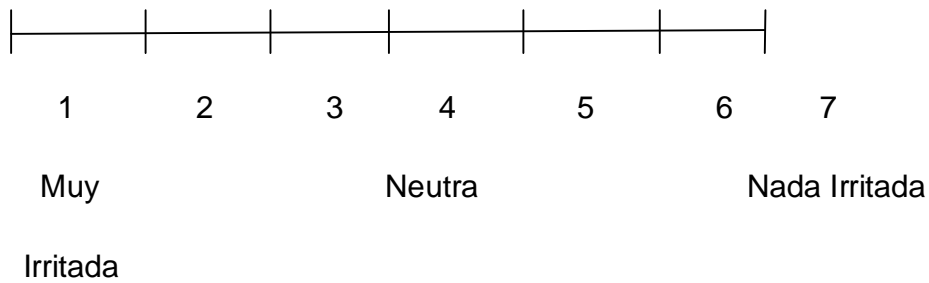
Tristeza:



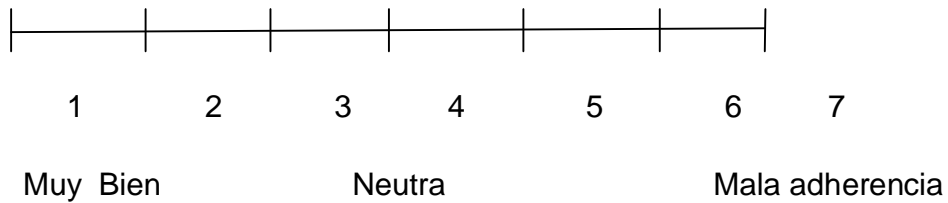
Abatida:



Irritabilidad:



Adherencia terapéutica:



5. Al hablar de sus problemas ante el grupo, dice que le resulta (marque con una X):

cada vez más fácil.

cada vez más difícil.

amenazante.

relajante

Anexo 11:

Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”



Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

“CONJUGANDO AMOR Y SALUD”.

Intervención Psicoterapéutica

**dirigida a pacientes con cáncer de mama, desde los procesos
autovalorativos y emocionales.**

Santa Clara, 2010

"En la infinidad de la vida, donde estoy, todo es perfecto, completo y entero, y sin embargo, la vida cambia siempre. No hay comienzo ni final; solo un reciclar constante de la sustancia y las experiencias. La vida jamás se atasca, ni se inmoviliza, ni se enrancia, pues cada momento es siempre nuevo y fresco. Soy uno con el mismo Poder que me ha creado y que me ha dado el poder de crear mis propias circunstancias. Me regocija el conocimiento de que tengo poder para usar mi mente tal y como yo decida. Cada momento de la vida es un comienzo nuevo que nos aparta de lo viejo y este momento es un nuevo comienzo para mí, aquí y ahora.

Todo está bien en mi mundo".

Louise LHay

Heal Your Body

DIRIGIDO A: Pacientes con cáncer de mama no metastásico.

JUSTIFICACIÓN: Vemos la salud apoyado en una visión humanista, integradora, con base en los desarrollos teóricos y experimentales de las ciencias sociales y las ciencias naturales, en la emergencia de un nuevo paradigma integrador en el campo de la epistemología para referimos a la salud desde un punto de vista más global, con el objeto de superar la visión dualista del hombre, que nos permite una mirada desde un acercamiento en positivo, analizada desde su propia realidad sustantiva y, no simplemente, como la visión en espejo de la enfermedad. Su tarea consiste básicamente en iniciar un movimiento para que la salud se exprese mediante el aseguramiento de las condiciones internas y externas que permiten o facilitan su expresión a cada persona, esta categoría puede estar presente aún en presencia de la enfermedad, ya que son categorías independientes.

Lo que pensamos de nosotros mismos llega a ser verdad para nosotros. Nadie, ningún lugar ni cosa, ni siquiera la más cruel enfermedad, tiene poder alguno sobre nosotros, porque en nuestra mente los únicos que pensamos somos «nosotros», los que creamos nuestras experiencias, vivencias, nuestra realidad y todo lo que hay en ella. Cuando creamos paz, armonía, optimismo, seguridad y equilibrio en nuestra mente, los encontramos en nuestra vida, aún frente a las más cruentas enfermedades.

Es importante demostrar que una vez descubierto el origen de muchas de las creencias y temores sobre el cáncer y sus consecuencias, no se debe tomar esta información como excusa

para inmovilizarnos en nuestro dolor. Tampoco importa durante cuánto tiempo se haya seguido una pauta negativa. El momento de poder cambiar, siempre es **el presente**.

