

**Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas**

**Facultad de Psicología**



**Intervención psicoterapéutica integrativa, para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico**

**Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias  
Psicológicas**

**Autora: MsC. Zeida Elvira Castillo Díaz**

**Santa Clara**

**2012**

**Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas**

**Facultad de Psicología**



**Intervención psicoterapéutica integrativa, para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico**

**Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias  
Psicológicas**

**Autora: MsC. Zeida Elvira Castillo Díaz**

**Profesora auxiliar**

**Tutor: Dra. C. Vivian Guerra Morales**

**Profesora Titular**

**Asesor Estadístico: Dr. C Tomás Crespo Borges**

**Profesor Consultante**

**Santa Clara**

**2012**

*“Es necesario conocernos para gobernarnos.*

*Es necesario estudiar*

*la potencia de nuestra virtud,*

*para no fiar de ella,*

*ni desconfiar, más de lo justo:*

*- y las causas de nuestros defectos,*

*para irlos aminorando gradualmente*

*con la aminoración de las causas:*

*Un defecto a veces*

*¿Qué es más que la forma y tesón de una virtud?”*

*José Martí.*

# *Agradecimientos*

## *Agradecimientos*

*A mi Alma Mater y a mis profesores, los que están y los ausentes, gracias por dar tan generosamente las herramientas para reparar los sueños y hacer, en el proceso los nuestros. A los doctores Luis Felipe Herrera, Leonardo Rodríguez, Pérez Yera, Armando Montero, al profesor Mergarejo, que aún lo recuerdo, a las Dras., Zaida Nieves, Idania Otero, Osana Molerio, Dunia Ferrer. A todos los demás, a mi querida profesora Lucía Alba y al profesor Jorge Grau.*

*A las estupendas profesoras de la carrera de Psicología mención Salud, Yaritza García, Zenia González, Ileana Sosa, Yumi, a las profesoras de la sede municipal, muchas gracias por la ayuda, a todas.*

*A mi excelente tutora la Dra. Vivian Guerra, amiga y oponente formidable, de ella, su meticulosidad y profesionalismo me llevo las mejores lecciones.*

*A mis amigas y hermanas, Daymi y Belquis, los vértices del triángulo donde nació esta idea, hace muchos años, vigorizada luego, en el fértil suelo de la amistad, el tesón y la creatividad.*

*A las otras hermanas, María del Carmen e Irma Bustillo, que han sido insustituibles para mí y mi vida como profesional. A las amigas todas, de aquí y allá, a las jóvenes profesionales que estuvieron y enriquecieron éste, con sus proyectos, y de él partieron para seguir reparando sueños, así debo mencionar a Lidice, Nadiesdy, Idanelis, Liuvys, Yairisbel, Dayli, Karen, Yanelis, Ana Beatriz, Elisa, Yailiset, Heidy; a los jóvenes profesionales, Livan, Aldo, Evaristo. A Mónica, Issel, Meybis, Anita y Vivian, mi mayor gratitud pues sus colaboraciones fueron básicas.*

*A mis compañeras del servicio de Oncología y Psicología, maravillosas como profesionales y como personas, cuya ayuda fue inestimable, a Ahyni, Lili, Mayrita, Iliana, Acralis, Meylan.*

*A mis amigos Carlos, Eru, Ernesto, Onelio, Roberto, Eddis, Odelquis, su ayuda y gentileza fue invaluable.*

*Dedicatoria.*

*A ellas, las flores en la tormenta, mujeres de fuego y de arena, que ensancharon mis sueños más que yo los de ellas, y me enseñaron lo que es la entereza.*

*A las mujeres de mi vida, mi madre, mi hermana, mi linda sobrina, gracias por ser y estar aquí.*

*A mis hombres amados, mi esposo, mi hijo y sobrino, mi padre y mis hermanos.*

**Resumen.**

La intervención psicoterapéutica en pacientes con cáncer de mama cobra importancia dadas las demandas psicológicas que impone a la mujer, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y la afectación consecuente de la autovaloración. Proponer una intervención psicoterapéutica integrativa, dirigida a potenciar la autovaloración de las mujeres con cáncer de mama no metastásico, devino objetivo de esta investigación. Desde el paradigma de investigación mixto se asumió un diseño cuasi-experimental, pre-prueba y pos-prueba con grupo de control, el cual contempló como variable independiente la intervención psicoterapéutica integrativa y dependiente la autovaloración. Para el diagnóstico de la autovaloración en 444 mujeres, seleccionadas por muestreo aleatorio sistemático, se utilizaron: entrevista psicológica semiestructurada, IDARE, IDERE, prueba de completamiento de frases, escala Dembo Rubinstein, observación participante e Inventario de autoestima de Coopersmith, a partir de los indicadores de expresión diseñados. Se crearon grupos pareados, de estudio y testigo, se elaboró e implementó la intervención psicoterapéutica integrativa a 222 mujeres, en trece encuentros. Como resultado, el diagnóstico preprueba denotó, tendencia a la inadecuación de la autovaloración o inadecuación en la totalidad de la muestra, luego de la intervención la dinámica de cambios en los indicadores de expresión de la autovaloración en el grupo estudio, fue favorable a su reconfiguración, muy significativos en el 21,6 % y significativos el 45,9 %; sobresaliendo la tendencia salutogénica y la autorregulación, cumpliendo los criterios de efectividad delimitados. Se concluyó que la intervención psicoterapéutica integrativa tuvo alta efectividad y se recomendó generalizarla a la atención primaria e incluir los familiares.

**Índice**

Introducción .....	1
Capítulo I. Marco Referencial Teórico .....	11
1.1 La Psicooncología. Desarrollo y presupuestos básicos. ....	11
1.2 Cáncer de mama. Un acercamiento fisiopatogénico. ....	13
1.2.1 Cronopatografía de la enfermedad.....	14
1.2.2 Tratamientos del cáncer de mama. Repercusión psicológica.....	15
1.3 Estudio de la autovaloración en la enfermedad oncológica de la mama. ....	18
1.3.1 La Autovaloración. Su inclusión en el proceso psicoterapéutico. ....	21
1.3.2 Funciones de la autovaloración como componente de la personalidad. ....	23
1.3.3. Evaluación de la autovaloración .....	25
1.4 La Intervención psicoterapéutica en las pacientes con cáncer de mama. ....	28
1.4.1 Intervención psicológica, desde la connotación de crisis en cáncer.....	31
1.4.2 La psicoterapia integrativa. Necesidad y alternativa en la Psicooncología.....	33
Capítulo II. Marco referencial metodológico.....	37
2.1 Características del contexto.....	37
2.2 Perspectiva, diseño de la investigación y tipo de estudio. ....	37
2.3. Etapas de investigación.....	37
2.4 ETAPA I.....	38
2.4.1 Determinación operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración. ....	38
Procedimientos empleados en la Etapa I.....	40
2.4.4 Definición operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración por triangulación teórica.....	40
2.5 ETAPA II .....	41
2.5.1 Diagnóstico de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico. ....	41
2.5.2 Selección de la muestra.....	41
2.5.3 Técnicas empleadas en la Etapa II.....	43
Procedimientos de la etapa II.....	47
Diseño de la intervención psicoterapéutica integrativa. ....	48
2.5.6 Evaluación del diseño por criterio de expertos.....	50
2.6 ETAPA III .....	51
2.6.1 Implementación de la intervención psicoterapéutica y evaluación de su .....	51

efectividad.....	51
2.6.2 Procedimientos de la Etapa III.....	51
2.6.3 Descripción de la muestra de la Etapa III. ....	52
2.6.4 Operalización de variables y técnicas empleadas para su evaluación.....	52
Indicadores para la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica integrativa. ....	59
2.6.6 Técnicas empleadas en la Etapa III.....	62
2.7 Interpretación de los datos.....	63
2.8 Aspectos éticos de la investigación.....	64
Capítulo III. Resultados y discusión.....	65
3.1 Definición operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico. ....	65
3.1.1 Evaluación de los expertos.....	65
3.1.2 Triangulación Teórica.....	68
3.2. Diagnóstico de la autovaloración en mujeres con cáncer no metastásico. ...	74
Diagnóstico de la autovaloración antes de la intervención psicoterapéutica.....	76
3.3.1. Evaluación por Criterio de expertos comprometidos. ....	93
3.4 Implementación de la intervención psicoterapéutica enfocada a la potenciación de la autovaloración de las mujeres con cáncer de mama no metastásico.....	93
3.5 Evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica. ....	106
Conclusiones. ....	116
Recomendaciones. ....	118
Referencias Bibliográficas. ....	119
Anexos.....	1

## **Introducción**

La primera y más importante tarea de la vida y de cada cual, es conocerse y dirigirse a sí mismo, (Torroella, 2001); de acuerdo con este autor la autocomprensión es una cuestión indispensable para que la persona asuma las riendas de su existencia y alcance las metas y proyectos vitales que se trace.

La valoración de sí mismo, tal como las funciones psíquicas superiores según los postulados vigostkianos<sup>1</sup>, se forma activamente en el proceso de desarrollo social, en constante determinación por las interrelaciones personales y las circunstancias vitales y culturales (Guerra, 2001).

Estas determinaciones sociales, se interiorizan en un proceso dinámico de externalización/internalización y pasan a ser reguladoras por sí mismas, en una conjunción de lo cognitivo y lo afectivo, determinada por los sentidos psicológicos, intereses, afectos y motivaciones con una profunda naturaleza sociohistórica. La valoración de sí mismo es una cualidad esencial en la integración de la persona a su realidad vital y en la autorregulación de su comportamiento (Corral, 2001; Domínguez, 2003; Fernández, 2003; Guerra, 2001; Marcos, 2003).

Los procesos de autorreferencia ocupan un lugar especial dentro del sistema de la personalidad (Domínguez, 2003); a la vez que la autoconciencia ocupa una posición central dentro del sistema "auto" (Fierro, 1996; Jiménez, 1999; Sovonko, 1981, citada en Domínguez, 2003).

El "self" comprende procesos psicológicos como autoevaluación, autopercepción, memoria autobiográfica, autoconcepto, autocontrol, autodeterminación, autoconciencia y autoatención (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1990; Rogers, 1951), incluyendo además, según Fernández, conceptos tales como: "... identidad personal, autoconocimiento y autoestima" (2003).

Ya superada su atribución al inconsciente predominante en el enfoque psicodinámico (Domínguez, 2003, Díaz, 2007), el concepto "self" es visto como el único atributo propio del ser humano; tanto como el lenguaje verbal, por lo que ha sido analizado y discutido por diferentes modelos teóricos en el ámbito del quehacer psicológico, dicha tendencia condiciona una multiplicidad de términos, para su denominación, lo cual complejiza el abordaje investigativo del tema (Mohamed & Micheli, 2012).

---

<sup>1</sup> Aunque la propuesta del enfoque histórico cultural ha sido utilizada fundamentalmente para explicar el desarrollo infantil y juvenil consideramos que su esencia resulta aplicable a la edad adulta.

Los estudios al respecto si bien no son recientes, carecen de un abordaje sistémico en la literatura científica, y *grosso modo* aluden a una visión reduccionista de la trama de esta formación psicológica, considerada como el "concepto de sí mismo" y que puede definirse como la configuración organizada de las percepciones de sí mismo que son admisibles a la conciencia (Brachfeld, 1953; Rogers, 1951).

Concepciones actuales afirman que el autoconcepto es uno de los tres componentes esenciales del *self* (o personalidad integral), siendo la visión del mundo y los estilos de vida, los otros dos componentes. Desde esta perspectiva, se entiende como la imagen que se tiene de sí mismo, y que se encuentra determinada por la acumulación integradora de la información tanto externa como interna, juzgada y valorada mediante la interacción de los sistemas de estilos con grandes dosis de afectividad (González-Pienda, 1997).

Algunos autores enfatizan en el carácter estructural, multidimensional y jerárquico del "*self*" (Shavelson, 1992), otros lo conciben como unidad de contenido y función, y casi todos enfatizan en su función reguladora del comportamiento; que alcanza su cumbre dentro de la corriente humanista (Colunga, 2000). Una de las figuras que mayor importancia dio al enfoque fenomenológico del proceso de salud fue Rogers, quien lo cristalizó en su concepto de recompensa positiva de uno mismo, que incluye la autoestima, la autovalía y una imagen de sí mismo positiva (Rogers, 1972; Boeree, 2011).

En todos los casos se ha tratado de designar una formación psicológica esencial, con vistas a caracterizar la capacidad de autoconocimiento y autorregulación que distingue al hombre, como sujeto de su comportamiento (Fernández, 2003; Trianes & Gallardo, 2005, Díaz, 2012).

La autora, en consonancia con los aportes de investigadoras cubanas, asume la autovaloración como una formación de la personalidad, que integra articuladamente un concepto generalizado de sí mismo, con relativa estabilidad y dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona en las diferentes esferas de la vida y supone la presencia de valoraciones, vivencias sobre sí mismo y sobre los contenidos esenciales de su personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes (Domínguez, 2003; Fernández, 2003).

Estas autoras coinciden en que 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 el cual, constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia.

El estudio del autoconcepto, autovaloración o procesos del “self”, cobra vital importancia en la persona enferma, por ser ésta una situación de crisis que pone a prueba los recursos psicológicos de la persona (Roca, 2000).

Es objetivo entonces, enfatizar el mundo interno de la persona y la responsabilidad que debe asumir para con su salud; dado que aquel no es solo el “fondo interno” donde se expresan y mediatizan las vivencias de malestar, sino la verdadera fuente de éstas (Grau, Martín & Portero, 1990 & 1993).

El problema que produce malestar emocional se manifiesta de forma particular en función de la organización subjetiva individual, y uno de los eventos que mayor impacto psicológico puede llegar a tener es la enfermedad crónica, como el cáncer de mama, el cual desde sus primeros síntomas, diagnóstico y tratamiento, hasta la sobrevida o enfermedad terminal, impone intensos esfuerzos adaptativos enfocados a conservar la integridad de la propia valía, ante el daño físico y emocional (Fawzy & Fawzy, 1994; Fernández, 2004; González, 2009; Hyland, 2011; Sebastián *et al.*, 2007).

En las mujeres que enfrentan esta patología, existen factores apremiantes que se relacionan directamente con un marcado estrés psicológico y social entre ellos: el encarar una dolencia potencialmente mortal, los tratamientos que provocan un deterioro típico en la calidad de vida y los cambios significativos en sus roles de vida en pareja, familiares y laborales (Castillo, Guerra, Gómez & Navarro, 2011; Helms, O’Hea & Corso, 2008; Keir *et al.* 2008; Brito, 2009).

El cáncer de pecho es la enfermedad maligna más extendida entre las mujeres y uno de los mayores temores para la sociedad (Martínez, 2006; Knustson & Steiner, 2007; Fritis, 2010; *Anuario Estadístico de Salud*, 2010). Es la segunda causa de muerte relacionada con cáncer entre las mujeres de América del Norte y Europa Occidental; de las mujeres estadounidenses serán diagnosticadas 13 % con este tipo de neoplasia durante su vida y más de 3 % morirán de esta enfermedad, lo cual representa más de 400 000 muertes por año (Fritis, 2010).

Cuba ha alcanzado una tasa de morbilidad ajustada de 57,6, para mujeres mayores de 15 años, según datos del Registro Nacional de Cáncer (RNC, 2011). En la población femenina cubana, la mortalidad ocupó el segundo lugar, después de pulmón. En ese año están registrados 1 386 fallecidos para una tasa x 100,000 habitantes de 24,7. En incidencia, la mama está en primer lugar en 2011 entre todos los cánceres de la mujer, con 2 559 casos y una tasa de 45,6 (RNC, 2011).

La tasa de morbilidad ha crecido más rápidamente que la de mortalidad, vinculado a tratamientos más eficientes, lo que redundará en mayor índice de supervivencia de las pacientes, muchas de las cuales logran una evolución favorable después del tratamiento de elección, aunque siguen apremiadas por sus temores (*Anuario Estadístico de Salud*, 2010; RNC, 2011).

Cuando aún no se ha extendido a otros órganos, se clasifica como cáncer no metastático y la supervivencia puede ser larga, por lo que se necesita aprender a convivir con él, de la forma más positiva posible. El estudio de la mujer con esta enfermedad, impone necesariamente una distinción con respecto a la condición metastásica, por el peculiar grado de deterioro de la calidad de vida que diferencia ambos diagnósticos (Maldonado, 2009; Simón & Petrucelli, 2009).

Este hecho, remite a la necesidad de un tratamiento consecuente con la mejoría de las secuelas físicas y emocionales de la supervivencia en el cáncer no metastático de pecho, en el que los propios tratamientos generan intenso sufrimiento emocional, sentimientos de desvalorización y baja autoestima, que es preciso revertir con miras en la recuperación de la calidad de vida (Castillo *et al.*, 2011; Lostumbo, Carbine, Wallace & Ezzo, 2008; Simón & Petrucelli, 2009).

Cabe insistir en este particular, pues la lesión estética de la mastectomía es para muchas mujeres superior en significado a la propia pérdida de la salud, igual sucede con la alopecia subsecuente de la quimioterapia, los efectos secundarios de los medicamentos antieméticos y opioides, y con otros síntomas y consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia que lesionan el autoconcepto y limitan la evaluación de las posibilidades de superar la enfermedad (Castillo *et al.*, 2011; Maldonado, 2009; Lin *et al.*, 2007; Lostumbo *et al.*, 2008; Perrera & Suárez, 1996; Pérez, 2010; Rodríguez *et al.*, 2010 ).

En este contexto, el rol de la intervención para fomentar reacciones positivas recae en el psicólogo integrado en los servicios de Oncología (Casalod, 2011, Cortés-Funes *et al.*, 2009; Dabrowski *et al.* 2007). El tratamiento psicológico debe perfilarse bajo una comprensión etiológica multicausal, según la severidad sintomática (Cortés-Funes *et al.*, 2009; Del Pilar, 2009; Suárez, 2002).

A pesar de las polémicas sobre la influencia de la psicoterapia en la sobrevida de los pacientes con cáncer; hoy nadie duda del enorme beneficio del manejo concomitante de los factores psicológicos, por la incidencia que estos tienen en la calidad de la vida de las enfermas (Alarcón, 2011; Bellver, 2007; Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COP), 2007; González, 2008; Hyland, 2011; Simón, 1999; Spiegel, 2007; Suárez, 2005).

Desde los aportes de la Psiconeuroinmunoendocrinología es conocido que la actitud positiva del paciente, implicará una mayor contribución en el proceso de curación, lo que optimizará los resultados de su tratamiento en cualesquiera de las fases de control de la enfermedad (Castillo *et al.*, 2011; Dabrowski *et al.*, 2007; Del Pilar, 2009; Knapp, 2005; García & Domínguez, 2010; Grau *et al.*, 2005).