En nuestra estrategia partimos de los siguientes postulados:

Elegimos lo que pensamos de nosotros mismos, Puede ser que habitualmente se piense siempre lo mismo –fallé, ya no sirvo-, y que no parezca que se esté escogiendo lo pensado. Pero se hizo la opción originaria. Es posible negarnos a pensar ciertas cosas y fijarse con qué frecuencia se ha negado a pensar algo positivo sobre usted. Cuando hablamos de expresiones de la salud, está implícita la persona como sujeto portador y ejecutor del proceso, nuestra idea no es disminuirla con nuestras preocupaciones.

No hay nadie que no sufra, en una u otra medida, por odiarse a sí mismo o por sentirse culpable, incluso por estar enfermo y pensar que ya no será el mismo. Cuanto más culpa, rechazo y más odio hacia nosotros mismos albergamos, peor funciona nuestra vida y por ende nuestra salud. Adhiriéndonos al enfoque neuropsicoendocrino inmunológico, cuanto menos culpables nos sintamos, cuanto más a gusto nos sintamos con nosotros mismos independientemente de la situación en que estemos, mejor funcionará nuestra vida, en todos los niveles. La autovaloración, es una de las formaciones más centrales que conforman la personalidad del sujeto, según pensemos y sintamos por nosotros, en la medida que nos conozcamos mejor, nos amemos y seamos conscientes de nuestro valor y diferencia con los demás, más eficientemente regularemos nuestros comportamientos en aras de sanar y luchar por recuperarnos de las pérdidas.

Elegimos lo que sentimos hacia nosotros mismos, Cuando se es presa del pánico es muy difícil concentrar la mente en el trabajo curativo. Primero es necesario comprensión para disolver los miedos.

Si optamos por sentir que somos víctimas indefensas y que en ninguna parte hay esperanza, todas las circunstancias nos apoyarán en esa creencia. Es vital que renunciemos a esos sentimientos pesimistas, negativos y claudicantes que no nos sirven de apoyo, ni nos orientan en la lucha por la vida.

Si uno se ama y se aprueba a sí mismo, creándose un espacio mental de seguridad, confianza, mérito y aceptación, eso aumentará sus posibilidades de adaptación a la enfermedad contribuyendo a su organización mental, creará más relaciones de amor en su vida, para con sus familiares, médicos y sobre todo para consigo mismo. Las personas que se aman a sí mismas, y que aman su cuerpo, no abusan de sí, ni de los demás, cumplen mejor las indicaciones médicas y evolucionan mejor ante las enfermedades, adoptando formas de afrontamiento más activas y óptimas.

No podemos ser objeto de nuestras vidas, siempre debemos procurar convertirnos en sujetos activos, líderes de nuestra sanación, creemos capaces de vencer las adversidades, entre ellas los problemas de salud, es el primer paso para lograrlo. Visualizarnos victoriosos, triunfantes ya, en la batalla por la vida, da optimismo para la lucha y fortalece la salud. Amarnos y amar nuestro cuerpo, mostrando orgullosamente nuestras heridas como triunfos, nos ubica directamente en la lucha por el futuro, reconociendo nuestras condiciones y admitiéndolas como un pago necesario para sobrevivir.

Recibir y dar amor, Ante algunas adversidades y sobre todo una enfermedad tan temida como el cáncer, muchos prefieren enclaustrarse y sus parejas y familiares no encuentran la fórmula para quebrar estos muros de dolor, nadie llora pero nadie está alegre, comienza un luto precoz y la promesa de una muerte posible se enseñoorea de las familias, cuando en realidad cada vez más personas sobreviven por largos años gracias a las nuevas formas de tratamientos y tanto como el alimento y el agua, para recuperarse y comenzar el camino de la rehabilitación, necesitan afecto. Ser querido es sin lugar a dudas una de las principales necesidades del ser humano, sentirse aceptado y respetado por el entorno social en que se desenvuelve su actividad vital es básico para el normal funcionamiento de la personalidad, la sensación de soledad, de rechazo puede ser altamente perturbadora y capaz de provocar innumerables trastornos en el plano psicológico, sobre todo si esta percepción es mantenida desde la niñez, por eso, se consideran de gran importancia las expresiones de cariño, tanto físicas como verbales, que si bien tienen un papel único en la formación de la personalidad, este, es no menos importante en su reparación y sanación. El intercambio de afectos, el acercamiento con el grupo, premia nuestro afecto y nos llena de una poderosa fortaleza vital, capaz de renovar nuestras energías y levantar el ánimo. Sin embargo muchas veces, no

encontramos las palabras adecuadas para expresar lo que sentimos, otras veces, simplemente no nos atrevemos a decirlas, ya sea por timidez o porque los sentimientos nos abruma, en esos casos se puede contar con el idioma no verbal de los abrazos, de las caricias, de la risa, no sólo debemos utilizar el lenguaje también debemos utilizar la sabiduría intuitiva, sin palabras y escuchar con el “corazón”. A diferencia de lo que muchos consideran amarse a sí mismos, no significa vanidad ni envanecimiento, muy por el contrario, nos provee de comprensión para con nuestro cuerpo que se traduce en cuidado y compromiso de curación y rehabilitación.