La investigación que introduce esta autora, se desarrolló en la segunda fase de control del cáncer, la cual de acuerdo con Beraza (2011), se inicia con la intervención quirúrgica, seguida de radioterapia y/o quimioterapia. La misma se inscribe entre los primeros estudios en el contexto cubano, acerca de la potenciación de la autovaloración de las mujeres con cáncer de mama no metastásico, en condiciones de mediación psicoterapéutica, con enfoque integrativo.

Al hablar de Psicoterapia el calificativo “integrativo”, incluye de acuerdo con Erskine, “...una diversidad de significados que no se limita a procedimientos o conceptos. Se refiere también al proceso de entender y atender a la persona integralmente, resaltando el hecho de que a las personas las distingue su carácter holístico, el ser una totalidad e integridad funcionando en un contexto social concreto ” (2010).

Del mismo modo, se refiere “...al proceso de *integrar la personalidad*: ayudar a la persona a asimilar y armonizar los contenidos de los estados de su ego,... reconstruir el guión de su vida,... de integrar el todo, haciéndolos parte de un coherente y cohesionado YO. A través de tal integración personal, deviene posible que el individuo tenga el coraje de afrontar cada momento de su vida de manera fresca y abierta, sin

la protección de preformadas opiniones, posiciones, actitudes o expectativas” (Roca, 2012, p.181).

Durante el proceso de tratamiento oncoespecífico, en el que aún germinan temores a una recaída y a los efectos adversos, atendiendo al enfoque integrativo de intervención psicológica, se recomienda el uso de recursos y técnicas provenientes de diversos enfoques teóricos; que incluyen, entre otros, el formato de grupo (Knapp, 2005; Del Pilar, 2009; Grau *et al.*, 2005)

Se asumió el papel regulador de los procesos de autorreferencia y su rol en la autodeterminación frente a los eventos adversos, en aras de influir en la autovaloración de las mujeres tratadas por cáncer de mama, desde el papel mediador y desarrollador de la actividad con otras personas en diferentes niveles de progreso, de forma guiada, consciente y planificada, en una situación terapéutica de reenfoque de las vivencias sobre la enfermedad y las potencialidades para resistirla, la cual tribute al crecimiento de la autovaloración, desde sus recursos internos (Castillo *et al.*, 2011; Zaldívar, 2007).

Desde este posicionamiento se asumen postulados del enfoque histórico cultural, sobre la determinación del desarrollo psicológico a partir de una situación social de desarrollo, singular y susceptible de ser superada, así como el reconocimiento de la zona de desarrollo próximo, que legitima el papel activo de la mujer, y recepciona nexos entre las funciones afectadas y sus potencialidades para recuperarlas, en interrelación con los otros a través del principio de la colaboración (Corral, 2001; Fariñas, 2007; Guerra, 2001; Roche, 2012).

En el desarrollo de esta investigación se tomó en consideración el género, por cuanto constituye, dados sus condicionamientos e implicaciones, un prisma a través del cual se re-crea la realidad psicológica. De este modo, si bien la personalidad es única e irreplicable, así como la configuración de los sentidos subjetivos, ello se subraya de un género a otro a partir de las cargas socioculturales que matizan su conformación (Rodríguez, 2011).

Se justifica así este estudio en la población femenina que recibe tratamiento en el Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”, lo que obedece a que son las féminas, según informes científicos, quienes reflejan mayores índices de subvalorización, sufrimiento emocional e incertidumbre en cuanto a sus recursos

personológicos para afrontar la enfermedad oncológica (Aguirre, 2012; Alfonso, 2008; 2010; Díaz, 2012).

Asimismo, se consideró la superioridad numérica en la incidencia y prevalencia de la enfermedad, así como la reconocida preocupación femenina por el aspecto personal, razón que las hace vulnerables a una de las más adversas secuelas del cáncer mamario: la desconfiguración de la autoimagen y de otros procesos de autorreferencia (Anuario, 2010; Del Pilar, 2009; Informe del RNC, 2011).

La Psicología, en tanto ciencia explicativa de la condición humana, debe subsanar la insuficiencia de acciones sobre el tema, por lo que resultó ineludible emprender desde 2005 el Proyecto Ramal “Ampliando Horizontes”, como una propuesta para la recuperación integral de las mujeres con cáncer de mama no metastásico, que se concretó en lo psicológico, con la puesta en práctica de una intervención psicoterapéutica integrativa, que sesionó adjunta a la Consulta multidisciplinaria de mama; cuyos resultados constituyen el sustrato de esta investigación.

Problema científico:

¿Cómo potenciar una dinámica de cambio que favorezca la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico?

Hipótesis científica:

La autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico se puede potenciar, mediante la aplicación de una intervención psicoterapéutica con enfoque integrativo, que posibilite una dinámica de cambio favorable al autoconocimiento y la autoestima, e influya en una elaboración crítica más coherente, en la expresión dinámica de las necesidades conscientes y en el planteamiento activo de las contradicciones, logros y expectativas de éxitos, acorde con la aceptación del estatus de enfermedad.

Objetivo general:

Proponer una intervención psicoterapéutica con enfoque integrativo, dirigida a potenciar una dinámica de cambio que favorezca la autovaloración, en un grupo de

mujeres con cáncer de mama no metastásico, atendidas en el servicio de Psicología del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” de Villa Clara.

Tareas científicas:

- Determinación operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico.
- Diagnóstico de la autovaloración de las mujeres en tratamiento por cáncer de mama no metastásico.
- Diseño de una intervención psicoterapéutica con enfoque integrativo, dirigida a potenciar la autovaloración de las mujeres con cáncer de mama no metastásico.
- Implementación de la intervención psicoterapéutica integrativa propuesta.
- Evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica desarrollada en el grupo de pacientes objeto de estudio.

La originalidad y novedad científica del estudio radica en el diseño, implementación y evaluación de una intervención psicoterapéutica con enfoque integrativo, con el empleo de técnicas, algunas de ellas creadas y validadas para esta investigación, dirigidas a potenciar la autovaloración en la situación de crisis, facilitadas por una multimedia y una guía psicoeducativa, introducidas al efecto. En este sentido, no se encontraron reportes de una propuesta similar en nuestro medio, ni en la literatura internacional consultada.

El tema abordado es de actualidad en tanto en lo teórico, actualiza las perspectivas referentes a la categoría autovaloración, formulando indicadores de expresión que facilitan su diagnóstico y evaluación en mujeres con cáncer de mama no metastásico.

En lo metodológico, se diseñó una intervención psicoterapéutica integrativa, orientada a la potenciación de la autovaloración de la mujer con cáncer de mama no metastásico, que parte de indicadores consensuados con la comunidad científica consultada y de un diagnóstico previo desarrollado mediante una metodología concebida para la evaluación de esta problemática.

En el orden práctico, la intervención psicoterapéutica diseñada ofrece una alternativa personalizada, para el tratamiento de la mujer con cáncer de mama no metastásico,

desde la dinámica multidisciplinaria, tributando a la integración de la Psicología al conjunto de relaciones terapéuticas adyuvantes al control de la enfermedad. Igualmente se concibieron cursos nacionales para la capacitación de los psicólogos, que facilitan su aplicación y generalización.

En cuanto al beneficio social, las mujeres disponen de un espacio intersubjetivo de elaboración y superación personal, potenciando una posición proactiva en el control del cáncer, al fomentar el reconocimiento de las propias fortalezas. Esto contribuye a acercarlas a una zona salutogénica, para aliviar los trastornos emocionales, el consumo de psicofármacos, las largas estadías, y como fin implícito, mejorar la calidad de vida de las pacientes.

La investigación resultó factible, al disponer de la aprobación y apoyo del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”, institución de trabajo de la autora, y de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, que aportó los recursos humanos necesarios para las colaboraciones imprescindibles.

La tesis consta, de tres capítulos, además de la introducción, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

En el primer capítulo se abordan las concepciones teórico-metodológicas fundamentales que sustentan la investigación de la autovaloración en pacientes con cáncer de mama no metastásico. Se reconocen las implicaciones de varias generalizaciones científicas de L. S. Vigotsky, en el estudio y potenciación de la autovaloración en el proceso de salud-enfermedad.

Seguidamente, se le dedica un espacio al análisis de la enfermedad y a las demandas psicológicas que ella impone a las mujeres, particularizando en la autovaloración. Por último, se describen estrategias psicoterapéuticas que se emplean en esta problemática de salud, con mención de resultados que preceden y fundamentan la investigación, desde el enfoque integrativo.

En el capítulo metodológico, se especifica la muestra, los métodos y las técnicas empleados en el proceso de obtención de información. Se explican los procedimientos y el control de variables con el uso de los test no paramétricos; sobre la base de un índice calculado a partir de los indicadores que caracterizan la autovaloración. Además se declaran las pautas del análisis cualitativo.

## *Introducción*

En el tercer capítulo se presentan y discuten los resultados estadísticos-matemáticos con sus respectivas valoraciones psicológicas, se precisan las características que con mayor frecuencia se diagnosticaron, según los indicadores de expresión de la autovaloración, además se compara el resultado de los grupos implicados en la investigación reconociendo las diferencias más significativas. Por último, se realiza, la evaluación de la efectividad según las pautas determinadas para ello, y se arriba a conclusiones y recomendaciones.

## **Capítulo I. Marco Referencial Teórico**

### **1.1 La Psicooncología. Desarrollo y presupuestos básicos.**

Desde la actual cosmovisión científica parece casi imposible que en algún momento de la historia y de sus pertinentes desarrollos, la Oncología y la Psicología, se hubieran desarrollado ajenas, inconexas o desligadas, una la más “dura”, de todas las especialidades médicas, en el sentido de la determinación etiológica de las enfermedades que atiende, la otra tanto más subjetiva en igual sentido, pero a pesar de que el camino de concurrencia entre ambas es joven y ha estado matizado de incomprensión y reduccionismo, hoy no es posible mirar al hombre enfermo de cáncer sin a la misma vez, escudriñar en los pormenores de su historia vital (Alarcón, 2011; Murillo & Holland 2011; Knapp, 2005).

Se impone además, sopesar factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia y *per capita* familiar), factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración y participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), geográficos, demográficos, el funcionamiento y la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento de los acontecimientos y conflictos internos y externos (Cortés-Funes, 2009; Gómez, 1998; Grau, *et al.*, 2005; Holland, 1989; Knapp, 2005; Middleton, 2010; Suárez, 2002; 2005 ).

De igual forma resulta de interés el acceso a las redes de apoyo y por supuesto dentro de los factores psicológicos, a la personalidad del enfermo, fondo en el que transcurre el devenir histórico y social, así como expresión de la herencia genética, centro del mundo interno y resumen de sus interrelaciones actuales y pasadas (Alarcón, 2011; Knapp, 2005; Murillo & Holland, 2011; Suárez, 2004).

Para los psicólogos, el conocimiento, clasificación, interpretación y evaluación de todos estos factores tienen un último fin bien determinado: intervenir, como parte de un equipo multidisciplinar, con el fin de obrar los cambios necesarios para mejorar el bienestar del paciente (Buela-Casal *et al*, 2005; Roca, 2000; Roca, Vega, Zaldívar, 2004; Zaldívar, 2007); otros añaden además a este propósito la perspectiva salutogénica (Castillo *et al.*, 2011; Cruzado, 2003; Grau, 2005).

## *Marco Referencial Teórico*

No sería redundante, hacer hincapié en la significativa contribución que puede brindar la Psicología en la prevención de esta enfermedad multicausal, en la que están involucrados como factores de riesgo numerosas conductas no salutogénicas, como el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad y otras formas inadecuadas de compensación, como la promiscuidad, causa indirecta de cáncer y de otras enfermedades crónicas, susceptibles de ser modificadas gracias a la intervención del psicólogo (Flórez, 2006; Holland & Murillo, 2003; Jee, 2008; Knapp, 2005; Lin, 2008; Mignone, 2010; Orfali, 2009; Pirie *et al.*, 2008).

La Psicología, desde la perspectiva psiconcológica debe ir adelantándose a la necesidad, y con una visión integrativa, promover conductas de adaptación activa, la que facilita la rehabilitación física y psicológica del paciente desde sus capacidades potenciales, luego de determinar estas, entonces parece ser un momento crucial en el trabajo del psicooncólogo actual, no reductible a brindar apoyo y consuelo ante las repetidas pérdidas que va sufriendo el paciente (Dabrowski *et al.*, 2007; Falcão *et al.*, 2002; González, Aguiar, Castillo *et al.*, 2011; Keir *et al.*, 2008; Mas, 2010).

Además, debe promover investigaciones que desarrollen el conocimiento teórico y el arsenal en cuanto a técnicas y procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de los estados y procesos afectados, en bien de la rehabilitación del paciente y el apoyo a sus familiares y equipo médico (Braceras, 2007; Chang, 2007; Cortés-Funes, 2009; Falcão *et al.*, 2002; Fujimoto, 2011; Knapp, 2005; Pérez, 2010).

Los psicólogos cubanos, insertados en distintos niveles de atención sanitaria, han expresado un notable interés en este campo y en fecha reciente han sentado las bases para el reconocimiento de una sección de Psicooncología, dentro de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, coincidente en sus formulaciones con los presupuestos generales de la Psicología, aplicada a la salud (Grau, 2011).

Estas directrices se proyectan a trabajar con una óptica integrativa, en potenciar las capacidades de enfrentamiento y adaptación de los pacientes, descubrir las fortalezas de la persona, las posibilidades de las redes de apoyo y las vías factibles para estimularlas, de modo que le brinde al paciente un camino activo de lucha contra su enfermedad, reintegrándole la sensación de control sobre su vida, tan importante para muchos e imprescindible para disminuir las tendencias a los trastornos mentales

resultantes del estrés y mejorar la autovaloración (Grau, 2011; Grau *et al.*, 2005; Herrera & Delgado, 2008).

### **1.2 Cáncer de mama. Un acercamiento fisiopatogénico.**

El cáncer se define como un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. En el siglo XIX, se afirmaba que un agente parasitario o infeccioso causaba este trastorno, más tarde surgiría la teoría de la mutación, la cual postula que el cáncer se origina como resultante de un cambio que se opera en las células, o en otras palabras, a una mutación (Argote *et al.*, 2010; Brannon & Feist, 2001).

Los tumores malignos invaden y destruyen el tejido circundante y pueden realizar una metástasis a través del torrente sanguíneo o linfático, extendiéndose a otras zonas del cuerpo (Amaro, Bautista, Arrieta, 2007; Chicote *et al.*, 2001).

La progresiva acumulación de mutaciones, en una secuencia específica para cada tipo celular, genera primero una hiperplasia o crecimiento desordenado y luego invasividad celular, vascularización y finalmente la metástasis (Marzo, 2007; Knustson, 2007; Viana, 2007). De modo que las mutaciones que proporcionan a las células tumorales la capacidad de invadir y formar posteriormente metástasis se comienzan a acumular ya, durante la fase de crecimiento del tumor primario (Marzo, 2007; Knustson, 2007; Viana, 2007).

El cáncer casi nunca es hereditario, según la OMS más del 40 % sería prevenible si se modifican los estilos de vida nocivos, término acuñado por primera vez en 1972 (Argote *et al.*, 2010; Suárez, 2002), pero los antecedentes familiares y la predisposición genética (gen BRCA1, 2), igualmente juegan un papel fundamental en su desarrollo, aproximadamente un tercio de todas las mujeres con cáncer de mama tiene antecedentes familiares (Romero *et al.*, 2008; Ruiz, Ruiz, Alejandro, 2005; Rodríguez, 2010).

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular, entre los conductos delgados que conectan a modo de ramas de un árbol los racimos de lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria (Bayo *et al.*, 2007; De la Garza & Márquez, 2007).

Los tipos que se desarrollan con más frecuencia son el cáncer ductal, que ocurre en los conductos, y el carcinoma lobular en menor cuantía, es raro en los varones y más

del 99 % de los casos ocurre en mujeres, así se pronostica que 8 de cada 10, la podrán padecer (Barranco, 2011; Martínez, 2006).

Se ha confirmado que es más frecuente entre los 45 y 65 años de edad. En los últimos años se ha logrado detectar un número mayor de casos nuevos diagnosticados en estadios iniciales (etapa 0, I y II) lo cual permite tratamientos menos invasivos y eleva los índices de supervivencia con mejor calidad de vida de la mujer afectada; de ahí la importancia de realizar el autoexamen y de acudir al médico lo antes posible cuando se detecta alguna anomalía (Barranco, 2011; Gómez, 2007; Silva de Oliveira, Alves e Souza & Carvalho, 2008; Rubio, 2012).

### **1.2.1 Cronopatografía de la enfermedad.**

El cáncer de mama temprano, no metastático, es una enfermedad heterogénea con tendencia a la diseminación sistémica. Aunque existen diferentes teorías para explicar la historia natural del cáncer de mama temprano, parece ser lo más probable, que no siga un único patrón de comportamiento y esté determinado por elementos intrínsecos al propio tumor y a la paciente (Cortés-Funes, 2009).

De acuerdo con reportes internacionales y la Guía de diagnóstico y terapéutica de Cuba, PICC (2010), para valorar de manera adecuada los síntomas y signos en relación con la mama, conviene tener en cuenta criterios como: edad, factores de riesgo, bilateralidad, exámenes previos, factores desencadenantes y otros síntomas (Jee *et al.*, 2008; Luengo, González, Blasco, 2009).

Entre los síntomas más frecuentes estarían: masa palpable o engrosamiento unilateral, secreción hemática por el pezón y el dolor el cual es uno de los motivos de consulta más frecuente, pero en ausencia otros síntomas de sospecha, suele ser debido a otras causas, además se pueden detectar síntomas cutáneos como: la retracción del pezón y alta temperatura que pueden ser indicativos de un tumor inflamatorio de mal pronóstico. La Enfermedad de Paget afecta al pezón y areola de forma unilateral (Viana, 2007).

El diagnóstico suele ser amenazante e implica someterse a exploraciones y tomas de muestra por varios métodos, como la exploración médica, incluyendo inspección y palpación, con uso de la ecografía, la mamografía y los ultrasonidos, que pueden detectar adenopatías axilares, además de la Resonancia magnética nuclear (RMN) (Bayo *et al.*, 2007; Marzo, 2007; Viana, 2007; Zahl, 2004).

Los procedimientos más usados en la actualidad para la confirmación patológica de lesiones sospechosas de cáncer de mama son: punción por aspiración con aguja fina (PAAF), core biopsia (BAG) y la biopsia escisional. Todos con un alto costo psicológico para las mujeres (Agüero, De la Paz, Ferrer, Abreu, 2003).

La estadificación del cáncer de mama basado en el sistema TNM, incorporó las nuevas técnicas de imagen y de anatomía patológica para el diagnóstico como son la técnica del ganglio centinela, la evaluación inmuno histoquímica de los ganglios y la cuantificación de ganglios afectados, lo que facilita la toma de la decisión terapéutica, diagnósticos más tempranos y mayores posibilidades de curación (*Guía de diagnóstico y terapéutica*, 2010; Cantin, 2001). Clasificación:

- ✓ Carcinoma no invasivo puro (estadio 0).
- ✓ Carcinoma operable loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado (estadios I, II y algunos IIIA).
- ✓ Carcinoma inoperable loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado (estadio IIIB, IIIC y algunos IIIA).
- ✓ Carcinoma metastático o recurrente (estadio IV).

Además de la categoría TNM y el grado histológico, para conocer el pronóstico de cada paciente hay que añadir datos referentes al tumor, como son la expresión de receptores y la sobreexpresión de HER-2 neu1.2.2. (NCCN, 2007).

### **1.2.2 Tratamientos del cáncer de mama. Repercusión psicológica.**

El tratamiento del cáncer de la mama es integral y multidisciplinario, es decir precisa la combinación de diversas modalidades o disciplinas terapéuticas, para conseguir un control eficaz, y tendrá en consideración si la enfermedad es metastásica o no (Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2012).

Las metástasis constituyen con frecuencia la causa del fallo de los tratamientos y de la muerte de los pacientes con cáncer, y complican por múltiples causas el abordaje terapéutico, incluido las posibilidades de rehabilitación psicológica, que deberán ajustarse a las necesidades propias del diagnóstico (Viana, 2007).

Las terapéuticas que actúan a nivel local, es decir sobre la enfermedad en la mama y los ganglios linfáticos y constituyen el tratamiento de elección en la enfermedad localizada no metastásica son la cirugía y la radioterapia (Barranco, 2011; Bayo *et al.*, 2007). Los tipos de cirugía pueden ser:

## *Marco Referencial Teórico*

- ✓ Mastectomía radical ampliada: extirpación en bloque de la mama, músculos pectorales y ganglios axilares, incluyendo la cadena mamaria interna.
- ✓ Mastectomía radical modificada: (mastectomía de Patey) similar a la mastectomía ampliada, conservando el pectoral.
- ✓ Mastectomía simple y total: extirpación de la mama y fascie pectoral subyacente con disección de ganglios.
- ✓ Resección parcial de la mama (cuadrantectomía), resección amplia del tumor y tejido circundante con la fascia pectoral y disección de ganglios (Salas, 2009).

Las restantes modalidades, la quimioterapia, la hormonoterapia y la terapia biomolecular actúan tanto a nivel local, como general de todo el organismo, en lo que se denomina tratamiento sistémico, y se utilizan de forma complementaria al tratamiento local (INC, 2012; Casalod, 2011; Viana, 2007).

Estos tratamientos producen efectos secundarios, en especial la quimioterapia, que pueden llegar a interferir y llevar al abandono del tratamiento, tales como: fatiga; náuseas y vómitos; alopecia (pérdida del cabello); efectos en la boca, labios y garganta; pérdida del apetito; cambios en el gusto y olfato; estreñimiento o diarreas (Baize, Mounier, Bongain, Spano, 2008; Salas, 2009; Turner, 2003).

Temer al cáncer no sólo implica miedo a la enfermedad sino también al propio tratamiento y sus efectos secundarios (Binkley *et al.*, 2012). Esto crea vivencias negativas y desesperanza (Bayo *et al.*, 2007; Castillo *et al.*, 2012; Knapp, 2005).

Las medicaciones que son prescritas para uso a largo plazo, incluyendo los inhibidores de aromatasa, pueden tener implicaciones en la calidad de vida contribuyendo a cambios atróficos vulvares y vaginales a causa de quimioterapia y/o terapia hormonal ayudante. Entretanto, existen pocos tratamientos médicos evaluados con eficacia y seguridad, que eviten las dificultades sexuales, aunque en el orden psicológico sí los hay (Krychman & Katz, 2012; Salas, 2009).

Aun cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad, ubiquen a la mujer en una situación favorable para la recuperación de la salud física, es difícil luchar contra la vivencia emocional de la paciente al respecto y a partir de la cual se regirá durante el proceso (Fujimoto, 2011).

Se señala que recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento del mismo, supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las personas

## *Marco Referencial Teórico*

que lo padecen y a su familia, por la trascendencia de la alteración emocional secundaria (Fujimoto, 2011; Gómez, 2008; Navarro, 2009).

La relación entre los sistemas simbólicos y el cáncer, es compleja y en general desfavorable, en la medida en que a lo largo del desarrollo individual los propios sistemas de necesidades y motivos se van reestructurando y organizando a partir de las vivencias, el hombre resulta pues, con un determinado código comunicacional, adquirido en la familia-cultura, que se constituye de diversa naturaleza (imaginarios sociales, representaciones, creencias, sentidos subjetivos individuales), y determina los posibles límites y potencialidades de desarrollo de cada persona (Guerra, 2001; Maurell, 2011; Pascual, 2010).

Las creencias y representaciones sobre el cáncer de mama, aún tienden a la estigmatización, lo que acrecienta el temor de las pacientes (Mas, 2010). Las mismas poseen su fundamento en alteraciones en la imagen del cuerpo, haya o no reconstrucción mamaria, cambios en autoestima, autoimagen y auto-eficacia sexual, con pérdida de la libido, secundaria a dispareunia en sobrevivientes del cáncer de pecho (Bayo *et al.*, 2007; Escobar, 2008; Krychman & Katz, 2012).

En ese sentido, González, Aguiar & Castillo, documentaron que la vivencia del cáncer, como un evento catastrófico, se asocia con ideas de mutilación, de uno de los principales atributos femeninos, muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción de la relación con otros, y establecieron necesidades de orientación en este sentido (2011).

A nivel de pareja es donde aparecen más problemas. Surgen sentimientos de culpa y vergüenza, y temores a ser rechazadas, sobre todo debido a los cambios corporales que sufre la paciente (Krychman, & Katz, 2012; Rodríguez, 2009).

El paciente debe abandonar su trabajo de manera indefinida y esa interrupción laboral transitoria o larga comportan una pérdida del estatus laboral y, muchas veces, una disminución en su autovaloración y su autoestima (Bayo *et al.*, 2007; Castillo *et al.*, 2011; Del Pilar, 2009; Sebastián *et al.*, 2007).

La mayoría de estos efectos secundarios pueden ceder, mediante la aplicación de técnicas psicoterapéuticas, en un compromiso profesional altamente complejo. De modo, que la intervención psicológica es fundamental, porque así como la causa del cáncer es multifactorial, el tratamiento debe ser multidisciplinar e integral, donde la

Psicología y la Medicina se completan en busca del bienestar, integrando armónicamente lo biomédico y psicosocial (Castillo, Guerra, Gómez, Navarro, 2012; Derko, Elliott, Lam, 2007; Grau *et al*, 2005; Krychman & Katz, 2012).

### **1.3 Estudio de la autovaloración en la enfermedad oncológica de la mama.**

El impacto del malignoma de mama en la autoestima y la autoimagen ha recibido notable atención en la investigación sobre cáncer; así son frecuentes los que constatan evidencias suficientes de su deterioro y también aquellos que introducen propuestas diversas para su rehabilitación (Arndt, 2008; Berger, 2012; Escobar, 2008; Gonzalo, 2006; Sebastián *et al.*, 2007; Würtzen *et al.*, 2012).

Sin embargo, son escasos los que se han motivado por el estudio de la autovaloración como formación motivacional compleja de la personalidad, comprometida con la autorregulación, dentro de la situación concreta de la enfermedad oncológica (Aguirre, 2012; Alfonso, 2008; Alfonso, 2011; Castillo *et al.*, 2012; Montiel, 2009; Del Sol, 2011; Díaz, 2012).

Con respecto a la autovaloración, muchas investigaciones la definen como un proceso propiamente de la conciencia, del “yo” o de la imagen de “sí”. Sin embargo, este es un fenómeno mucho más complejo, en el que juegan un papel importante las relaciones entre las aspiraciones, las exigencias que el medio le impone a la persona, las que él mismo se establezca, sus posibilidades reales, y el éxito alcanzado en la actividad (Montiel, 2009).

En esta dirección investigativa, la autovaloración, en consonancia con los aportes de investigadoras cubanas, se considera una formación de la personalidad que integra articuladamente un concepto generalizado de sí mismo, con relativa estabilidad y dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona, en las diferentes esferas de la vida y supone la presencia de valoraciones, vivencias sobre sí mismo y sobre los contenidos esenciales de su personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes (Domínguez, 2003; Fernández, 2003).

Se trata, según estas autoras, de un proceso vivo, dinámico, organizado de reflexiones desde un compromiso altamente emocional en torno a un conjunto de marcos estables de referencia. Constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia.

## *Marco Referencial Teórico*

Su estudio en el paciente con enfermedad oncológica se emprendió por la autora, dada la observación, en la práctica clínica del reajuste en las aspiraciones y proyectos, que se producen como tendencia en las pacientes con cáncer de mama, al cambiar los contenidos en la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia producto del impacto de la enfermedad en el concepto de sí mismo, y las expresiones que ello supone a nivel cognitivo y emocional.

Como resultado, se caracterizó la autovaloración y se señaló que la educación en hogares restrictivos, con patrones machistas y desigualdad en la distribución de roles en perjuicio de la mujer, resultaba en la subvaloración en la mujer, que podía funcionar agravando el estado de salud en las tiroiditis autoinmunes (Castillo, 2004; Gómez, 2008).

Los reportes, de otros estudios que afirman que la mujer mastectomizada padece de ansiedad y depresión, por la ruptura del esquema corporal, cambios en su autoimagen y su autoconcepto, sumado al duelo por la pérdida de uno de los símbolos de feminidad, y prototipo de belleza, más las exigencias de la pareja, que son factores que influyen en la autoestima y sensualidad (Bayo *et al.*, 2007; Díaz, 2012; Escobar, 2008; Sebastian *et al.*, 2007).

Otra línea de reflexión interesante que señalan los reportes científicos, apunta a los de daños para la mujer mastectomizada, en la autoestima como dimensión dinámica de la autovaloración, concebida esta, como una actitud positiva de la persona hacia sí misma, fundamental en el crecimiento armónico de la salud humana, Algunos autores la describen como una integración entre la autoimagen y el autoconcepto, referido éste a la noción individual de sí mismo, con énfasis en respuestas emocionales internas y externas (Bañuelos *et al.*, 2007; Baize *et al.*, 2008; Sebastián *et al.*, 2007).

Referente a la autoimagen, esta constituye una importante dimensión en el estudio de mujeres mastectomizadas y consiste en todos aquellos aspectos físicamente autodescritos, articulados 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 (Alfonso, 2011; Fernández, 2003; Sebastián *et al.*, 2007).

Estas distinciones confirman el enfoque multidimensional de la autovaloración, dado que al ser una configuración sistémica, articulada por *self* parciales, de aproximación

## *Marco Referencial Teórico*

a los diferentes eventos y contextos sociales en que convive la mujer, estos se modulan para objetivar una posición integral ante la vida, lo cual implica que la disfunción de cualquiera de estos *self* parciales, puede afectar la valoración y autorregulación global de la mujer, máxime cuando se trata de su salud y presencia estética (Carver & Scheier, 1981; 1996; González-Pienda *et al.*, 1997; Shavelson & Bolus, 1996).

No obstante, junto con la multidimensionalidad de la autovaloración, es menester considerar su capacidad de permanecer estable y cambiante al mismo tiempo; de ser estable en sus aspectos más profundos y nucleares, a la vez que variable en sus aspectos más dependientes del contexto, con cierta tendencia a su estabilidad, como expresión de la necesidad que tiene la persona de mantenerse a toda costa, en su vínculo con el medio y sus metas; de ahí la complejidad de su abordaje (Díaz, 2007; González-Pienda *et al.*, 1997; Shavelson & Bolus, 1996).

Fruto de aproximaciones teóricas y empíricas, a partir de varios trabajos de diploma, se logra delinear las principales peculiaridades que asume la autovaloración para las mujeres con cáncer de mama no metastásico en el territorio (Alfonso, 2008; González & Bermúdez, 2008; Maldonado, 2008 y Rodríguez, 2009).

En ellas se distinguió la tendencia a la subvaloración, con predominio de estilos de autorregulación centrados en los sentidos personales sobre el cáncer y sufrimiento emocional; se identificaron además, las principales necesidades de este segmento de población, relacionadas con el apoyo familiar, la comunicación con el especialista y la necesidad de ayuda psicológica y de conocimiento sobre la situación de enfermedad que atraviesa (González & Aguiar, 2009; Navarro, 2009).

Las investigaciones que se desarrollaron en este tema no lograron desentrañar diferencias significativas en el funcionamiento de la autovaloración, para las mujeres con distintas modalidades quirúrgicas de la mama, a consecuencia de una enfermedad oncológica, la situación fue opuesta cuando se trataba de la patología benigna, en cuyo caso la autoestima y la autovaloración sufrían una desorganización significativamente menor (Del Sol, 2011; Navarro, 2009; Rodríguez, 2009).

Mención aparte merece en la investigación, la determinación del estado emocional de las pacientes, en correlación con la adecuación de la autovaloración, basado en

actuales teorías sobre las emociones en su determinación reflexivo-cognitiva (Arregui, 2012; Bañuelos *et al.*, 2007; Erskine, 2010).

Los resultados en el territorio parecen afirmar que las pacientes incluyen: el nivel de aspiración, la disonancia (encargada de los impulsos al cambio asociados con las desarmonías), y la esperanza, en sus formas típicas de reaccionar ante la enfermedad, originando estados emocionales negativos, si hay inadecuación de la autovaloración (Alfonso, 2011; Pascual, 2010).

Un paso importante en el abordaje de las mujeres con cáncer de mama no metastásico, fue el diagnóstico de sus necesidades, entre las que sobresalen las de información, comunicación, apoyo psicológico y social, autocontrol y potenciación de la autovaloración (González & Aguiar, 2009; Navarro, 2009).

Resultante de la dinámica, entre las posibilidades del paciente y los obstáculos que plantea la enfermedad, se delinearán como contradicciones de estas mujeres, el vivir con la amputación-morir, apertura a la ayuda-evitación, perseverar con un rol activo-claudicar, comprensión-rechazo, vivir por sí- o por los demás, esperanza-desesperanza, estas siendo las esenciales, se elaboran en el cotidiano de la situación/problema y están presentes en la construcción del nivel de aspiración, su satisfacción y adecuación de las perspectivas de éxito (Alfonso, 2008; Del Sol, 2011; González & Bermúdez, 2008; Maldonado, 2008; Rodríguez, 2009).

Finalmente, se perfilan las principales aristas para la intervención psicoterapéutica con estas mujeres, dirigida a potenciar su autovaloración, así como los indicadores para evaluar su efectividad (Alfonso, 2011; González & Aguiar, 2009; Pascual, 2010).

### **1.3.1 La Autovaloración. Su inclusión en el proceso psicoterapéutico.**

Ya desde el epígrafe anterior se ha develado la posición teórica asumida en cuanto a que, a la construcción de la intervención psicoterapéutica integrativa para pacientes con cáncer de mama, le es inmanente el concepto de zona de desarrollo próximo, a partir de la contextualización en un proceso de cambio psicoterapéutico del principio vigotskiano de la colaboración.

Se asume el enfoque histórico cultural, concertado a las actualizaciones de autores cubanos, al aceptar el origen social de las funciones psíquicas superiores, donde la autovaloración no es una excepción, lo que supone reconocer que ésta se forma

## *Marco Referencial Teórico*

gracias a la interacción que establece con otras personas (Corral, 2001; Domínguez, 2003; Fariñas, 2007; Fernández, 2003; Guerra, 2001; Roche, 2012).

Esta premisa se relaciona con la tesis de Vigotsky (1987) sobre la "ley genética del desarrollo cultural", donde señala que los procesos psíquicos primero se observan en el plano social y existen como tales y posteriormente son apropiados por la persona, interviniendo luego en la regulación conductual (Guerra, 2001).

Este proceso de interiorización se concibe como la "reconstrucción" de la acción en un plano, interpsicológico e intrapsicológico; que envuelve transformaciones y cambios en las estructuras y en las funciones que se apropian, hasta lograr la autodeterminación en los diferentes contextos y la autorregulación de sí mismo, en tal sentido (Castillo *et al.*, 2012 b; Corral, 2001; Guerra, 2001; Rodríguez, 2006).

Es precisamente esta posición activa en la apropiación de lo socio cultural, la que justifica la posibilidad de influencia en esta formación para su potenciación hacia una zona salutogénica, con fines terapéuticos. Apoyado en el supuesto de que la autovaloración selecciona y dirige la conducta mediante la elección de la información relevante; pero a su vez, sirve de marco interpretativo de y para los resultados de dicha conducta (Fernández, 2003; Peña, 2005; Rodríguez, 2006).

En este sentido es importante definir que se concibe la potenciación de la autovaloración, en esta situación social de desarrollo particular -de enfermedad-, como un paso previo para el logro de la autoaceptación, y una conducta autorregulada, direccionada al equilibrio entre la salud residual y la enfermedad a enfrentar (Castillo *et al.*, 2012 b; Fernández, 2003; Rodríguez, 2006).

Se le concede además, a esta formación psicológica, cualidades como la de ser dinámica y poseer una organización interna útil para asimilar información, guiar el comportamiento y, si es preciso, acomodarse a las exigencias ambientales. Ambas aproximaciones conceptuales coinciden también en subrayar la naturaleza afectiva, de carácter muy personal, de la autovaloración (Alfonso, 2011; Castillo *et al.*, 2012 b; González-Pienda *et al.* 1997).

Estos desarrollos conceptuales apuntan a la idea de que es posible potenciar su dinámica, reconfigurando la interpretación del contexto/enfermedad, bajo nuevos sistemas simbólicos, y en la medida en que la persona los haga propios, se irán reestructurando y organizando a partir de las vivencias positivas, sistemas de

necesidades y motivos más adaptativos y proactivos al tratamiento, en función del reconocimiento de las posibilidades inherentes y un locus de control interno (Grau *et al.*, 2005; Rodríguez, 2006).

No obstante, el elemento más notable a considerar es el hecho de que el conocimiento y la valoración de las propias cualidades y comportamientos presuponen el conocimiento y la valoración de las cualidades de los demás. Se afirma, que el conocimiento del otro no solo antecede al de sí mismo, sino que le sirve de apoyo y de origen (Rodríguez 2006; Peña, 2005).

Al respecto señala González, (2001), que la valoración social cumple una doble función: por una parte ofrece información sobre la calidad del comportamiento a la persona, y por otra enriquece la representación que tiene de sí.

Desde la perspectiva abordada, se han apuntado algunos elementos conceptuales y empíricos que resultan medulares, para la intervención psicoterapéutica dirigida a la autovaloración en pos de mejorar la salud: la concepción sobre el origen social de la autovaloración y el carácter activo, comunicativo de la apropiación de las exigencias del medio, en detrimento de la idea de pasividad que puede imponer la aceptación de la enfermedad.