Las técnicas psicoterapéuticas que utilizamos en nuestra intervención para facilitar la adaptación a la enfermedad y sus secuelas y potenciar la autovaloración, y las emociones positivas, van todas encaminadas a incrementar el amor por sí mismo y por los demás, incentivando sobre todo su expresión y aceptación. Propiciaremos entonces este incremento de afecto por sí mismas en las participantes, buscando restaurar la autovaloración como mecanismo autorregulador de la personalidad, capaz de reconfigurar una mejor evaluación de las fortalezas ante el evento adverso de la enfermedad y la mastectomía, reconstruir la autoimagen incorporando el principio de la belleza interna como premisa, desde donde pretendemos generar sentimientos de autoconfianza, autoestima que nutren el autoconocimiento y la autorregulación. Los partícipes aprenderán estas técnicas vivenciándolas en grupos donde se mantengan y desarrollen los conceptos básicos de pensar lo que elegimos, dar y expresar amor a nuestro cuerpo y a los demás y cambiar la actitud de autocastigo y luto por sentimientos positivos de lucha y optimismo.

Enfoque basado en la psiconeuroinmunología, ha aportado los elementos básicos que permiten transformar la asistencia médica y apoya la inclusión de dimensiones humanas, emotivas, subjetivas, cognitivas, en el proceso de ayuda, que dentro de esta visión no se reduce sólo a mensurar lo más finamente posible la patología para reducirla, sino que tiene como objetivo la atención a la persona enferma. Al tener el papel protagónico, la persona que porta la enfermedad, se pueden incluir en este encuentro humano todas sus capacidades, tendencias, habilidades y colocarlo al servicio de la disminución de la enfermedad.

Enfoque basado en las necesidades, Para la implementación de esta intervención psicoterapéutica, se partió del diagnóstico de las necesidades de las pacientes, según los estadios y características propias del cáncer de mama y las secuelas específicas que acarrea física, social y psicológicamente, sin olvidar la función icónico-simbólica de la palabra cáncer en la representación social, que evoca imágenes de muerte, declive, desfiguración, dolor y teniendo en cuenta que es una enfermedad que se desarrolla específicamente en la mujer afectando uno de los principales atributos de la feminidad, magnificado por las culturas humanas desde la antigüedad, donde radica uno de los principales centros del placer y atractivo sexual y cuya pérdida debe ser procesada a un nivel muy profundo para conseguir continuar la vida con la mayor satisfacción posible, dicho diagnóstico lo realizamos teniendo por principio la jerarquía de las necesidades de autorreferencia y autodesarrollo y enfocando nuestros objetivos terapéuticos hacia estas.

Teoría de la Jerarquía de las Necesidades. Pirámide de Maslow (Principios)

Fisiológicas: Se relacionan éstas con el ser humano como ser biológico. Son las más importantes de todas pues son las que están vinculadas a su condición de ser viviente (hambre, sed, sexo y vestido).

Seguridad: Están vinculadas con los deseos de orden y estabilidad en el marco de las condiciones sociales en que vive el individuo.

Amor, Afecto o Posesión: Se refieren a los deseos de relaciones humanas de carácter armonioso con las necesidades de aceptación por los demás (la familia, los hijos, los amigos, personas del sexo opuesto, etc).

Estimación: Se incluyen en este grupo tanto las necesidades de autoestima como la estimación por parte de los otros. Se incluyen los deseos de prestigio, de ser apreciado y valorado por los demás.

Autorrealización: Se les denomina también necesidades de crecimiento y tienen una estrecha relación con las de estimación. Se refieren a los deseos de desarrollar y expresar las capacidades que se poseen.

En el caso de las pocas personas que pasan por los cinco niveles, Maslow descubre dos clases adicionales de necesidades cognoscitivas: el deseo de conocer y entender y la necesidad de satisfacción estética.

El deseo de conocer y comprender se encuentra relacionado con los deseos que tiene el ser humano de comprender el ambiente que le rodea, la naturaleza, en fin de entender el mundo; mientras las necesidades de satisfacción estética se refieren a la necesidad de belleza, simetría y de arte en general. (Bello, Z; Casales, J.C, 2003).

Objetivo general:

Potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico.

Objetivos específicos:

1. Facilitar la expresión emocional a través del uso de las técnicas basadas en el afecto, dentro del grupo de las mujeres con cáncer de mama.
2. Contribuir a desarrollar una posición activa en la reconstrucción de la autovaloración y sus configuraciones y adecuación de estados emocionales.
3. Fomentar mayor adherencia y recursos de enfrentamiento hacia el control del cáncer, acrecentando el caudal de conocimientos sobre la enfermedad y sus tratamientos específicos.

Beneficiarios:

Directos: Pacientes con cáncer de mama, estadio 1. No metastásico. Cuyo grado de inadecuación emocional a las contingencias de la enfermedad no se considere como un trastorno psicopatológico mayor.

Indirectos:

- Familiares.
- Mastólogos y oncólogos en general, así como médicos de familia que apoyan el control del cáncer en la comunidad.

- Psicólogos que apoyan el equipo básico de salud de la APS, los insertados en atención secundaria y terciaria de salud y todos aquellos profesionales relacionados con el control del cáncer en la comunidad.

Limites:

- **De espacio:** Instituciones de salud encargadas del control del cáncer de mama. Fue creado para ser reproducido a través de una multimedia o sin ella a partir de un instructivo, en cualquier nivel de atención de salud, donde se inserte un psicólogo capacitado para su implementación.
- **De tiempo:** Debe comenzar desde el momento del diagnóstico inicial, puede continuar permanentemente en el área de salud, está concebido para la atención asistencial paralela a la consulta de mastología por varios meses, con periodicidad semanal.

Procedimiento del trabajo en general:

Etapa preliminar: Etapa de captación y diagnóstico en los servicios hospitalarios de oncocirugía y consulta de psicooncología. En ella es considerada cada paciente en particular y se recomiendan o no para el trabajo en grupo, teniendo en cuenta las individualidades del caso, con lo que aseguramos un tratamiento personalizado dentro de la variedad y complejidad que asume el mismo. Evaluación psicológica (pre-prueba). Se realizará el encuadre grupal, aquí recibirán la secuencia de encuentros y los objetivos, cada uno de los cuales, se recogerá en Guías Psicoeducativas, para la revisión independiente, además de una multimedia contentiva de abundante contenido informativo. En el encuentro inicial se ofrecerán los objetivos del grupo. Tratamiento con esencias florales del Sistema diagnóstico terapéutico de Edgard Bach.

1ª Etapa: Luego de intervenidas quirúrgicamente o estar en espera de la misma, asistirán al control médico a los 7 días y de forma simultánea, se integrarán al grupo psicoterapéutico, que proseguirá con frecuencia semanal por varios meses.

Se realizará con grupos abiertos, en dos momentos:

a). Las pacientes previa evaluación psicológica en sala o consulta (pre-prueba), concurrirán a consulta de Psicología, integrada a la Consulta Multidisciplinaria Central de Mastología, se presentaran a un grupo de pacientes captadas con anterioridad desde el inicio de la intervención. En un clima de comprensión y apoyo mutuo, serán estimuladas a relatar sus historias personales en relación al diagnóstico de la enfermedad y la captación, las pacientes previamente incorporadas brindaran sus experiencias y desarrollos personales durante la situación de salud, facilitando la ventilación de los conflictos y sufrimientos de cada una.

b). Durante los encuentros siguientes, se ofrecerá la multimedia con materiales audiovisuales y/o verbales de información. Se implementarán técnicas afectivo vivenciales y de relajación, estos encuentros consistirán en grupos de discusión y práctica de las técnicas afectivo-vivenciales para la adecuación de la autovaloración y disminución de los estados emocionales negativos. En todas las técnicas se evalúa el desarrollo individual y grupal, a través del análisis de las relatorías tomadas en cada sesión y la observación de la conducta de los participantes, además de sondeos diagnósticos sistemáticos. Se busca clarificar el estado psicológico en el que se encuentra la paciente ayudándola a redefinir la situación, afinar las prioridades, y lograr la reconstrucción de la autovaloración, además de una posición activa frente a la enfermedad.

2ª Etapa: Evaluación psicológica para la estimación de los objetivos propuestos (Post-prueba). Resumen e integración de las evaluaciones sistemáticas.

3ª Etapa (fase consolidación): Se facilitará el seguimiento continuo, como un servicio coadyuvante, paralelo a la consulta médica cada mes durante el primer año siguiente a la intervención quirúrgica, hasta finalizar la fase de tratamiento activo oncoespecífico, con cortes en 4 y 6 meses, luego a los 12 meses, aunque se mantiene la consulta abierta para todas aquellas que deseen regresar. Mediante entrevista se confirmará la estabilidad de los logros alcanzados.