Se parte, por tanto de que la autovaloración adquiere una importancia esencial en la comprensión de la mujer, de su nueva situación, con sus obstáculos y potencialidades de desarrollo, en tanto sus funciones proveen un sentido de continuidad en el tiempo y en el espacio, aportan la integración y organización de las experiencias relevantes, regulan el estado afectivo y ofrecen una fuente de incentivos y motivación para la conducta y elaboración de las contradicciones (Alfonso, 2008; Alfonso, 2011; Bañuelos *et al.*, 2007; Pascual, 2010).

La autovaloración en el contexto del proceso salud-enfermedad, es susceptible de ser potenciada en sus aspectos más positivos, a partir de las pautas orientadoras ofrecidas en el marco de la intervención psicoterapéutica integrativa, con lo que esta formación contribuye a la integración general la mujer como personalidad a la situación real de vida (Alfonso, 2011; Castillo *et al.*, 2012; Pascual, 2010).

### **1.3.2 Funciones de la autovaloración como componente de la personalidad.**

La autovaloración, que se resume como el amor propio, las percepciones o ideas sobre uno mismo, que son influyentes en el bienestar factibles de ser reforzadas por

## *Marco Referencial Teórico*

los auto y alo calificativos de nuestro comportamiento, ha sido poco estudiada en virtud del rol que puede desempeñar desde su función reguladora, en los esfuerzos la persona en la prevención, conservación y rehabilitación de la salud y la funcionabilidad física y mental (Moreira & Canavarró, 2012).

Constituye por tanto aquel nivel de autoconciencia en que la persona es capaz de valorarse a sí mismo y concientiza sus necesidades, capacidades y actividades, y evalúa sus cualidades y capacidades tanto mentales como físicas para adecuarlas a las demandas del medio social cultural (Fernández, 2003).

Por ello la autovaloración se considera un sistema regulador constante de la actividad de la personalidad, mediante el cual no se analiza solamente la correspondencia entre las conductas expresadas y las cualidades integrantes de la autovaloración, sino que se relacionan las cualidades y los elementos que integran la conducta, con las exigencias del medio y con la vida futura (González, 1991; González & Bermúdez, 2008).

En los estudios que se centran en la personalidad, la autovaloración ocupa un importante lugar, por ser un componente activo de este sistema integral dinámico, y una de las de mayor influencia en la autorregulación de la conducta del hombre, extendiéndole además, una función defensiva que se relaciona con las respuestas ante situaciones egosintónicas para la persona (Marcos, 2003; Peña, 2005).

El propio carácter sistémico de la personalidad determina que esta formación psicológica esté relacionada con los motivos, las normas y los valores, así como con otras formaciones motivacionales como los ideales, las intenciones, la autodeterminación, la concepción del mundo, el sentido de la vida y otras, con las que puede integrarse en distintas configuraciones o síntesis reguladoras para determinar el comportamiento (Marcos, 2003; Fernández, 2003; Rodríguez, 2006).

Al referirse al problema de la formación de la autovaloración, se afirmaba que la misma, como dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia, comienza a gestarse paralelamente a la misma, aproximadamente al final del segundo año de vida con el conocimiento de su yo corporal y se extiende hasta la adultez; en un proceso continuo y dinámico que no termina y va transitando desde el análisis y valoración de aspectos físicos, exteriores, hasta el del comportamiento y aspectos interiores o particularidades de la personalidad (Marcos, 2003; Peña, 2005).

Entre las funciones más importantes de la autovaloración, Lipkina destaca también la reguladora, y escribe que es precisamente aquella formación que regula la conducta en un nivel particularmente personal. Esta formación determina la posición de la personalidad en relación con todas sus tareas vitales. (1991). Por tanto, tiene una significación esencial en la regulación de las conductas en las que la persona se siente comprometido (González, 2001).

González refiere, además una función autoeducativa, que considera un momento superior de desarrollo de la función autorreguladora, donde el nivel de la autocrítica y la autorreflexión posibilitan la movilización de la conducta en dirección a la superación de sus deficiencias (1991).

Esta función autoeducativa está también relacionada con la función pronóstica o proyectada al futuro que refirió Lipkina, pues orienta a la persona hacia la superación de sus limitaciones (1991).

El cáncer de mama, a pesar del progreso alcanzado en los protocolos de actuación para su tratamiento y control, desorganiza la personalidad y genera intensas vivencias que ponen a punto todas las posibilidades de autorregulación, para restaurar el equilibrio emocional y vivencial, por lo que el desarrollo de una intervención para este fuerte sistema regulador entraña la esencia de la capacidad resiliente de la persona (Bañuelos *et al.*, 2007).

### **1.3.3. Evaluación de la autovaloración**

Los procesos de autorreferencia se consideran como ejes en la integración, estabilidad y armonía en el funcionamiento regulador de la personalidad, los asumen casi todas las escuelas psicológicas recibiendo diversas denominaciones (Yo, sí mismo, autoconciencia, identidad personal, autoestima, autovaloración) (Fernández, 2003), tal variedad conceptual compromete su evaluación y la consiguiente generalización de los resultados.

La autovaloración define la posición de la persona en su contexto social cultural, no es un producto cognoscitivo terminado de las cualidades que identifican a la persona, sino que en ella pueden quedar incluidos aspectos que se desea poseer, otros que considera que le dificultan su desarrollo, así como las contradicciones sentidas y las metas que necesita alcanzar para su autorrealización personal (González, 1991).

## *Marco Referencial Teórico*

Mediante la función valorativa, que confronta las cualidades que se cree poseer, tanto con su realización en la conducta, como con las exigencias de su vida y sus aspiraciones futuras, se incentiva al trazado de nuevas metas; lo que queda implícito en el concepto de su desarrollo, concebido como mejoría, cambio, progreso o movimiento hacia el cambio, crecimiento o expansión. También en el proceso de adaptación a situaciones de pérdida que ponen a prueba los recursos psíquicos individuales (Fernández, 2003; Domínguez, 2002).

La persona, en su interacción con el medio, busca información que le permita mantener la estabilidad y consistencia de su autovaloración, al mismo tiempo que desarrollarla y enriquecerla. De esta forma, si bien en ocasiones la información resulta coherente, en otras puede ser amenazante, como es el caso de la enfermedad oncológica; poniendo en marcha una serie de procesos que le van a permitir integrarla o rechazarla (González-Pienda *et al.*, 1997).

Ello le confiere relativa estabilidad al evaluar la información del contexto o la retroalimentación de los otros significativos, como una fuerza motivadora en la búsqueda de nuevas experiencias que o bien reafirmen la estructura actual del autoconcepto o bien definan cuál sería el camino adecuado para el crecimiento personal, lo que aportará desarrollo y estabilidad a la personalidad (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976; González-Pienda *et al.*, 1997).

Un aspecto menos tratado es la vertiente emocional de la autovaloración, en que la unidad indisoluble de lo cognitivo y lo afectivo, aparece representada en el sentido personal, el pensamiento y también en la autoconciencia, procesos incluidos en el aspecto funcional de la autovaloración en tanto son portadores de la carga emocional de las necesidades y motivos representados en ella, y se expresan en las vivencias que los razonamientos sobre sí mismos provocan (Fernández, 2003; Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976).

Aspecto que en el caso de Chenoskova (1980), fue enunciado partiendo del conocimiento del mundo y de sí mismo, como mecanismos internos conformados por el autoconocimiento, una actitud emocional valorativa y como síntesis, la autorregulación, en cuyos resultados influyen la adecuación, estabilidad, e integridad (citado en Díaz, 2007).

## *Marco Referencial Teórico*

Es por ello que la misma funciona mediante procesos de razonamiento, y elaboración cognoscitiva con alta carga emocional (Carver, & Scheier, 1996; Fernández, 2003).

En lo referente a su evaluación, la autovaloración, a partir de sus contenidos regula de modo efectivo el comportamiento, cuando se estructura alrededor de un sistema de cualidades interrelacionadas y expresadas con un compromiso afectivo, con una reflexión valorativa, activa en correspondencia con las exigencias necesarias para el logro de sus aspiraciones, indicándose tanto elementos favorables, en el autoconocimiento, como desfavorables de sí mismo aunque en un sentido autoeducativo, constructivo, convirtiéndose esta formación en un elemento central de la autoeducación (Fernández, 2003).

Por el contrario, en opinión de la autora, la autovaloración pierde efectividad en la regulación del comportamiento cuando se articula a partir de un contenido pobre, restringido, o de cualidades abstractas inalcanzables, poco sistémicas, con tendencia a la descripción comportamental más que a las causas del mismo, contenidos poco elaborados, con insuficiente mediatización reflexiva y flexibilidad.

En la evaluación se deben determinar además otros procesos que la integran como el nivel de la autoestima y autoaceptación (González, Aguiar, Castillo, 2011).

A partir de los criterios de González (1991), se consideran diferentes niveles de adecuación de la autovaloración, que incluyen aspectos procesuales y de contenido, los cuales determinan su desarrollo adecuado, por defecto o por exceso, como los siguientes: Riqueza de contenido, que posibilita a la persona orientarse conscientemente en todas las esferas de la actividad, flexibilidad, que posibilita a la persona asimilar elementos disonantes con la tendencia general de su personalidad y analizar resultados acordes con sus expectativas, e 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.

Esta línea de evaluación de la autovaloración, ha continuado en uso en numerosos estudios en el país, como: Peña (2005), Rodríguez (2011) y específicamente, en nuestro territorio, se ha utilizado en su evaluación en mujeres con trastornos tiroideos (Castillo, 2004) y en cáncer de mama (Alfonso, 2008; Maldonado, 2008; González & Aguiar, 2009; Pascual, 2010; Rodríguez, 2009).

Relativo a los métodos para su estudio en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama no metastásico, no se concretan con suficiente claridad o convergencias de la comunidad científica, categorías o indicadores de evaluación; sí hay coincidencias en cuanto a la necesidad de privilegiar los recursos de elaboración personal, que estimulen la reflexión (Peña, 2005; Rodríguez, 2011).

En consecuencia, se formulan indicadores de funcionamiento de la autovaloración, buscando mayor flexibilidad y profundidad en el estudio de esta formación psicológica, que permita una aproximación a las profundas interrelaciones que se crean entre la autovaloración y las posibilidades de optimización de las conductas y comportamientos personales en la enfermedad, a partir de la autopercepción de las capacidades de resistencia y recuperación, para alargar la sobrevida y el bienestar psicológico (Montiel, 2008; González & Aguiar, 2009).

La autora reconoce los aspectos funcionales que comprenden los indicadores de evaluación, los cuales definen la forma en que el contenido se expresa en las funciones reguladora y autorreguladora de la personalidad, y los niveles de funcionamiento esbozados. Además se profundiza en los contenidos que la integran en el proceso de enfermedad de la mujer y en los aspectos estructurales, que apuntan hacia la forma en que los contenidos se organizan o estructuran para expresarse en la función reguladora de la personalidad. Articulando a modo de integración, en la historia individual de la persona, los aspectos estructurales y funcionales de adecuación autorreferencial que orientan la conducta individual.

### **1.4 La Intervención psicoterapéutica en las pacientes con cáncer de mama.**

Las intervenciones en el campo de la Psicología son clasificadas por Zaldívar en: Intervención psicológica (psicoterapéutica), e intervención psicosocial (2007). La intervención psicoterapéutica constituye una relación profesional de ayuda psicológica y 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 (Roca, 1986, 2005; Zaldívar, 2007).

Entre los objetivos fundamentales que se pueden perseguir con una intervención psicológica, destacan: la modificación del comportamiento o de la situación conflictiva en cuestión; propiciar el restablecimiento del bienestar psicológico de la persona, disminuyendo o eliminando las manifestaciones de trastornos emocionales;

modificación de la imagen de sí mismo, incluyendo la modificación de los sentimientos de inadecuación y la elevación y adecuación de la autoestima y la compensación del déficit, entre otras (Fullerat, 2003; Hyland, 2011; Salvador, 2010; Roca, 2000; Zaldívar, 2007).

Por otra parte, se debe considerar en qué momento de la enfermedad debe intervenir el psicooncólogo, pues en dependencia de la fase en que se encuentre la paciente, se proyectará el trabajo (De León, 2009).

Entre ellas, este estudio abarca la fase de diagnóstico, pues ante el shock que reciben, es de esperar una crisis con desorganización, vulnerabilidad-irritabilidad, reducción-incremento de los mecanismos de defensa, disfunción a nivel personal, laboral, familiar o social, labilidad emocional o aplanamiento afectivo, ataques de pánico, cuadro depresivo incapacitante, conductas regresivas, brote psicótico y agresividad-autoagresión, entre otras. De igual forma se reportan pérdida de la autoimagen, disminución de la autoestima (Bañuelos *et al.*, 2007; Castillo *et al.*, 2011; De León, 2009; Pascual, 2010; Salas, 2009)

Es importante que el psicólogo escuche, observe, recabe información complementaria para jerarquizar prioridades y reconocer canales alternativos de contacto y contención. También, debe manejar la emoción o sentimiento desadaptativo con el empleo de recursos y habilidades de relajación, manejo del dolor permisible, buscar la estabilización, con miras a que la persona supere la crisis, y por ultimo mantener su seguimiento (De León, 2009).

Las reacciones emocionales ante el cáncer pueden ser normales o defensivas y permiten adaptarse a la situación y no se consideran patológicas salvo que su duración, intensidad o frecuencia, sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona (Calderón, 2010; Del Pilar, 2009; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (NBCC & NCCI), 2003).

Aquí de igual manera, el psicooncólogo debe detectar las necesidades del paciente o incluso hasta de la familia para poder orientarlos y reducir el estrés (Navarro, 2009; Treto, 2009). Como premisa, debe lograr empatía para que los familiares se presten a escuchar, además ayudar a refocalizar el dolor, en tal sentido son útiles las estrategias basadas en el apoyo y en la modificación de conductas desaptativas (Del Pilar, 2009; Grau *et al.*, 2005; Prieto, 2004).

## *Marco Referencial Teórico*

En la fase de tratamiento, que también se abarca en el estudio, la mujer ya se encuentra inmersa en el tratamiento médico para luchar contra el cáncer, de tal manera que esta fase puede ser difícil, porque la calidad de vida del paciente está expuesta a los efectos secundarios del tratamiento que esté recibiendo (Ponce De León, 2009; Krychman, Katz, 2012).

El número de tratamientos conservadores de mama es relativamente escaso. Por ello, el psicólogo interviene preferentemente en mujeres con graves mutilaciones y/o deformaciones corporales, con profundas implicaciones en su mundo interno (Ponce De León, Milián, Méndez, 2009; Rodríguez, 2009).

Concurrentemente, la persona puede sufrir de ansiedad, pérdida de autoestima, disfunción sexual, miedo y tristeza resultantes de lo que está experimentando; estas emociones dependen de la valoración de la paciente sobre la amenaza incierta, con implicaciones existenciales vinculadas a la propia identidad, a la vida y a la muerte (Bañuelos *et al.*, 2007; Krychman, Katz, 2012).

Los psicooncólogos deben acumular una fuerte preparación en técnicas de “counselling” (consejería), terapia ocupacional y de orientación y terapia sexual, así como en orientación y terapia familiar y en entrenamiento de habilidades socio-comunicativas (Grau *et al.* 2005).

Además, con relativa independencia de su marco teórico, deben conocer procedimientos de hipnorrelajación, técnicas catárticas y de ventilación emocional, terapias de grupo, procederes para el control del dolor, consejería ante problemas de anorexia, así como técnicas cognitivo-conductuales (Grau *et al.*, 2005; Krause, 2011; Meza-Rodríguez, 2007; Del Pilar, 2009; Flórez, 2006; Ponce De León, Milián, Méndez, 2009).

Se recomienda intervenir sobre las alteraciones sensoriales y neurológicas, consecuentes de la enfermedad y de los tratamientos antineoplásicos. Es fundamental, además, tratar el dolor como un problema prioritario que incide directamente en la calidad de vida de la persona (Reyes, Grau, Chacón, 2009).

La intervención psicológica comienza desde el día del diagnóstico, y comprenderá el conjunto de técnicas psicológicas empleadas para restituirle a la mujer mastectomizada sus condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan la autonomía y la funcionabilidad necesarias, para ocupar un lugar dentro de la sociedad

y la familia y sentirse bien consigo misma (Calderón, 2010; Grau *et al.*, 2005; Pérez, 2009).

Según Grau *et al.*, (2005), los factores psicológicos predictores de un deficiente ajuste psicológico al cáncer, que explican el diseño de intervenciones oportunas, serían entre otros: la frecuencia de estados emocionales, en especial depresión, ansiedad, ira, además la baja autoestima e inadecuada imagen corporal (Falcão *et al.*, 2002; Sánchez, 2005; Silva de Oliveira *et al.*, 2008).

Las acciones terapéuticas grupales, dentro de la integración, suponen una alternativa de apoyo y beneficio ante la pérdida de uno o ambos senos, dado el significado que para la mujer presentan éstas, tanto en el aspecto físico como emocional (Falcão *et al.*, 2002). Estas acciones se han vuelto más comunes en las últimas décadas, y alrededor de 1/5 de las pacientes recurre a ella (Spiegel, 2007).

### **1.4.1 Intervención psicológica, desde la connotación de crisis en cáncer.**

La modalidad integrativa que se propone incluyó como perspectiva la intervención en crisis, ésta ha ido *in crescendo* a partir de 1950, con su aplicación en cuidados intensivos a enfermos en estado crítico (UCI), así fue tomando fuerza en la Psiquiatría y entre los psicólogos asignados a estas unidades, lo que se constituyó en un enfoque ecológico de aplicación de recursos múltiples para el abordaje de las urgencias y la intervención en situaciones críticas que desde el punto de vista adaptativo aquejan a los pacientes y las familias (Clavijo, 2011).

Esta modalidad implica un número fijo de sesiones que oscilan desde 2 o 3 hasta 50, mientras los pacientes están en el hospital y viene determinado por una alta dependencia de éste (Clavijo, 2011; Kaplan & Sadock, 1991).

Es útil para aumentar las destrezas, la adherencia, la participación activa del enfermo y la comprensión de la enfermedad reforzando los autocuidados, además de reducir los vínculos de dependencia y ayudarle a la adaptación general al egreso, promocionando su autodesarrollo y fortalecimiento del *self*, para contener la crisis (Clavijo, 2011; Zamora, 2012; Zigfrids & Stelmachers, 1993).

Su utilización en el cáncer se justifica, por cuanto sus tratamientos condicionan con frecuencia la presencia de niveles profundos de ansiedad, depresión y pérdida gradual de los roles establecidos (Grau *et al.*, 2005; Slaikev, s/f).