Etapa complementaria: Prevista para un caso de fracaso terapéutico dentro del grupo o como alternativa para aquellas cuyo grado de inadecuación superaba las indicaciones para la intervención grupal, en consulta diferida, se utilizarán otras técnicas de ayuda psicológica o psicoterapia individual dirigidas a aquellas pacientes que mantengan una conducta depresiva o ansiosa, como: técnicas para la resolución de problemas, desensibilización sistemática, relajación de Schultz, farmacoterapia y reformulación de la terapia floral según la necesidad. Tras la solución de los conflictos irresueltos se reincorporarán al trabajo grupal, de ser posible. En cualquier caso, es una opción necesaria pues, no debemos olvidar la magnitud de las pérdidas, la rapidez e imprevisibilidad de los cambios que acontecen en la mujer que pasa fatalmente de sana a enferma.

Recursos:

Materiales: Su selección se ha realizado tomando en consideración la disponibilidad de recursos existentes en las Unidades de Atención de Salud. Aquellos de mayor costo (Computadora) pueden ser utilizados o no, siendo sustituidos por reproductor de CD o realizar las técnicas verbalmente.

- Protocolos de las técnicas psicológicas concebidas para la evaluación y el diagnóstico.
- Local con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación y con la cantidad de sillas necesarias de acuerdo al tamaño del grupo.
- Computadora y multimedia o equipo de audio y CD de Entrenamiento en autorelajación.
- Papel y lápiz.

Humanos:

1. Terapeuta y coterapéutas. Se requiere de profesionales que deben tener formación en Psicología y conocimientos básicos en técnicas terapéuticas grupales, en técnicas de control emocional y formación psicooncológica. Se requiere de al menos un coterapéuta.

2. Recursos humanos de apoyo: (no obligatoria): Oncólogos, enfermeras, Médico de Familia. Los cuidadores pueden participar en función de asistentes y beneficiarios.

Técnicas psicodiagnósticas a emplear:

- Entrevista Semiestructurada.
- IDARE
- IDERE
- ROTTER
- Dembo Rubistein
- Observación participante.

Técnicas psicoterapéuticas:

Técnicas afectivo vivenciales: Orientadas a potenciar el amor por sí mismas, elevar la autoestima, conseguir la ventilación de los conflictos que impiden la adaptación y redefinir nuevas metas y prioridades, sobre la base de la reorganización de los significados y sentidos personales, partiendo del propio valor personal, luego del diagnóstico. Se basan en los aportes de la psiconeuroinmunología.

-Objetivos: Facilitar la expresión emocional, adecuar la autovaloración a las posibilidades de enfrentamiento a la enfermedad y aguzar todos los recursos personológicos posibles en aras del enfrentamiento eficiente a la enfermedad.

- Abrazoterapia: el simple acto de abrazar, confiere sensación de seguridad, apoyo, amor, Protección, Confianza, Fortaleza, Sanación, Autovaloración: El reconocimiento de que valemos es la base de toda satisfacción y todo éxito en nuestra vida. Mediante el abrazo podemos transmitir el mensaje de reconocimiento al valor y excelencia de cada individuo. Nuestra fortaleza se convierte en poderosa energía curativa cuando la transmitimos por medio del abrazo. El contacto físico y el abrazo imparten una energía vital capaz de sanar o aliviar dolencias menores.
- Danza Afectiva: En Cuba como resultado del desarrollo en la ciencia y el Arte se inicia en 1973 el Psicoballet, que en esencia es una modalidad de terapia artística, dentro del modelo del arte-terapia, una terapia específicamente danzaria; pero es también una terapia por el movimiento, tan necesario para comenzar el proceso de

rehabilitación física, como instrumento para la acción, embellece, el proceso terapéutico, a través de sus posibilidades estéticas, la motivación y el disfrute real, tan necesario a cualquier proceder terapéutico. El trabajo artístico en cada una de las sesiones facilita el proceso creativo y la recreación, la expresión de sentimientos y de tensiones, la comunicación, el aprendizaje, la formación y la transformación.

- Psicomusicoterapia: La musicoterapia es el uso de la música para mejorar el funcionamiento físico, psicológico, intelectual o social de personas que tienen problemas de salud o educativos.
- Debate de materiales audiovisuales.
- Técnicas afectivo-participativas: “Carga pesada”, Técnica “miedos , expectativas y esperanzas, “Te Queremos”, “nuevas palabras nuevos significados”, “Te quiero” , “El masaje “

Técnicas informativas o de educación sanitaria: El cáncer es una enfermedad tan temida, que muchas personas prefieren como estrategia de evitación no conocer, sin embargo ante la emergencia del diagnóstico, se requiere elevar los conocimientos, mediante la disponibilidad de información básica con relación a su enfermedad y su control, así satisfacemos una de las principales estrategias de afrontamiento: la búsqueda de información, que de no ser adecuada puede influir desfavorablemente en la adherencia terapéutica del paciente y en su control emocional, al encarar mitos, representaciones, prejuicios o creencias populares erróneas.