## *Marco Referencial Teórico*

Todos los cambios físicos, como son la alopecia secundaria a la administración de quimioterapia, las cicatrices como secuelas a la cirugía, las amputaciones, las ostomías, producen una ruptura en la armonía del estado físico e inciden en la manera que tiene el paciente de percibir su autoimagen, generando trastornos en la misma y dando lugar al rechazo de su cuerpo (Llanta, Grau & Massip, 2005; Sebastián, Bueno, Mateos, Manos, 2007).

Este tipo de atención se concibe como una intervención activa, *multiempuje*, de integración de recursos en un marco interdisciplinario que incide sobre los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales envueltos en la problemática objeto de atención, en el lapso más breve posible, lo que cobra especial peso cuando se trata de intervenciones mutilantes e invasivas (Chang, 2007; Clavijo, 2011; González, 1999; Slaikev, s/f.).

La integración permitió además una articulación con técnicas de apoyo o soporte individual y en grupo, que tiene por fin el reforzamiento de defensas existentes, la elaboración de nuevos y mejores elementos de control y la restauración del equilibrio adaptativo (González, 1999; Rodríguez, 2006; Zamora, 2012). Otro factor a considerar es la esencia fluyente de las situaciones críticas, por lo que los enfoques demandan ser dinámicos, y eventualmente puede servirse de una variedad de perspectivas, solo limitadas por su brevedad (Clavijo, 2011).

Tradicionalmente, las intervenciones psicológicas en la patología neoplásica de mama, han sido desarrolladas de manera individual, debido a la frecuente tendencia a la evitación, como pauta desadaptativa en estas pacientes y aunque tiene sus ventajas, desde la década del 90`se han reportado con mayor frecuencia las intervenciones grupales, que permiten una atención más eficiente (Sebastián, 2009); ambas, fueron implicadas en la propuesta.

Si la finalidad es la asistencia terapéutica de todos los enfermos, no cabe incluir en los grupos cerrados o semicerrados, al gran número de pacientes en tratamiento, tampoco en esquemas abiertos con baja cohesión, por cuanto ésta constituye una premisa en el proceso de colaboración intersubjetiva para el cambio. Por lo que se optó por los grupos de *lenta apertura*, en los que se sustituye ordenadamente, a los pacientes que salen del grupo, por otros.

Es un tipo de grupo siempre en función, donde las normas predeterminan el número de sesiones y las pautas de los egresos. Debe admitir, constantemente, a nuevos individuos, a la par que otros en diferente grado de desarrollo de las pautas de cambio psicológico. Este procedimiento es adecuado para el trabajo con grupos mayores, que permiten la admisión regulada de unos miembros y el alta de otros (Battegay, 1978).

El grupo entendido como un lugar de mediación es a la vez, un privilegiado espacio de construcción y desarrollo de la subjetividad (Fuentes, 2005; Ibarra, s/f).

Constituye una alternativa de tratamiento psicoterapéutico en el cual el grupo sirve como instrumento de cambio (Zaldívar, 2004). Según el autor, resulta útil en diversos desórdenes psicológicos, combinando recursos de los grupos de discusión y del enfoque multimodal, fundamentado en la combinación de diversas estrategias, que de manera empírica han expuesto por separado su efectividad en el tratamiento de ese trastorno (Zaldívar, 2007)

Consideración aparte merece el análisis de su desarrollo, que puede efectuarse desde distintos ángulos, la descripción y captación de las interacciones, responde al criterio sociológico. Si se investigan, los procesos de profunda motivación psicológica que laten en el mejoramiento de sí mismos, en todo hecho de grupo, será el aspecto psicológico (Battegay, 1978).

Conciernen a este aspecto del tema, la identificación de las vivencias que se desprenden del proceso «centro» de la colectividad terapéutica, así como la ayuda mutua para la recuperación. La meta consiste, en la búsqueda del éxito en el bienestar psíquico y el progreso individual; pretende el tratamiento de los pacientes, mediante el instrumental representado por el grupo (Battegay, 1978; Calviño, 1998).

El informe pretendió integrar ambos análisis con un énfasis mayor en el aspecto psicológico, perspectiva ésta, que se ha dado en llamar “en grupo”.

### **1.4.2 La psicoterapia integrativa. Necesidad y alternativa en la Psicooncología.**

El movimiento integracionista, comenzó desde el pasado siglo, pero no es hasta sus postrimerías, que se identifica al eclecticismo como un fenómeno reiterado en el quehacer terapéutico, que apunta hoy a tres grandes áreas de integración, la teórica, la técnica y de factores comunes (Krause, 2011; Márquez, 2011; Roca, 2009; Roche, 2012; Wachtel, 2010; Zaldívar, 2005).

## *Marco Referencial Teórico*

Es un movimiento global, que agrupa profesionales de diferentes denominaciones, entre los que merece mención está Beitman, quien funda su propuesta en los factores comunes y lleva a cabo un amplio programa de formación (2004), Erskine, con su integración en el contacto, que define la sintonía terapéutica de la identidad del cliente y su normalización de la necesidad de autodefinición (2012), la Integración teórica de (Wachtel, 2010) y otros que en América Latina tiene exponentes claves como Balarezo, que la define como una totalidad dinámica, más completa y útil que los elementos que la articulan, focalizada en la personalidad (2010).

Muy interesante resulta además la propuesta del Modelo Supraparadigmático, que declara el *self*, como eje integrador de los paradigmas biológico, afectivo, cognitivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico, según el autor tiene que ver, con la apreciación de lo positivo o negativo de su autoimagen y autoestima (Opazo, 2006).

En este enfoque el holismo y la necesaria convergencia con los condicionantes biológicos, encontró reafirmación en la Psicoterapia Integrativa Psiconeuroinmunoendocrina, de Dubourdieu (2008), quien considera que las vías de comunicación entre los sistemas biológico y nervioso, en el campo de la salud y la calidad de vida. Otro autor importante Fernández-Álvarez, gesta su modelo en el constructivismo, concibiendo el malestar en dependencia de las condiciones del contexto, que solo adquieren significado desde la subjetividad (2008).

En Cuba, este movimiento se expresa en la práctica académica y asistencial, en consideración a que, "...en los albores del Tercer Milenio aún conserva vigencia la intencionalidad de demostrar que la psicoterapia es un noble y potente instrumento, capaz de contribuir favorablemente a un mejor funcionamiento, al bienestar y a la calidad de vida de las personas, lo que incluye y convoca a la integración" (Roca, 2012, p. 180).

Los autores se pronuncian en su mayoría, en insistir que en las distintas psicoterapias, están presentes una serie de procesos y factores comunes a todas, que explicarían efectos beneficiosos similares, además del cuál y para quién, (Roca, 2012; Whalley & Hyland, 2009).

Entre los factores comunes resalta: una relación de confianza que facilita la activación emocional, el ofrecimiento de explicaciones racionales que incluyen el proporcionar nueva información acerca de la causa y el tratamiento de los problemas, la esperanza

de encontrar ayuda en el terapeuta: la oportunidad de tener experiencias de éxito y dominio de los problemas, entre otros (Roca, 2012).

El movimiento integrativo, adopta procedimientos psicoterapéuticos que resulten óptimos para la naturaleza del trastorno, remitir o aliviar el displacer del aquejado y hacerlo con presteza, sin tener en cuenta el marco teórico o epistemológico de donde provenga la técnica en tanto, un aspecto que sí es valorado es la cuestión de la efectividad (Márquez, 2011; Roca, 2009; Roche, 2012).

La efectividad de la psicoterapia, es también un tema que está generando actualmente un importante debate, y que es clave, tanto desde un punto de vista científico como aplicado, para que la Psicología ampare el estatus de una disciplina científica (Bados, García, Fusté, 2002).

La misma se relaciona con la obtención de las metas trazadas, controlando las técnicas, el tiempo, costo y el establecimiento de metas claras que fomenten la coherencia y el trabajo conjunto. Se caracterizan por trabajar en una situación puntual de crisis (Clavijo, 2011; Kaplan & Sadock, 1991; Krause, 2011).

En general, se considera que la efectividad de un tratamiento psicoterapéutico, depende del grado de satisfacción de un cliente con este, con la relación terapéutica que se establece, y en qué condiciones se realiza (Arraras *et al.*, 2010; Ferro & Vives, 2004, citado en Márquez, 2011; Hyland, 2011).

Según el citado autor, evaluar la efectividad necesita al menos de dos indicadores, uno nomotético en el que se precisen las pautas diagnósticas sobre las que se ejercerá la acción terapéutica y otro ideográfico, que se asocia con la percepción subjetiva que desarrollan los aquejados sobre los resultados del tratamiento, y la manera en que reconocen sus mejorías o cambios terapéuticos.

Si bien son importantes los requerimientos de eficiencia y seguridad, sin dudas lo es más la satisfacción y agrado del paciente, logrado de manera breve y efectiva, donde el compromiso ético del terapeuta, con el reclamo del aquejado, sigue siendo el factor que posibilita esta conciliación (López, 2010; Roca, 2009).

La efectividad implica necesariamente que sea clínicamente útil, y generalizable a los contextos clínicos reales y con una buena relación coste/beneficio (Arraras *et al.*, 2010; Bados, García, Fusté, 2002; Hyland, 2011; Krause, 2011).

## *Marco Referencial Teórico*

Para las pacientes con cáncer de mama, pueden ser apropiados diferentes tipos de la psicoterapia, en dependencia del estado del paciente o de las características de las técnicas, por lo que es común adoptar un "eclecticismo técnico", en que se impone que el terapeuta adopte una actitud más directiva, basado en el aquí y ahora, con cierto grado de inmediatez, para lograr cambios amplios y duraderos (Ochoa *et al.*, 2010; Krychman & Katz, 2012; Whalley & Hyland, 2009).

En el estudio, se han considerado las posibilidades que ofrece la psicoterapia integrativa como una alternativa aplicable en la atención de mujeres con cáncer de mama no metastásico, en el contexto cubano actual, a partir de adoptar una integración teórica, bajo la égida de los aportes y actualizaciones que autores cubanos han tributado al enfoque histórico cultural.

En este sentido, la autora se adscribe a concebir la autovaloración en un papel integrador de la personalidad de la mujer aquejada, que re-crea su realidad de salud, desde una nueva posición reconfigurada y bajo una concepción holística, la cual refrenda su visión dentro de un sistema de real de relaciones, donde el psicodiagnóstico y la psicoterapia, se integran en el proceso de cambio, sin desestimar el momento puntual de cada uno.

El cambio psicológico, quedó determinado, más que por logros en alguna parcela específica, por modificaciones ostensibles integradoras de lo afectivo, cognitivo, conductual, interrelacional y contextual, en una condición biológica, impuesta por el problema de salud tratado, con claras implicaciones del enfoque psiconeuroinmunoendocrino, en su concepción.

Fue asumida la atención individualizada con una óptica vivencial valorativa, integrada al recurso del grupo, pautado por su impronta en la potenciación del autorreferente y la necesidad práctica por la alta incidencia de la enfermedad, que impone altos estándares a la atención psicológica en el sistema de salud.

## **Capítulo II. Marco referencial metodológico**

### **2.1 Características del contexto.**

La investigación se realizó en el Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” (HCHR) de Santa Clara, desde 2005 hasta 2012, esta institución centraliza un conjunto de importantes ensayos clínicos en busca de soluciones avanzadas para el control del cáncer, no obstante su razón de ser es proveer atención de salud a nivel secundario a pacientes oncológicos en la región central de Cuba, abarcando todos los municipios de Villa Clara y las provincias vecinas de Cienfuegos y Sancti Spíritus.

### **2.2 Perspectiva, diseño de la investigación y tipo de estudio.**

Se optó por la perspectiva mixta de investigación, que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o en una serie de investigaciones, para responder al planteamiento del problema. Este enfoque logra una representación 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 (Hernández, Collado-Fernández, Baptista, 2006).

En correspondencia con esta perspectiva, se realizó un diseño cuasi-experimental, con pre-prueba y pos-prueba, con grupo de control equivalente por emparejamiento (Montero & León, 2005). Se utilizó este tipo de diseño pues, a pesar de aleatorizar las variables, no se llegaron a controlar todas (Fernández- Ballesteros, 1996).

Para la evaluación de la autovaloración, de las mujeres que conformaron los grupos en las fases diseñadas, fue clave el análisis cualitativo e integral en dependencia de sus singulares situaciones de vida, condicionada por la enfermedad oncológica y sus especificidades médicas, habida cuenta de que la genuina científicidad y humanismo que dimanan de los enfoques integrales de la salud, son la mejor garantía de su capacidad para satisfacer las necesidades, lo que implicó asumir el método clínico (Artiles, Otero, Barrios, 2007).

### **2.3. Etapas de investigación.**

En función del objetivo general, quedó estructurada la investigación en tres etapas que respondían a las tareas científicas.

Cuadro de texto 1. Etapas de la investigación científica.

Etapas	Tareas científicas
Primera	Determinación operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración.
Segunda	Diagnóstico de la autovaloración.
	Diseño de la intervención psicoterapéutica integrativa.
	Valoración de la propuesta por expertos.
Tercera	Implementación y evaluación de efectividad de la intervención psicoterapéutica integrativa.

Fuente: Investigadora.

## 2.4 ETAPA I

### 2.4.1 Determinación operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración.

Esta etapa persiguió como propósito determinar los indicadores de expresión de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama. Para ello se empleó el criterio de Expertos. Este método permite a un grupo de expertos tratar un problema complejo. En esta investigación se utilizó el método creado por Crespo, avalado por numerosas investigaciones y publicaciones (Crespo, 2007; Crespo, 2009).

#### ➤ Método de Criterio de Expertos

*Descripción:* Para la evaluación de los indicadores propuestos, se empleó la metodología de la preferencia. En la encuesta se presentaron como primera aproximación al tema, los indicadores formulados por Montiel, (2009), de acuerdo a las necesidades de pacientes con cáncer de mama, que posteriormente fueron sometidos a criterio de especialista (González & Aguiar, 2009); lo que permitió sondear el estado de la investigación de la autovaloración, en la comunidad científica consultada y obtener diversidad de criterios sobre el tema. Fue conformado con preguntas dirigidas a la búsqueda de consenso sobre evaluación de la autovaloración y posibles técnicas con la intención de desarrollar la intervención.

*Materiales:* Protocolo del cuestionario. (véase anexo 1)

## 2.4.2. Descripción de la muestra de la Etapa I.

Se identificó como expertos, a profesionales de la Psicología o la Medicina, capaces de ofrecer, con un máximo de competencia, valoraciones sobre los indicadores de autovaloración para su evaluación en mujeres con cáncer de mama no metastásico. En total se trabajó con 37 expertos.

- *Criterios de selección:* La disposición a participar y el nivel de competencia. Este último, obtenido a través del procedimiento de análisis documental de la síntesis curricular, así como la autoevaluación de los candidatos sobre su conocimiento.

- *Criterios de competencias establecidos:* El coeficiente de competencia K, calculado a través de la opinión de los candidatos sobre su nivel de conocimiento acerca de la problemática (Kc) y con las fuentes que le permiten argumentar sus criterios (Ka). Se utilizó la expresión  $K = 1/2(Kc + Ka)$  (Crespo, 2007; Crespo, 2009).

- *Coefficiente de argumentación*, calculado de: alto 10-7, medio 6-4 y bajo 3-1, según las fuentes siguientes:

F1. Investigaciones sobre el tema personalidad, autovaloración /enfermedades crónicas.

F2. Experiencia profesional en la práctica clínica  $\geq$  de 5Años

F3. Exp. Docente de pre-postgrado (recibida/impartida)  $\geq$  de 3 Años

F4. Actualización en literatura nacional e internacional sobre la Personalidad y autovaloración.

F5. Actualización en literatura nacional e internacional sobre enfermedades crónicas, específicamente cáncer y cáncer de mama.

El coeficiente de conocimiento o información (Kc) que tiene el experto se calcula sobre la base de la valoración del propio experto, en una escala de 0 a 10 y dividido por 10, donde 0 indica absoluto desconocimiento y 10 pleno conocimiento de la problemática.

El coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios del experto se determina como resultado de la suma de los puntos alcanzados a partir de una tabla patrón, donde el experto indica el grado de influencia (alto, medio, bajo) que tiene en sus criterios cada una de las fuentes definidas por los investigadores (Crespo, 2007).

El valor de cada una de las fuentes no fue homogéneo, a criterio de la autora se les confirió mayor peso a la práctica profesional clínica mayor a los 5 años, y a la actualización en temas de personalidad y oncología, específicamente en cáncer de mama, adjudicándoles un valor de 25% y un valor de 15% a las investigaciones sobre el tema y 10% a la experiencia docente (Alfonso, 2008; González & Bermúdez, 2008; González & Aguiar, 2009; Maldonado, 2008; Montiel, 2009).

Se obtuvo un coeficiente de competencia  $k$  general alto, con un valor de 0.984444, por lo que conformaron la muestra. En tanto 8 de ellos consignaron un coeficiente medio en la fuente # 5, condicionado por la actualización en temas de oncología o personalidad, lo cual podría estar justificado por la integración multidisciplinar de los expertos, lo que lejos de disminuir su valor en experticia, lo cualifica.

### **Procedimientos empleados en la Etapa I.**

El cuestionario, se aplicó de forma individual en tres rondas. Los aspectos y los presupuestos a evaluar son presentados en el cuestionario. La escala valorativa fue operacionalizada a fin de homogeneizar los criterios en cada uno de los niveles valorativos, teniendo por máximo acuerdo, el 4 y como valor mínimo el 1. Adicionalmente se incluyó una perspectiva cualitativa de obtención de valoraciones y sugerencias del experto en procesos a modificar y procedimientos.

Para la interpretación de las verbalizaciones referidas en las preguntas abiertas el análisis fue cualitativo. Se apoyó además en el software método\_preferencias.xls, anexo al libro “Métodos de la prospectiva en la investigación pedagógica”, Crespo (2007).

### **2.4.4 Definición operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración por triangulación teórica.**

A partir de las sugerencias emitidas por los expertos, se procedió a la reorganización de los indicadores de expresión de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastático utilizando la triangulación teórica.

*Descripción:* Mediante la contrastación de la teoría, con las investigaciones empíricas realizadas por colaboradores del proyecto bajo la tutoría o asesoramiento de la autora, se trabajó para profundizar el conocimiento y la comprensión del objeto de estudio, por análisis comparativo constante, incluyendo la exploración sistemática de

las diferencias del concepto y sus indicadores (Bayarre *et al.*, 2004; Hernández, Collado-Fernández, Baptista, 2006).

*Procedimiento:* Las categorías asumidas para el diagnóstico de la autovaloración de mujeres con cáncer de mama no metastásico, disponibles en la literatura, fueron resumidas en definiciones e interacciones y comparadas con los resultados del trabajo empírico realizado en investigaciones previas y la práctica clínica, con lo que se perfilaron las más determinantes para el problema de estudio ( véase anexo 2. Esquema 1).