- Objetivo incrementar y adecuar el nivel de información que tienen los pacientes sobre su enfermedad, así como las particularidades del tratamiento y la necesidad de cumplir el mismo. Se emplea como recurso la multimedia.

Técnicas de desactivación fisiológica o no descubridores: Se parte de supuesto de que las emociones y de manera particular las emociones negativas implican un nivel de activación fisiológica que puede llegar a desencadenar disfunciones orgánicas.

- Objetivo: reducir el nivel de activación psicofisiológica del paciente. Se concibe como un entrenamiento en el que el individuo forma parte activa en el aprendizaje y es libre de

implementarlo a voluntad cuando la situación así lo requiera, se modelan situaciones referentes al contexto hospitalario para su ejercitación. Buscando mayor solidez en los resultados se han integrado, como ya es usual tres tipos de estrategias de inducción de relajación, ellas son:

- Ejercicios de respiración: hacen especial hincapié en el control de la respiración diafragmática como estrategia de desactivación fisiológica.
- Versión abreviada del Entrenamiento Autógeno de Schultz: Ejercicio de peso y sugerencias post hipnóticas: Dada la premura con que transcurre todo el proceso de captación, intervención quirúrgica e implementación del tratamiento quimio, concebimos este entrenamiento limitado a su primer ejercicio. Esta depurada técnica de relajación, ha sido empleada durante décadas y ha tenido el predicamento de ser la mejor, la más duradera y eficaz técnica de relajación aplicable en todos los casos en los que se requiera una relajación como base de otros tratamientos. El EA. se basa en la conmutación de la atención, autohipnótica, según término que utiliza el creador de la técnica, hacia el propio cuerpo y su percepción intensiva en situación de relajación con bloqueo respecto la percepción del perimundo exterior. En esta situación las vivencias de tranquilidad, salud y bienestar son reforzadas autosugestivamente derivándose de ello los efectos beneficiosos. Se desarrolla sistemáticamente con inmovilización y relajación conciente.

Implica:

- -Actitud corporal adecuada
- -Inhibición de la actividad dirigida hacia el exterior
- -Concentración deliberada y consciente sobre determinadas funciones fundamentalmente sensoriales
- -Creación de un medio ambiente favorecedor

La primera fase es la relajación muscular que se produce por la vivencia del "peso" primero del brazo derecho - o del lado dominante - y luego de los dos brazos, extremidades y resto del cuerpo. El dominio de cada fase puede requerir varias semanas y al menos dos ejercicios diarios, y no debe pasarse a la siguiente hasta que esta sea eficaz. En este caso combinaremos este nivel con imaginiería guiada y

sugerencias auto hipnóticas de tranquilidad, relajación y calma, reforzadas por otras de vitalidad, fuerza y vigor.

- Técnicas de visualización o imaginería (guiada): Son una recreación de la imaginación mental en el que a través de metáforas investigativas, sugeridas por el terapeuta, se provoca una desactivación psicofisiológica, dotando a las pacientes de una zona de confort para su uso.

Contenidos de educación para la salud por temas:

Contenidos por temas:

Tema I: La mujer, la importancia de la estética

1.1 Características morfofisiológicas de la mama.

1.2 Belleza, estética, autoimagen.

1.3 Consejos prácticos y útiles.

Tema II: La autovaloración.

2.1 Conceptos de autovaloración y sus configuraciones, desarrollo personal e importancia de quererse a sí

2.2 Consejos prácticos y útiles.

Tema III: Un acercamiento al cáncer de mama

3.1 Los factores de riesgo. Estilos salutogénicos.

3.2 Tratamientos oncoespecíficos para el cáncer de mama.

3.3 Nuevas respuestas, nuevas palabras.

TEMA IV: Fundamentos de las terapias afectivas y vivenciales.

4.1.-Necesidades de afecto. Pensamientos positivos y neuropsicoinmunología.

4.2.- Terapias afectivas y vivenciales. Concepto.

TEMA V: Estados emocionales y su control. Técnicas de relajación y respiración.

5.1 Concepto, tipos y repercusión en la salud de los estados emocionales.

5.2 Modalidades de relajación y respiración, necesidad y requerimientos para su realización.

TEMA VI: Importancia del grupo, sueño, y la familia en el apoyo psicológico.

6.1 Comunicación y dinámica familiar, ayuda mutua. Importancia.

6.2 Visitas a otras pacientes y amistades.

6.3 Relación de pareja, sexualidad, mitos y consejos.

Evaluación: En esta tarea en el período de quimioterapia se realiza en la etapa final del tratamiento oncoespecífico luego de cuatro meses, mediante la comparación de los resultados pre y post experimentales desde el punto de vista psicológico y se realiza un primer corte de efectividad, teniendo en cuenta los resultados y el criterio de pacientes y equipo médico (psicoterapeuta y oncólogo-quimioterapeuta).