### **2.5 ETAPA II**

#### **2.5.1 Diagnóstico de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico.**

Partiendo de los indicadores ya delimitados en la tarea anterior, se pudo proceder al diagnóstico de la autovaloración, mediante un estudio descriptivo de comparación de grupos.

#### **2.5.2 Selección de la muestra.**

De una población de 644 mujeres, que asistieron a consulta central de Mastología se seleccionaron 444 pacientes mediante un muestreo aleatorio sistemático, a través del cual se incorporó, las cinco primeras mujeres que cumplieran los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra condicionó, no cometer una equivocación mayor a 3.2 del porcentaje y garantizar así la precisión.

##### *Criterios de inclusión:*

- Que expresaran su voluntariedad en el consentimiento informado. (ver anexo 4).
- Mujer con diagnóstico de cáncer de mama, confirmado histológicamente, recién operada.
- No metastásica en estadios 0, I y II, en etapa de tratamiento.
- Sin tratamiento psicoterapéutico, ni psicofarmacológico concomitante.
- Sin trastornos mentales o psicopatológicos severos que impidan la comprensión de los instrumentos de evaluación.

## Marco Referencial Metodológico

- Las mujeres que integraron el grupo de estudio debían asistir de forma puntual sistemática y cumplir consecutivamente, el número de sesiones preestablecidas en el contrato psicoterapéutico.

### *Criterios de exclusión:*

- Pacientes con diagnóstico oncológico diferente al establecido.
- Pacientes reintervenidas o en periodo post quirúrgico diferente.
- Pacientes con diagnóstico psicopatológico.
- Pacientes que no desearan participar en la investigación.

### *Criterios de salida:*

- Deterioro de la calidad de vida global por reacciones secundarias al tratamiento.
- Agravamiento de la enfermedad por metástasis o muerte.
- Que expresaran necesidad de salir de la intervención.
- No completar los instrumentos de evaluación.

Finalmente 222 mujeres con cáncer de mama no metastásico, integraron el grupo de estudio. De igual manera, se estableció la muestra pareada de 222 pacientes para el grupo testigo con los mismos criterios<sup>2</sup>, solo diferentes por la disposición o no, a integrarse al grupo según las exigencias de las técnicas planteadas.

Al conferirles libertad de elección de diferir su inclusión a otro momento más apropiado a sus condiciones reales; fue superado el dilema ético del grupo control (Fernández-Ballesteros, 1996). Por su esencia, las pacientes no incorporadas conformaron un grupo de control natural.

Cuadro de texto 2: Equivalencia inicial entre los grupos:

Criterios para parear las muestras		Grupo de Estudio	Grupo Testigo
Estado civil	Casada	150	152
	Soltera	18	27
	Viuda	54	43
Ocupación laboral	Trabajadora	100	98
	Ama de Casa	123	123
Tipo de intervención quirúrgica	Conservadora	113	119
	Radical	109	103
Promedio de edad	De 51 a 60	81	93

Fuente: Historia Clínica.

<sup>2</sup> -por el principio ético de autonomía, adujeron: lejanía, disposición entre otros que impedían su incorporación-

### **2.5.3 Técnicas empleadas en la Etapa II**

➤ Revisión de Documentos oficiales.

*Objetivo:* Verificar datos sociodemográficos y clínicos de interés de la muestra.

*Descripción:* Un documento es cualquier objeto físico que constituya el registro de algún conocimiento, y pueden ser escritos, audiovisuales, arquitectónicos (Rodríguez, Gil, García, 1999; Treto, 2009).

*Procedimientos:* Todo análisis documental se desarrolla en cinco etapas: en la primera, se realiza el rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles; en la segunda, se clasificación; en la tercera, la selección de los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación; en la cuarta, se extraen elementos de análisis; finalmente, se realiza una lectura cruzada y comparativa, de modo que sea posible construir una síntesis comprensiva de la realidad humana analizada.

En correspondencia con los objetivos de la investigación se analizan los documentos siguientes:

- **Historia Clínica:** La revisión de este documento permitió verificar los datos de interés, como estado civil, residencia, edad, datos clínicos y patológicos del paciente, para que pueda ser conocido por cualquier miembro del equipo de salud, estos datos se tabularon para su análisis. Los datos se procesaron a partir del documento resumen (véase anexo 4).
- **Programa Integral de Control de Cáncer (PICC), de 2010:** Integra todas las estrategias para el control de la enfermedad, con la revisión de la documentación que se pone en práctica en el contexto de la investigación, se puede afirmar que no se satisfacía objetivamente la tarea científica objeto de estudio, lo que confirmaba la novedad del proyecto.

*Calificación:* Se valoran los datos e informaciones obtenidas cualitativamente.

➤ *Entrevista psicológica semi-estructurada:*

*Objetivo:* Diagnosticar la expresión de la autovaloración de la paciente, en su historia de vida y actual.

*Descripción:* Existen múltiples tipos de entrevistas psicológicas, en la investigación se utilizó la semiestructurada, a partir de un protocolo elaborado con anterioridad sobre el

## *Marco Referencial Metodológico*

tema abordado (Alfonso, 2008, 2011; Maldonado, 2008; Navarro, 2009; Pascual, 2010; Rodríguez, 2009). (véase anexo 5)

Este tipo de entrevista permite flexibilidad en la formulación de las preguntas y las respuestas y buscar líneas alternativas de interrogatorio e interpretar las respuestas. Son especialmente útiles cuando se necesita obtener información detallada. Puede adaptarse a casi cualquier área o situación problemática y producir información espontánea (Fernández - Ballesteros, 2001).

*Calificación:* Se realiza un análisis de forma cualitativa.

➤ *Observación participante.*

*Objetivo:* Contribuir a la comprensión de elementos de la autovaloración de la paciente.

*Descripción:* 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, y sus acciones para obtener una concreta evaluación. (véase anexos 6, 16 y 17)

*Procedimiento:* Se usó para detallar las diversas manifestaciones, durante la caracterización de las peculiaridades de la autovaloración, así como en la dinámica del grupo y relación de ayuda individualizada. Cumplimenta la necesidad de evaluación de proceso, en cada sesión.

*Calificación:* Se realiza un análisis de forma cualitativa.

➤ *Escala Dembo Rubinstein (Modificada).*

*Objetivo:* Diagnosticar indicadores de expresión de la autovaloración.

*Descripción:* Esta escala fue originalmente creada por el psicólogo norteamericano TV. Dembo y luego modificada por S. Y. Rubinstein (1970) con el objetivo de conocer la autovaloración y conciencia de la enfermedad en una persona. La escala tiene como objetivo evaluar la autovaloración y consta de 9 parámetros: salud, felicidad, carácter, inteligencia, presencia personal, optimismo, conocimiento de sí, autoestima, autoconfianza y autocontrol, se ubican en un talonario con líneas verticales de igual tamaño (15cm), las que se identifican cada categoría (Alonso, 2004<sup>a</sup>, López, 2010). Los indicadores para la escala se tomaron teniendo en cuenta la revisión teórica de

## *Marco Referencial Metodológico*

las tesis anteriores dirigidas a este mismo objeto de estudio (Alfonso & Maldonado, 2008; Montiel, 2009; Pascual, 2010).

*Procedimiento:* El experimento se conduce en forma de una conversación libre. Se instruye a la persona 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. La persona 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? Después de esto comienza la etapa más interesante de la conversación provocada experimentalmente. En dependencia del lugar donde el enfermo colocó la cruz, se le pregunta: qué personas él consideraría más o menos poseedores de la cualidad, qué él entiende por la cualidad en cuestión y de qué depende la misma en su caso particular. En las aplicaciones de control al egreso del grupo y sexto mes de consolidación individualizada, se les pide además, que con un lápiz de otro color señalen su lugar actual con respecto a las evaluaciones anteriores, registrando no solo el lugar, sino además la explicación de cómo ocurrió este cambio, las respuestas se organizaron según los indicadores de expresión.

*Materiales:* Se utiliza un talonario con las escalas de cada categoría y una hoja para recoger las explicaciones. (véase anexo 7)

*Calificación:* El análisis es cualitativo, se realiza no solo de acuerdo con la ubicación que da el paciente, según los niveles que se le dan, además se consideran sus respuestas en el interrogatorio, lo cual permite encontrar si hay correspondencia o no entre lo expresado y la ubicación que da. Esto señala la tendencia general de la autovaloración. El análisis se realiza teniendo en cuenta que las personas con autovaloración adecuada, tienden a ubicarse en la zona media, mientras que las aquellas con autovaloración inadecuada tienden a ubicarse en los extremos, sin correspondencia con la realidad. En las aplicaciones de control al segundo y octavo mes, se evaluaron las fortalezas, adquisiciones y debilidades pendientes, aparte de retrocesos y causas.

➤ Inventario de Autoestima de Coopersmith.

*Objetivo:* Diagnosticar el indicador de autoestima de la paciente.

## *Marco Referencial Metodológico*

*Descripción:* Este cuestionario fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima. Tiene como objetivo conocer su nivel.

*Procedimiento:* Se le ofrece el protocolo al paciente para su llenado. El terapeuta complementará la evaluación con sus observaciones.

*Materiales:* conformado por 25 proposiciones (ítems) donde se debe responder de manera afirmativa o negativa. (véase anexo 8)

*Calificación:* Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar la autoestima en función de tres niveles:

- Nivel alto de autoestima: puntaje entre 19 y 24 puntos.
- Nivel medio de autoestima: puntúan entre 13 y 18 puntos.
- Nivel bajo de autoestima: puntaje inferior a 12 puntos.

➤ *Completamiento de frases (Rotter).*

*Objetivo:* Profundizar en indicadores de expresión de la autovaloración de la paciente.

*Descripción:* Pertenece al grupo de técnicas de asociación de frases, muestra varias palabras que deben ser completadas con otras por parte de la persona y dan sentido a una oración. Es efectiva en la búsqueda de conflictos en la personalidad. Al ser respuestas libres, pueden expresar realmente la complejidad del mundo interno, sin estar influenciadas por el investigador (Alonso, 2004).

*Procedimiento:* Se debe llenar las oraciones del modelo mientras el experimentador observa sus reacciones físicas vinculadas con los comentarios alrededor de la tarea.

*Materiales:* Se emplea un modelo de 51 frases incompletas y una raya al lado, donde la persona escribe para completarlas. (véase anexo 9)

*Calificación:* Se realiza un análisis de forma cualitativa.

➤ *Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE).*

*Objetivo:* Constatar vivencias de ansiedad que determina la condición de la paciente.

*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 estado y rasgo en personas adultas normales, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. En la investigación se empleó la variante, modificada por Grau, Martín y Castellanos, constituida a partir de criterios esencialmente similares a los de sus autores originales (Alonso, 2004).

## *Marco Referencial Metodológico*

Materiales: consiste en un total de veinte preguntas, donde las personas deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem. (véase anexo 10) Solo se aplicó la escala de ansiedad como estado.

Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo, no obstante el experimentador se cerciorará de que se hayan comprendido.

*Calificación:*

Ansiedad - estado:  $\sum RP - \sum RN + 50 = AE$

RP- Reactivos positivos. RN-Reactivos negativos.

Interpretación: Baja: - de 30 puntos, Media-30-44 puntos, Alta: más de 44 puntos.

➤ *Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE):*

*Objetivo:* Constatar vivencias depresivas que determina la condición de la paciente.

*Descripción:* El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado por los autores Martín, Grau, Ramírez y Grau, para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado y rasgo (Alonso, 2004).

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.

Consta de 22 ítems que adquieren valores de 1 a 4 puntos. Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado.

*Materiales:* Cuadernillo y manual de aplicación, plantillas de calificación y hojas de respuesta. (véase anexo 11) Solo se aplicó la de estado.

*Calificación:* D. Estado:  $(A-B)+50 =$  Alto ( $\geq 43$ ), Medio (35-42), Bajo ( $\leq 34$ );

*Interpretación:* Se interpretó cuantitativamente, solo la depresión estado que se califica en tres niveles: bajo, medio y alto. De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas. Altos niveles de depresión como estado no necesariamente indican que la persona tenga un trastorno depresivo, pueden encontrarse en personas con enfermedades crónicas o que están atravesando por una situación estresante.

### **Procedimientos de la etapa II.**

Las pacientes fueron evaluadas en la Sala # 4 de Oncocirugía del HCHR, inmediatamente después a la cirugía de mama; ya revisada la historia clínica, una vez

## *Marco Referencial Metodológico*

instaladas en la sala y guardando las previsiones bioéticas necesarias para resguardar su confidencialidad y a la vez fomentar un clima de confianza y colaboración, les fue informado el propósito inmediato de evaluación y la intención de conformar un grupo psicoterapéutico solicitando el consentimiento informado de cada una, autenticado por un cuidador.

La obtención de datos transcurrió como un proceso continuo según se describe:

- 1ra sesión: Resumen de historia clínica, Entrevista psicológica semi-estructurada, Observación participante 1.
- 2da sesión: Escala Dembo-Rubinstein (modificada), Inventario de autoestima de Coopersmith y Completamiento de frases (Rotter), Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), e Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE).

Los resultados de ambos grupos, fueron analizados cualitativamente y mediante estadígrafos no paramétricos, para establecer la línea base.

### **Diseño de la intervención psicoterapéutica integrativa.**

Los resultados del diagnóstico de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico fueron tomados como premisa para la elaboración del diseño de la intervención.

Fue diseñada en tres fases, la primera fase, de multiempuje, sesionó en grupo, una segunda fase de consolidación y profundización del cambio psicológico y una tercera fase de cierre psicoterapéutico y evaluación de la efectividad. La orientación individualizada constituyó el centro de la dinámica de cambio.

Abarcó 13 sesiones de trabajo psicoterapéutico, tres de ellas orientadas a la realización del diagnóstico, constatación de los cambios y la evaluación de la efectividad de la propuesta de intervención, aunque esta se realizó de forma continua. Se extendió hasta los ocho meses.

La intervención psicoterapéutica, se apoyó en diversas técnicas psicológicas, que con independencia de sus denominaciones, aportaron elementos a la estrategia psicoterapéutica con enfoque integrativo, asumiendo el enfoque histórico cultural como eje vertebrador de la misma, el nivel de aplicación fue la prevención terciaria, pues trata de atenuar los efectos psicológicos negativos, en los procesos

## *Marco Referencial Metodológico*

autovalorativos de la mujer con cáncer de mama no metastásico, partiendo de la historia de vida de cada mujer, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

- *Fase de intervención multiempuje.*

Implicó la necesaria incorporación de dos coterapeutas, que llevaron el registro de cada paciente, mediante los instrumentos de control del proceso.

Estuvo estructurada por cuatro encuentros consecutivos de ayuda psicoterapéutica en grupo, organizados en: recepción-inicio, desarrollo y cierre-evaluación. Las técnicas que incluyó la propuesta fueron de tipo reflexivo-vivenciales y psicoeducativas. Además se desarrollan en dos encuentros de diagnóstico y evaluación (véase folleto de intervención).

Se diseñaron como recursos auxiliares, una multimedia enriquecida durante toda la investigación, titulada “Conjugando amor y salud”, creada y validada por la autora (2011a). Consta de una interfaz atractiva y dinámica en aras de dirigir la atención, se estructuró de acuerdo a los encuentros, el producto audiovisual incluye gráficos, la música empleada para las técnicas, igualmente videos educativos para el debate (véase CD-ROM).

También se creó a los efectos, la Guía psicoeducativa para pacientes, ésta sistematiza los conocimientos y orientaciones solicitadas por las mujeres y que a criterio médico resumen las características del tratamiento integral (Maurell, 2011; Navarro, 2009) (véase Guía en CD-ROM).

Luego del cuarto encuentro (2 meses), las pacientes completaron su evaluación postprueba y egresaron del grupo.

- *Fase de consolidación del cambio psicoterapéutico:*

Persigue como objetivo la consolidación y profundización del cambio terapéutico. Se lleva a cabo en las consultas multidisciplinarias, que tienen lugar en dependencia del protocolo de tratamiento oncoespecífico de cada paciente, con periodicidad mensual durante seis meses. Las técnicas propuestas, coinciden en su esencia con las de la

primera fase, con el fin de afianzar la autoaceptación y autorregulación la mujer en la situación social de enfermedad. Se realizó en seis encuentros.

- *Fase de cierre psicoterapéutico y evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica.*

Se realiza al octavo mes del inicio de la intervención, con el objetivo de valorar el estado psicológico de la paciente, reafirmar la estabilidad de los cambios terapéuticos logrados y constatar la independencia del psicoterapeuta. Se realiza mediante la integración de las evaluaciones ofrecidas por las pacientes, sus familiares y el médico. A partir de la misma, se toman decisiones terapéuticas. Estuvo planificada para un encuentro. (véase Folleto de intervención).

### **2.5.6 Evaluación del diseño por criterio de expertos.**

La intervención psicoterapéutica diseñada, fue puesta a consideración de un grupo de expertos comprometidos.

*Descripción:* En este caso se les consideró expertos comprometidos porque para incrementar la calidad y confiabilidad de los juicios se utilizó, como condición un taller de familiarización con la información a evaluar (Crespo, 2007; 2009).

*Materiales:* Talleres de reflexión. (véase anexo 12)  
Cuestionario 2: (véase anexo: 13)

*Selección de los expertos:* 10 psicólogos del grupo de expertos seleccionado previamente.

*Procedimiento:* su tarea consistió en perfeccionar, el sistema de técnicas a emplear en la intervención y valorar la presentación más apropiada para la multimedia y guía psicoeducativa. Los talleres fueron consecutivos, con periodicidad semanal, hasta conseguir la saturación (Crespo, 2009; Torrico, 2009).

*Calificación:* la interpretación del cuestionario fue cualitativa.

## 2.6 ETAPA III

### 2.6.1 Implementación de la intervención psicoterapéutica y evaluación de su efectividad.

En esta etapa se llevó a cabo la implementación de la intervención psicoterapéutica integrativa diseñada en el contexto de la investigación con el objetivo de evaluar su efectividad. Para tales fines se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con pre-prueba post-prueba, con grupo de control equivalente por emparejamiento.

### 2.6.2 Procedimientos de la Etapa III.

El proceso psicoterapéutico se desarrolló en el período de octubre del 2010 a marzo de 2012, para potenciar la autovaloración de las pacientes en tratamiento por cáncer de mama no metastásico. (véase Folleto de intervención).

En esta etapa, inicialmente se realizó un estudio piloto con 15 pacientes obteniéndose resultados favorables. Seguidamente, comenzaron las sesiones de psicoterapia integrativa en grupos de lenta apertura, interactuando entre 15 y 20 mujeres, en diferentes períodos de tratamiento oncoespecífico, egresando igualmente quienes cumplían el cuarto encuentro, transitando luego por las demás fases de la intervención, como se observa a continuación:

Del total de pacientes atendidos por la psicoterapeuta principal (Tp) las primeras 50 mujeres se le asignaron a una terapeuta auxiliar (Ta) con el objetivo de contrastar la efectividad de la intervención psicoterapéutica diseñada al ser conducida por diferentes profesionales.