Bibliografía:

1. Bello Gómez A. Terapia Cognitiva en un servicio de atención domiciliaria. Psicólogo col. M-12.992. Socio Acreditado de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas. Servicio de Atención Domiciliaria de AMAFE. (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia).
2. Beck. J.S: (1995) Cognitive Therapy: Basic and Beyond. The Gilliford press. N.Y.
3. Bello, Z; Casales, J.C. (2003) Psicología Social. Editorial "Félix Varela". La Habana
4. Bradshaw, J. (2001) Volver a la Niñez. Edit. Selector. México.

5. Castro L. SALUD, Abrazoterapia para rejuvenecer. Adaptación Teletica.com.
6. Carnegie, D. (2002) Cómo Ganar Amigos e Influir sobre las Personas. Edit. Sudamericana. México.
7. Castañeda, L. (2001) Un Plan de Vida para Jóvenes. Qué Harás con el Resto de tu Vida. Edit. Poder. México.
8. Dyer W. W. (1978) Tus Zonas Erróneas (Técnicas audaces, pero sencillas para dominar los esquemas erróneos de tu conducta). Edit. Grijalbo. México.
9. Fernández. L. (1999). La autoestima. Autoestima en la vida humana. Editorial Ciencias Sociales. La Habana.
10. Fernández. L. (1999) La autoestima El cuerpo y el arte de ser. Editorial Ciencias Sociales. La Habana.
11. González, L. J. (1999) Ser creativo. Libera a tu Artista Interior desde PNL Edit. Lumen. Buenos Aires, Argentina, (c).
12. Goleman D. (1997) La Inteligencia Emocional (Por qué es más importante que el cociente intelectual). Edit. Javier Vergara Editor. 3a Reimpresión. México.
13. Jimeno Valdés. A. Actualidad del entrenamiento autógeno de Schultz. Introducción a un seminario. Universidad de Valladolid.
14. Mc Keever, S. G. (2000). Estrategias para el éxito. Un plan para el desarrollo personal. Edit. Panorama. México.
15. López Fernández. R (1996) La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Rev. Cubana Med Gen Inegr;(12)4.
16. Picazo, L R. (2000) Planeación Estratégica Personal. Edit. Diana. McGraw Hill. México, D.F.
17. Zaldivar. D. (2001) Alternativas en Psicoterapia. . Editorial Ciencias Sociales. La Habana.
18. Zaldivar. D. F (2007) Intervención Psicológica. Editorial Félix Varela. 2da Edición. La Habana.
19. Zaldivar. D. F (2007) Conocimiento y dominio del estrés. Editorial científica técnica. La Habana.

20. Satir, V. (1996) *Vivir Para Crecer*. Edit. Pax. México, D.F.
21. Satir, V. (1997) *Vivir Para Amar*. Edit. Pax. México, D.F.
22. Vallés, C G. (1995) *Crecía en Sabiduría*. Edit. Sal Terrae. Barcelona, España.
23. Satir V. (2007). *Self Esteemh*. Disponible: <http://edweb.sdsu.edu/CSP/CSP/html>.
24. Edwards AGK, Hailey S, Maxwell M. (2008). Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastásico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
25. Pérez Cárdenas, C. (2009). Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas disponible en: <http://supertoolbar.ask.com/=www.psicologiaincientifica.com/bv/index.php&locale>.
26. Ponce De León Fuentes E. (2009) El trabajo del psicólogo ante el paciente que padece Cáncer. En - Monografias_com.mht. on line 13/5/2009.
27. Ballo Calero JL. (2007). *Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes*. Grupo editorial ENTHEOS. Madrid.
28. Falcão Juvenal Barbosa C.; Holanda Gurgel A. (2002). Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev. Enferm IMSS* 2002; 10 (2): 79-84.
29. Lindh J. (2009) *Arte terapia para pacientes con cáncer de mama*.mht. *European Journal of Cancer Care*.

Anexo # 12: Tabla # 3: Datos generales del grupo de estudio y del grupo control.

Fuente: Entrevista propia investigación.

Frecuencias

Statistics

Edad

N	Valid	30
	Missing	0

Edad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 31-40 años	3	10,0	10,0	10,0
41-50 años	8	26,7	26,7	36,7
51-60 años	12	40,0	40,0	76,7
61-70 años	3	10,0	10,0	86,7
71-80 años	2	6,7	6,7	93,3
81-90 años	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Statistics

Estado civil

N	Valid	30
	Missing	0

Estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid casada	21	70,0	70,0	70,0
soltera	4	13,3	13,3	83,3
viuda	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Statistics

Ocupación laboral

N	Valid	30
	Missing	0

Ocupación laboral

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ama de casa	15	50,0	50,0	50,0
trabajadora	15	50,0	50,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Statistics

Raza

N	Valid	30
	Missing	0

Raza

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid blanca	23	76,7	76,7	76,7
mestiza	4	13,3	13,3	90,0
negra	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Datos generales del grupo control:

Fuente: Entrevista propia investigación.