Cuadro de texto 3: Algoritmo de implementación de la intervención.

Etapa multiempuje. (2 meses)	G.E: 222 mujeres del Tp - 50 del T a G.T: 222 mujeres del Tp - 50 del T a	Pareadas	total =222 total = 222
Etapa de consolidación. (6 meses)	G.E: 222 participaron en la psicoterapia integrativa. G.T: 222 No participaron en la experiencia investigativa.		
Etapa cierre y efectividad,	Final para ambos grupos al octavo mes.		

Fuente: Diseño de intervención psicoterapéutica integrativa.

Leyenda: Ta: terapeuta auxiliar, Tp: terapeuta principal.

### **2.6.3 Descripción de la muestra de la Etapa III.**

Para el desarrollo del cuasi-experimento se empleó la misma muestra de pacientes descrita en el epígrafe referido al diagnóstico de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastático.

Se incorpora además en esta etapa una muestra de médicos y familiares quienes aportan información sobre el progreso del paciente. Su selección se realizó por criterio no probabilístico de tipo intencional. En ambos casos se establecieron los criterios para su selección siguientes:

*Criterios de inclusión:*

- Conocimiento exhaustivo del caso.
- Voluntariedad para participar.

*Criterios de exclusión:*

- Aquellos que no concluyeron la encuesta de satisfacción.

En el caso del equipo médico se incluyeron los 6 especialistas del equipo multidisciplinario: dos oncólogas, una quimioterapeuta, una radioterapeuta, la Licenciada en enfermería, además del psicoterapeuta auxiliar. Por su parte, fueron encuestados 564 cuidadores, en la generalidad de los casos con vínculos de consanguinidad, otros datos sociodemográficos no se consideraron relevantes a los efectos de la investigación.

### **2.6.4 Operalización de variables y técnicas empleadas para su evaluación.**

**Variable independiente:**

- *Intervención psicoterapéutica integrativa:* Constituyó, una alternativa psicoterapéutica individualizada orientada a la potenciación de la autovaloración en pacientes con cáncer de mama no metastático, que en lo instrumental, se articuló en tres fases: una inicial *multiempuje* en grupo, una de consolidación y finalmente una de cierre psicoterapéutico; cuyo núcleo metodológico se sustenta fundamentalmente en el empleo de técnicas reflexivas y vivenciales.

**Variable dependiente:**

- *Autovaloración:* Es una formación 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 de la

## *Marco Referencial Metodológico*

persona, en las diferentes esferas de la vida 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 (Fernández, 2003, p.15).

Constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia, 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. La evaluación se realizó a través de los indicadores de expresión de la autovaloración, que se conceptualizaron como sigue:

### *De contenido:*

- Autoconocimiento: Valoración de sí, de su identidad personal, de sus vivencias, características físicas y sus recursos psicológicos, cualidades y debilidades, donde se manifiesta la relación afectivo-cognitiva mediatizada por la personalidad, con relativa estabilidad ante los demás, y en la situación de enfermedad.
- Autoestima: Compromiso emocional consigo mismo que implica una actitud hacia sí mismo, basada en la aceptación de la autoimagen y expresada en determinado grado de respeto y amor propio.

### *De proceso:*

- Elaboración crítica: Aceptación de los obstáculos en el estatus de enfermedad y su integración con las potencialidades en los nuevos sistemas de relación en que se incorpora. Manifestación de autoconfianza.
- Expresión de las necesidades conscientes del paciente actuales y futuras y tendencias motivacionales orientadoras de la actividad formadoras de sentido personal, en el referente de sí mismo y en el actuar cotidiano.
- Expresión dinámica de las contradicciones del paciente en una situación real de relaciones sociales de vida y con el otro.
- Planteamiento activo de las contradicciones, en función de logros y expectativas de éxito, concretado en el proceso de colaboración con el otro.

Para la identificación de los indicadores antes descritos, se establecieron dimensiones evaluativas:

## Marco Referencial Metodológico

Cuadro de texto 4: Dimensiones evaluativas de la autovaloración.

Indicadores	Dimensiones evaluativas
Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valoración de sí, conoce su capacidad de lucha y valor intrínseco, sus cualidades reales y reconoce sus debilidades.</li><li>• Tendencia a la estabilidad en los criterios valorativos.</li><li>• Conocimiento de la enfermedad.</li></ul>
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grado de aceptación de la autoimagen.</li><li>• Nivel de autoestima.</li></ul>
Elaboración crítica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grado de comprensión de la situación de vida en la enfermedad y de las relaciones que impone (equipo médico, hospitalización).</li><li>• Autoconfianza en sus potencialidades.</li></ul>
Expresión de las necesidades...	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ponderación de las necesidades (saber, saber hacer) y motivos del cambio, en la situación de enfermedad.</li><li>• Vivencias que determina la condición de enferma (ansiedad-depresión).</li><li>• Correspondencia entre nivel de aspiraciones y nivel de ejecución.</li></ul>
Expresión dinámica...	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensación de autocontrol frente a las contradicciones generadas por la enfermedad (vivir-morir, activo-pasivo, aceptación-rechazo).</li><li>• Independencia de las valoraciones ajenas devaluantes en su autovaloración.</li><li>• Cambio dinámico hacia vivencia plausible de optimismo y satisfacción de sí.</li></ul>
Planteamiento activo...	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboración de metas, planes de vida para sí mismas.</li><li>• Colaboración con el otro y prestación de ayuda.</li><li>• Autoaceptación y solución de contradicciones.</li></ul>

Fuente: Criterio de expertos

Los indicadores de expresión de la autovaloración anteriormente descritos (tanto los de contenido, como los de proceso) al integrarse y configurarse como formación autorreguladora de la personalidad, se expresan en determinadas tendencias de la autovaloración que pueden tener mayor o menor nivel de adecuación, con respecto a la situación psicosocial de salud que atraviesa la mujer (véase anexo 14). Por ello, se considera relevante a los efectos investigativos la evaluación de la autovaloración desde esta perspectiva. La intervención psicoterapéutica integrativa, definida como variable independiente deberá propiciar cambios favorables en su dinamismo, de manera que propicia mecanismos autorreguladores salutogénicos.

## *Marco Referencial Metodológico*

A continuación se presenta la operacionalización de la autovaloración desde la perspectiva descrita.

**Autovaloración adecuada:** Formación personalógica con altas y estables posibilidades integradoras y de autorregulación, respecto a la línea base, donde se complementan los indicadores de contenido y de proceso concretados en sus dimensiones evaluativas en un nivel positivo.

- Autoconocimiento: Ubicación en el tercio medio y explicación que satisfaga los criterios del indicador en la escala autovalorativa Dembo Rubinstein modificada (EADRm), en la valoración de sí, expresa predominio de sus cualidades positivas, que coinciden con las reales y cuenta con sus debilidades, con tendencia a la estabilidad en los criterios valorativos en entrevista psicológica semi-estructurada (EPS) y Prueba de completamiento de frases de Rotter (PCFR), conocimiento suficiente de la enfermedad: respuestas positivas superior al 50 % en (EPS).
- Autoestima: Fueron integrados los resultados del grado de aceptación de la autoimagen y el nivel de autoestima, evaluados por la ubicación en el tercio medio y explicación que satisfaga los criterios del indicador en la (EADRm), confirmados en la evaluación de la (EPS), (PCFR). Alcanzan un puntaje entre 19 y 24 (alto), en el Inventario de Autoestima de Coopersmith (IAC).
- Elaboración crítica: Ubicación en el tercio medio y explicación de los parámetros que satisfaga los criterios del indicador en la (EDRm), confirmados en la evaluación de la (EPS), (PCFR).
- Expresión de las necesidades...: Ubicación en el tercio medio y explicación de los parámetros que satisfaga los criterios del indicador en la (EADRm), confirmados en la evaluación de la (EPS), (PCFR). Puntuaciones calificadas como bajas en IDERE, menor de 37 puntos e IDARE menor de 30 puntos.
- Expresión dinámica de las contradicciones del paciente...: Ubicación en el tercio medio y explicación de los parámetros que satisfaga los criterios del indicador en la (EDRm), confirmados en la evaluación de la (EPS), (PCFR).
- Planteamiento activo de las contradicciones...: Ubicación en el tercio medio y explicación de los parámetros que satisfaga los criterios del indicador en la

## *Marco Referencial Metodológico*

(EDRm), confirmados en la evaluación de la (EPS), (PCFR). Confirmadas por la observación participante.

- Se integró con los índices de media calculados: 1 a 0.75.

**Autovaloración con tendencia a la adecuación:** Formación personalógica con posibilidades integradoras y de autorregulación. Apreciación positiva de los parámetros que se integran en los indicadores de autoconocimiento, autoestima y elaboración crítica. Ubicación en el tercio medio y explicación de los parámetros que satisfaga los criterios de los indicadores en la (EADRm), confirmados en la evaluación de la (EPS), (PCFR). En el (IAC), niveles altos (19 y 24).

- Aspectos irresueltos: Indicador: Expresión dinámica de las contradicciones...: no emergen de modo explícito vivencias y estilos de actuación correspondientes a las aspiraciones: Ubicación en el tercio medio pero la explicación de los parámetros no satisface totalmente los criterios del indicador, bajo en felicidad y optimismo, en la (EADRm), confirmado por observación participante.
- Expresión dinámica...: disminución situacional en las posibilidades de autocontrol, confirmado por observación participante. Aun se expresan vivencias negativas determinadas por la condición de enferma, que ocasiona malestar emocional en diverso grado, confirmado por IDERE e IDARE en niveles medios como estado.
- Índice de media calculado: menor de 0.75, a 0.50.

**Autovaloración con tendencia a la inadecuación:** Formación personalógica, con bajas posibilidades de autorregulación e integradoras a la situación social de desarrollo, donde la expresión de los indicadores en las dimensiones descritas tiene una expresión superior a la línea base, se expresan en progreso la autoestima y el reconocimiento de sus potencialidades. Comienza a reconocer sus principales necesidades: Ubicación, que incluye posiciones en los extremos, por lo que tiende a la desesperanza, con explicación de los parámetros que satisfaga los criterios de los indicadores en la (EADRm), confirmados en la evaluación de la (EPS), (PCFR). En el (IAC), niveles medios (entre 13 y 18 puntos).

## *Marco Referencial Metodológico*

- Aspectos irresueltos: Autoconocimiento; Inestabilidad en la valoración positiva de sí. Expresión dinámica de las contradicciones...: manifiesta la regulación de la conducta por la valoración de los demás, evaluado por explicación de los parámetros que satisfaga los criterios del indicador, en (EPS), (PCFR).
- Planteamiento activo de las contradicciones...: no ha resuelto las contradicciones entre los obstáculos y sus potencialidades, evaluado por explicación de los parámetros que satisfaga los criterios del indicador, en (EPS), (PCFR).
- Índice estadístico calculado tendencia a la inadecuación: menor de 0.50, a 0.25.

**Autovaloración inadecuada:** Bajas posibilidades autorreguladoras e integradoras a la situación social de desarrollo, donde la expresión de los indicadores en las dimensiones descritas no sobrepasan la expresión superior a la de la línea base, se mantiene predominio de la actitud valorativa negativa: Ubicación en los tercios extremos y explicación de los parámetros que satisfaga los criterios de los indicadores en la (EADRm). Confirmados por (EPS), (PCFR). En (IAC), autoestima baja, puntuaciones inferiores a 12 puntos, en Autoconocimiento: predominio de valoraciones negativas, inseguridad, Expresión de las necesidades...: vivencias que determinan la condición de enfermas, IDERE e IDARE en niveles medios o altos como estado. No expresión de metas positivas.

Índice de media calculado: menor que 0.25.

En la inadecuación pueden observarse manifestaciones en dos variantes:

- *Autovaloración inadecuada por exceso o sobrevaloración:* Hace referencia a la proposición de metas elevadas con respecto a sus posibilidades reales, expresando una fuerte y elevada reacción emocional ante los fracasos. Puede asociarse a expresión de conductas evasivas y negativistas como recurso defensivo ante la frustración. Ubicación en el tercio superior.
- *Autovaloración inadecuada por defecto o subvaloración:* Los objetivos propuestos por la mujer, se encuentran por debajo de sus posibilidades reales, no se establece un nivel de pretensiones que estimule en la realización de una actividad concreta. En sí mismos, carecen de reconocimiento de las potencialidades, pueden aparecer características de personalidad, tales como: pesimismo,

## *Marco Referencial Metodológico*

minusvalía, y estancamiento, el desaliento precede el enfrentamiento a la actividad. Ubicación en el tercio inferior.

**Otras variables intervinientes** que fueron objeto de control en la investigación, por suponer alguna influencia sobre la autovaloración, son las siguientes:

- Influencia del psicoterapeuta: Resulta del control del estilo terapéutico, modos de actuación, la personalidad del terapeuta. Además constituye una fuente de consistencia. Se evaluó la congruencia o no, de los resultados obtenidos, por comparación, según los criterios de efectividad de la intervención.
- Tipo de cirugía: Existen divergencias en cuanto al peso de una u otra en el perfil emocional adaptativo de las pacientes, a favor de la cirugía conservadora, como menos dañina para la autoimagen que la radical. En esta variable se parearon los dos grupos.
- Quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia: Producen efectos secundarios esperados, que dañan la autoimagen, provocan debilidad física, aversión nutricional, pérdida del control, indefensión, disminución de la libido y del bienestar subjetivo y la calidad de vida. En ésta se parearon los dos grupos.
- Edad: Se tomó la cantidad de años, agrupándose en clases de 10 años, quedando de la siguiente manera: 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 y 71-80
- Estado civil: Contempló el estatus legalmente reconocido por el Código Civil de la República de Cuba, se clasificó en: Casada, Soltera, Viuda.
- Nivel educacional: según nivel terminado.
- Apoyo familiar percibido: satisfactorio, medianamente satisfactorio e insatisfactorio. Se controló su impacto sobre la mujer durante las sesiones.
- Ocupación laboral: Se distribuyeron en: amas de casa y trabajadoras.

**Variables ajenas:** Fueron eventos referidos por la paciente, como molestos y que llegaron a impactar en el proceso de intervención, registrados para su incorporación al análisis de la sesión y del paciente en particular. Ellos fueron:

- Eventos potencialmente psicopatógenos: Eventos inesperados por las pacientes que ocasionaron cambios en el desempeño de las mismas, ajenos al tratamiento psicoterapéutico (ej: eventos de la comunidad, cambios de salas y situaciones de convivencia intrahospitalaria, maltrato, entre otras).

## *Marco Referencial Metodológico*

- Altos costos económicos de la concurrencia al hospital: 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, lo que puede resultar en llegadas tarde, inasistencias e inquietud, ajenas a la motivación personal por la sesión de grupo.
- Problemas sociales y familiares: Durante el tratamiento las pacientes están 8 meses alejadas de la familia y de sus roles en general, lo que puede ocasionar complicaciones familiares o laborales, entre otras que cambian su situación inicial. - Ruptura en las relaciones de pareja: Suelen ser bruscas y ocasionar severo sufrimiento emocional y pérdida de seguridad, que potencia los daños a la autovaloración.

### **Indicadores para la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica integrativa.**

La efectividad se define como el logro de lo que se espera o desea. Es la capacidad que tienen las actividades y tareas de la intervención psicoterapéutica integrativa para alcanzar los objetivos y metas que ella misma define.

Se implementó a partir del análisis cualitativo y cuantitativo de las evaluaciones sistemáticas, efectuadas por el equipo de trabajo. Fueron utilizadas las mismas pruebas con algunas correcciones, el análisis fue individual. Además se integraron, la auto y heteroevaluación de cada una, los datos de la Bitácora de evaluación (véase, anexo 15), la observación participante 2 y 3, la encuesta de satisfacción percibida por el paciente, el equipo médico y la familia, control de ejercicios de desactivación fisiológica (véase anexo 21) y el autorreporte vivencial (véase anexo 22).

Al mismo tiempo, se emplearon recursos de la metodología cualitativa focalizados fundamentalmente en la triangulación de fuentes, metodológica, temporal y de especialistas.

De igual manera, se tuvo en cuenta el análisis evolutivo desde la línea base, hasta el momento del egreso del grupo y al final de la intervención. Mediante este método se verificaron las direcciones de cambio individual, además de los ajustes necesarios.

Para tales fines se definieron los indicadores y parámetros siguientes:

- *Establecimiento de cambios significativos o movimientos hacia el cambio:* Modificaciones cualitativas en la dinámica de expresión de los indicadores de la

## *Marco Referencial Metodológico*

autovaloración de las mujeres estudiadas, durante el curso del proceso psicoterapéutico desde la línea base hasta el octavo mes. Además se integró la comparación del índice de medias de la autovaloración.

- *Estabilidad en la dinámica de cambio de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico:* Duración en el tiempo, firmeza o consistencia de los logros o cambios alcanzados, comprobado por la comparación de los resultados de la línea base con respecto a los obtenidos en el segundo y el octavo mes, utilizando métodos cualitativos y estadísticos.

La integración de estos dos parámetros posibilitó identificar la tendencia de la dinámica del cambio terapéutico en las diferentes fases de la intervención y sus momentos de evaluación. (véase parámetros , anexo 14)

- *Pacientes en progreso:* el movimiento de cambio dinámico hacia la reconfiguración de la autovaloración en los momentos evaluativos y de progreso denota diferencias positivas, con respecto a la línea base diagnóstico o anterior y en la integración del índice de medias, se obtienen valores superiores a 0,50.
  - *Pacientes estables:* el movimiento de cambio dinámico hacia la reconfiguración de la autovaloración en los momentos evaluativos y de progreso no denota diferencias, el índice de medias dependerá del diagnóstico inicial. Puede tener valencia positiva o negativa en dependencia del diagnóstico anterior o inicial.
  - *Pacientes en retroceso:* no se expresó movimiento de cambio dinámico hacia la reconfiguración de la autovaloración en los momentos evaluativos y de progreso, el índice de medias es inferior al diagnóstico anterior o inicial, y se obtienen valores inferiores a 0,50.
- 
- *Satisfacción positiva:* es un concepto subjetivo que se define como cumplimiento de las expectativas, deseo o del gusto, de acuerdo a los efectos esperados por la paciente, sus familiares y el equipo médico de atención. Involucra globalmente la calidad en las condiciones objetivas del trabajo en sesiones e individualizado, las interacciones sociales y comunicacionales entre pares y con el psicoterapeuta, además del cumplimiento esperado, de las especificidades técnicas de la intervención (Arraras *et al.*, 2010).

## *Marco Referencial Metodológico*

Se clasificó en: muy satisfecho: más del 75% de las encuestas, satisfecho: por debajo de 75% y hasta el 50%, algo satisfecho, entre 50% y 25%, insatisfecho por debajo del 25% e impropio cuando se recogieran expresiones negativas.

- *Congruencia de los resultados obtenidos por los dos psicoterapeutas:* La correspondencia o aproximación, entre los resultados, constatado en el análisis de la historia de cambio de cada paciente, a través de los instrumentos de control de cambios y las técnicas de nivel estadístico para la comparación de ambos grupos luego de la intervención, en los momentos de evaluación (2do y 8vo mes), y que no expresaran diferencias.

*Criterios de evaluación integral de la intervención psicoterapéutica integrativa:*

La combinación de los resultados de las cuatro dimensiones de estimación de la efectividad, permitió la evaluación integral de la misma, quedando en tres niveles en correspondencia con la evaluación alcanzada:

- *Efectividad psicoterapéutica alta:* Satisfactorio cumplimiento de los objetivos de la intervención psicoterapéutica integrativa, con resultados positivos de cambio, en los cuatro indicadores de evaluación.

- *Efectividad psicoterapéutica media:* movimiento o cambio favorable de la autovaloración de acuerdo a la situación de salud, pero expresa bajas posibilidades de autorregulación e integración a la situación social de desarrollo, regulación de la conducta por la valoración de los demás, no se han resuelto las contradicciones entre los obstáculos y sus potencialidades y no hay remisión significativa del malestar, hay altos niveles de satisfacción, estabilidad en los logros y congruencia de los resultados de ambos psicoterapeutas.

- *Efectividad psicoterapéutica baja:* Autovaloración con bajas posibilidades autorreguladoras e integradoras a la situación social de desarrollo, se mantiene predominio de la actitud valorativa negativa, autoestima baja, ansiedad y depresión en niveles altos o medios como estado, niveles de satisfacción medios o bajos, los logros no se mantienen estables, aunque hay manifestaciones sobre la línea base y la satisfacción puede ser positiva.

### **2.6.6 Técnicas empleadas en la Etapa III**

➤ Encuesta de satisfacción para paciente:

*Objetivos:* Evaluar la satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida y el comportamiento de las variables en estudio.

*Procedimiento:* Se realiza mediante la interacción directa con el encuestado, incluye la satisfacción de la paciente, y sus valoraciones sobre el cambio en las variables.

*Materiales:* Modelo con escalas de tipo Lickert. (véase anexo 18)

*Calificación e interpretación:* Se clasificó en muy satisfecho, satisfecho, algo satisfecho, insatisfecho e improcedente, culminándose con un análisis de cualitativo.

➤ Encuesta de satisfacción para equipo médico:

*Objetivos:* Verificar la satisfacción con los resultados de la intervención psicoterapéutica en su paciente.

*Procedimiento:* Desde el enfoque clínico, se integran el criterio del oncólogo-quimioterapeuta y del propio psicoterapeuta.

*Materiales:* Modelo con escala de tipo Lickert. (véase anexo 19)

*Calificación e interpretación:* Se clasificó en muy satisfecho, satisfecho, algo satisfecho, insatisfecho e improcedente. Se realiza mediante un análisis de cualitativo.

➤ Encuesta de satisfacción para los familiares:

*Objetivos:* Evaluar la satisfacción con los resultados de la intervención psicoterapéutica recibida por su paciente.

*Procedimiento:* luego de la intervención en la última sesión de cada participante se aplica la entrevista individualmente a sus cuidadores.

*Materiales:* Modelo con escala de tipo Lickert. (véase anexo 20)

*Calificación e interpretación:* Se clasificó en muy satisfecho, satisfecho, algo satisfecho, insatisfecho e improcedente. Se interpreta de forma cualitativa.

➤ Autorreporte vivencial.

*Objetivo:* Identificar la dinámica de cambio en los indicadores de expresión de la autovaloración.

*Descripción:* Esta prueba se utiliza como método complementario para obtener el máximo de información de los pacientes. Fue elaborada por Grau y consiste en presentar al paciente una lista de 15 términos que expresan estados emocionales que

pueden ser experimentados en cualquier momento se marcará de acuerdo con el grado o nivel de profundidad con que él los experimenta. Para la investigación se consideró pertinente incluir además las anotaciones sobre preocupaciones, contingencias, necesidades y método que empleó para el *autocontrol*.

*Procedimiento:* Luego de la presentación y explicación su llenado se realiza por entrevistas al paciente.

*Materiales:* Se utiliza un modelo para la recogida de los datos. (véase anexo 22)

*Calificación:* El análisis se realiza de forma cualitativa.

### **2.7 Interpretación de los datos.**

#### *Análisis cuantitativo:*

Los resultados fueron introducidos en una base de datos, y procesados mediante el paquete estadístico "*Statistical Package for Social Sciences*" (SPSS), versión 18.0 para Windows. Fue empleada la estadística descriptiva, con análisis de frecuencias, por cientos y un índice de medias. Se utilizaron tablas de frecuencia y de contingencia para comparar las variables estudiadas.

Para valorar el consenso de los expertos sobre los aspectos a considerar se calculó el coeficiente Tau de Kendall, con un nivel de significación del 5 %, Coeficiente de Concordancia de Kendall y Correlación de Spearman para la consistencia interna y el coeficiente de variabilidad en los indicadores.

Para evaluar los criterios de efectividad se utilizó un procedimiento de control de variables cuantitativas que exige del uso de los test no paramétricos; Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, para muestras asociadas y Prueba de Friedman para k muestras. Además se aplicó el análisis discriminante de los datos mediante la prueba Lambda de Wilks, Tau de Goodman y Kruskal, Prueba T para varianzas iguales, para varianzas desiguales, Prueba de Levene para comparación de medias. Con un nivel de 001 de significación.

Para ello se trabajó con una hipótesis nula:

H<sub>0</sub>: El grupo de estudio se comporta igual al testigo, en cuanto al diagnóstico de la autovaloración, en la etapa pre-prueba y post-prueba (2 y 8 meses).

H<sub>1</sub>: Existen diferencias entre los grupos de estudio y testigo, en cuanto a la autovaloración, en la etapa pre-prueba y post-prueba (2 y 8 meses).

#### *Análisis cualitativo:*

## *Marco Referencial Metodológico*

La muestra fue analizada con un enfoque holístico según las diferentes situaciones de cada mujer. Se emplearon diferentes modalidades de la triangulación tales como: Triangulación teórica, de fuentes, metodológica, temporal y de datos. Se empleó además el análisis semántico de las verbalizaciones expresadas por las pacientes, sus familiares o cuidadores y el equipo médico.

### **2.8 Aspectos éticos de la investigación.**

Se respetó la esencia de la Declaración de Helsinki, sobre las recomendaciones para los que realizan investigaciones médicas con humanos, en tal sentido, los fines de la presente se dirigieron a perfeccionar los métodos diagnósticos y terapéuticos.

Todas las pacientes que participaron en la investigación fueron entrevistadas y tratadas por especialistas debidamente calificados, fueron debidamente informadas de los objetivos de la misma y dieron su consentimiento para la participación, respetando el principio de la autonomía, donde la norma fundamental es respetar el deseo del paciente, sin que ello pueda causar sufrimiento (principio de proporción).

Se les aseguró la confidencialidad de los datos aportados, sin menoscabo del anonimato y la integridad. En todos los casos se les instruyó exhaustivamente para el llenado de las técnicas y métodos psicológicos aplicados, y además acerca de su derecho a retirarse de la experiencia investigativa, cuando ella lo deseara, sin que afectase su atención médica.

Para la investigación se contó con un protocolo y su previa autorización de las autoridades del centro para realizar el estudio. (véase anexo 23).

### **Capítulo III. Resultados y discusión**

El análisis de los resultados y su discusión fue organizado de acuerdo con las tareas científicas planteadas para la solución del problema científico y objetivo general de la investigación.

#### **3.1 Definición operacional de los indicadores de expresión de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico.**

La primera tarea científica de la investigación fue de carácter teórico y descriptivo, se hizo necesaria por la variedad de denominaciones que recibe esta categoría psicológica y la rigurosidad a que se aspiró para su evaluación, se satisfizo a través del uso de Criterio de expertos, y de una triangulación teórico.

##### **3.1.1 Evaluación de los expertos.**

Para la consecución de este indicador se contó con el concurso de 37 expertos, la distribución sociodemográfica denotó que de acuerdo a la categoría científica, 16 fueron Doctores en Ciencias, 21 Másteres en Ciencias, con categoría docente de Titular 16, Auxiliares 14 y Asistentes 7. De ellos 33 psicólogos, 2 oncólogas con maestrías en Psicología de la Salud y dos psiquiatras. En cuanto al género el 72% fueron mujeres, distribuidos en las provincias de Villa Clara 59.4%, La Habana 29.7%, Sancti Spíritus 5.4% y Camagüey 5.4%. (véase anexo 24, Tabla 1)

Los indicadores de expresión de la autovaloración para mujeres con cáncer de mama, que se presentaron a criterio fueron los desarrollados por Montiel, (2009) y luego valorados por especialistas (González, & Aguiar, 2009). Véase (anexo 4).

Todos los indicadores, fueron considerados como “totalmente de acuerdo”, lo cual evidenció una consistencia interna Alta en los indicadores: 1-2-3-5-6 y 8 y Muy Alta los Indicadores: 4 y 7. El coeficiente de variabilidad fue desde 0.4 hasta 1, lo que demostró el total acuerdo. Las mayores dispersiones o variabilidad se obtuvieron en 8 expertos, fundamentalmente el # 35 (74.2%), # 2 (39.6%) y # 8 (60%), quienes mostraron la mayor desviación estándar. En estos casos, se declararon dudas, en cuanto a la expresión de los indicadores citados en el estudio de la autovaloración en las enfermedades oncológicas. (véase gráfico 1)



Gráfico 1. Desviación Estándar indicadores de expresión de la autovaloración.

Fuente: Criterio de expertos.

Entre los más aceptados, (gráfico 2), están los indicadores que expresan autoconocimiento (100%), correspondencia entre logros y aspiraciones (100%), valoración de los demás hacia sí mismo (94.1%), seguidos por autoestima (88.3%), expresión de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad, en el autorreferente de sí mismo y su conducta (88.3%), flexibilidad (82.4%) y criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades en relación con exigencias del medio y de la persona (82.4%). Con un valor de alfa de 0,01, que demuestra una concordancia entre ellos, muy significativa.

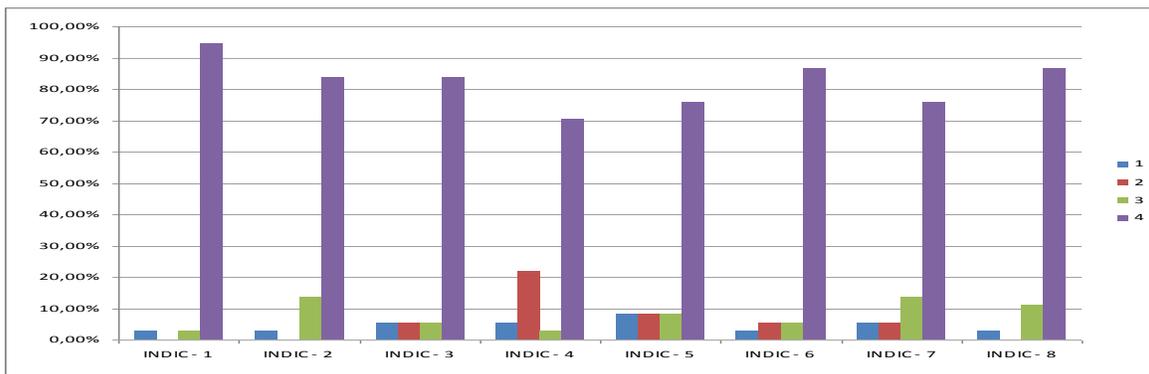


Gráfico 2. Preferencia en los indicadores de expresión de la autovaloración.

Fuente: Criterio de expertos.

En la valoración cualitativa de los indicadores propuestos, los expertos argumentaron que permiten profundizar en la categoría autovaloración, los consideran completos, profundos, abarcadores y necesarios para comprender en toda su dimensión la autovaloración como subsistema de la personalidad.

Asimismo, se registraron insatisfacciones que resultaron ser las más oportunas, por cuanto permitieron el desarrollo de los constructos teóricos propuestos. Un 27% de los expertos sugirió reestructurar los indicadores y reordenarlos, argumentando que se complementan. Otro 24.3 %, de los expertos, planteó que la autovaloración para su estudio requiere operacionalizarla en indicadores, pero la excesiva división conspira con el valor práctico para el diagnóstico, cuando algunos de los indicadores propuestos forman parte inseparable de otros. En general, 27 expertos para un 72.9% aportaron alguna proposición sobre los indicadores propuestos.

Algunos de los argumentos se citan a continuación:

Indicador # 2: "... en lugar de amor incondicional utilizaría amor propio...", "...debería incluir mayor compromiso afectivo...", "... la autoestima sería el compromiso emocional que promueve el autoconcepto, una fuerza dinámica que regula la conducta...".

Indicador # 3: "...está incluido en los dos indicadores anteriores...", "...no coincido con el término criticidad...", "...no comprendo su significado..."

Indicador # 4: "... lo plantearía en una perspectiva más general, teniendo en cuenta que las tendencias orientadoras de la personalidad pueden o no estar presentes en algunos casos...", "...reorganizarlo partiendo del autorreferente...", "...sería necesario utilizar el término sentido personal..."

Indicador # 5: "... no se precisa vínculo con la autovaloración...", "...más que ajustarse sería modificar, ajuste a la situación real de vida...", "...no solo a la situación real, también a los cambios que la vida va imponiendo o sugiriendo...", "... no lo llamaría flexibilidad sino posibilidad de variar el autoconcepto ante cambios en la situación social de desarrollo, capacidad para colegiar logros y pretensiones en la regulación de la conducta sin frustrarse..."

Indicador # 6: "...valorar posibilidades y pretensiones...",

Indicador # 7: "...incluir valoración de lo interpretado por la persona...",

Indicador # 8: "... más que aceptación debe ser comprensión, aceptación parece una actitud pasiva...", "...se corresponde con la criticidad...", "...forma parte inseparable del indicador # 3..."

En otra línea de indagación, los expertos consideraron necesario, que al diseñar una intervención psicoterapéutica para potenciar la autovaloración en mujeres mastectomizadas, se deben tener en cuenta aspectos como autoestima, autoconocimiento, autoimagen corporal, aceptación de la enfermedad, apoyo familiar,

relaciones de pareja, estrategias de afrontamiento y contra la frustración, sugiriendo acciones, algunas técnicas y orientaciones para su aplicación.

Además resultaron esbozadas las líneas generales de intervención, las técnicas psicoterapéuticas más adecuadas y la presentación gráfica más apropiada para la multimedia y la guía psicoeducativa para las pacientes.

La diversidad de estas opiniones ya fue indicativa de la necesaria reformulación, de los indicadores presentados, y además fueron sugeridos otros como integración, identidad, autoconciencia e ideales, el sentido personal teniendo en cuenta la relación de la autovaloración con la tendencia de motivos, el total de sugerencias demostró el alto grado de implicación de los expertos en función de mejorar la presentación y coherencia de los indicadores.

### **3.1.2 Triangulación Teórica.**

Mediante este método, se comparó la producción teórica disponible sobre el tema autovaloración y cáncer de mama, con los resultados del criterio de expertos, de los trabajos empíricos realizados por colaboradores del proyecto y luego fueron constatados en la práctica clínica de la autora.

Así fue confeccionada la referencia de las categorías más usadas al denominar esta organización de la personalidad para mujeres con cáncer de mama no metastásico, resumidas en definiciones e interacciones, con lo que se perfilaron aún mejor aquellas que determinaron mayor peso para el problema de estudio. Las pautas orientadoras encontradas, se confrontaron a través del análisis cualitativo de las expresiones semánticas más significativas extraídas durante la exploración clínica y en los estudios empíricos realizados.

El análisis se complementó con el uso de la triangulación metodológica, de fuentes e investigadores, como es usual en los estudios teóricos, donde la saturación de la información constituyó la premisa para la sistematización de las categorías, y su frecuencia de presentación definió las principales o centrales, lo que obedeció a la centralidad que las mismas mujeres le adjudicaron. Las demás categorías en orden decreciente se consideraron asociadas o de mayor estabilidad.

Primeramente se verificaron las unidades de análisis, luego las categorías y de estas a la construcción de indicadores más generales para la comprensión de la dinámica de la formación psicológica en estudio. La expresión de las categorías centrales en la

caracterización se expresó por defecto o carencia, más bien como capacidad a desarrollar dentro de los objetivos de la intervención psicoterapéutica.

Estas líneas centrales devienen del estudio de la bibliografía al respecto, que traza como funciones básicas la valorativa y autorreguladora, remarcándose de manera insoslayable aportes desde el enfoque histórico cultural. (González, 1991; Fernández, 2003; Marcos, 2003; Peña, 2006; Rodríguez, 2006)

Por la frecuencia de presentación y la rápida saturación, se consideraron imprescindibles para diagnosticar el estado de la autovaloración algunas pautas orientadoras, aunque didácticamente debe hacerse una disociación operativa, sin perder la visión integradora de la autovaloración, para enunciar los indicadores de contenido:

### *El autoconocimiento y la autoestima.*

Prueba de completamiento de frases. Rotter: "...mi mayor problema es que no estoy preparada para esto...", "...a la hora de acostarme pienso en los comentarios que tienen las demás personas sobre mi enfermedad...".

"...yo secretamente quisiera recuperar mi cabello...", "...mi principal ambición es recobrar mi salud y lucir como una mujer normal...", "...mi mayor problema es que mi esposo me vea así, sin cabello...".

Escala autovalorativa Dembo-Rubinstein: "...no tengo salud, y no creo que mejore...", "...ahora no estoy bien de salud...", "...estoy muy insegura y adolorida por los tratamientos...", "...me ubico allí, pues en cualquier momento puedo morir...".

Entrevista psicológica semi-estructurada: "...es difícil tener fe...", "...la vida es padecer y padecer, no más que eso...", "...no creo volver a ser la misma de antes...".

El autoconocimiento y la autoestima, inseparables entre sí, nuclea lo cognitivo y lo afectivo en unidad, como base de esta integración en su expresión reguladora, ejes en la integración, estabilidad y armonía del funcionamiento regulador de la personalidad, muestra de lo singular, irrepetible y relativamente estable de la personalidad y que se expresan en la decisión de sanar en dependencia del nivel de adecuación alcanzado (Sebastian *et al*, 2007; Rodríguez, 2007).

Así, algunas mujeres expresaban, "...lo del seno es lo de menos así yo me quiero", "...lo importante es estar viva, la mama me salió a los 13 años y antes de eso era feliz...", "...mi marido me quiere así, y estoy bien...".

Los indicadores ya delineados y triangulados con la investigación empírica