Statistics

Edad

N	Valid	30
	Missing	0

Edad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 31-40 años	3	9,7	10,0	10,0
41-50 años	8	25,8	26,7	36,7
51-60 años	12	38,7	40,0	76,7
61-70 años	3	9,7	10,0	86,7
71-80 años	2	6,5	6,7	93,3
81-90 años	2	6,5	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Statistics

Estado civil

N	Valid	30
	Missing	0

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada	21	67,7	70,0	70,0
	soltera	4	12,9	13,3	83,3
	vuida	5	16,1	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Statistics

Ocupación laboral

N	Valid	30
	Missing	0

Ocupación laboral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ama de casa	16	51,6	53,3	53,3
	trabajadora	14	45,2	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Statistics

Color de piel

N	Valid	30
	Missing	0

Color de piel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	blanca	23	74,2	76,7	76,7
	mestiza	4	12,9	13,3	90,0
	negra	3	9,7	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Anexo #13: tabla # 4: Autoimagen antes Grupo de estudio y Autoimagen antes Grupo de Control.

Fuente: Escala Dembo-Rubinstein, Rotter, entrevista, observación.

Recuento

		autoimagen antes Grupo Control				Total
		aceptación	no aceptación	indefinida	reconstruida	
autoimagen antes Grupo Estudio	aceptación	1	1	1	1	4
	no aceptación	2	11	2	2	17
	indefinida	0	3	2	1	6
	reconstruida	0	2	1	0	3
Total		3	17	6	4	30

Anexo 14. Tabla # 5: Autoestima antes Grupo de Estudio * Autoestima antes grupo de control.

Fuente: Escala Dembo-Rubinstein, Rotter, entrevista, observación.

Recuento

		autoestima antes grupo control			Total
		alta	media	baja	
autoestima antes Grupo Estudio	alta	0	0	5	5
	media	0	5	2	7
	baja	4	1	13	18
Total		4	6	20	30

Anexo 15. Tabla # 6. Autoaceptación antes Grupo Estudio * Autoaceptación antes Grupo Control.

Fuente: Escala Dembo-Rubinstein, Rotter, entrevista, observación.

Recuento

		autoaceptación antes Grupo Control		Total
		si	no	
autoaceptación antes Grupo Estudio	si	3	2	5
	no	3	22	25
Total		6	24	30

Anexo 16, Tabla # 7: Autorregulación antes Grupo de Estudio * Autorregulación antes Grupo control

Fuente: Escala Dembo-Rubinstein, Rotter, entrevista, observación.

Recuento

		autorregulación antes Grupo Control		Total
		si	no	
autorregulación antes Grupo Estudio	si (sentimientos de lucha, aceptación)	1	5	6
	no (negación)	6	18	24
Total		7	23	30

Anexo 17. Tabla # 8: Autoconocimiento antes Grupo de Estudio* Autoconocimiento antes Grupo de Control.

Fuente: Escala Dembo-Rubinstein, Rotter, entrevista, observación.

Recuento

		autoconocimiento antes Grupo Control		Total
		adecuado	inadecuado	
autoconocimiento antes Grupo Estudio	adecuado	1	6	7
	inadecuado	5	18	24
Total		6	24	30

Anexo 18. Tabla # 9: Autoconcepto antes Grupo de Estudio * Autoconcepto antes Grupo Control.

Fuente: Escala Dembo-Rubinstein, Rotter, entrevista, observación.

Recuento

		autoconcepto antes Grupo Control		Total
		adecuado	inadecuado	
autoconcepto antes Grupo Estudio	adecuado	3	5	8
	inadecuado	5	17	22
Total		8	22	30

Anexo # 19: Prueba estadística para corroborar la diferencia entre los resultados en la autovaloración antes y después en el grupo de estudio.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
evaluac final autovaloración despues	Rangos negativos	5(a)	12.20	61.00
Estud - evaluac final autovaloración antes	Rangos positivos	17(b)	11.29	192.00
Estud	Empates	8(c)		
	Total	30		

- a evaluac final autovaloración después Estud < evaluac final autovaloración antes Estud
- b evaluac final autovaloración después Estud > evaluac final autovaloración antes Estud
- c evaluac final autovaloración después Estud = evaluac final autovaloración antes Estud

Estadísticos de contraste (b)

	evaluac final autovaloración después Estud - evaluac final autovaloración antes Estud
Z	-2.307(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.021

- a Basado en los rangos negativos.
- b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon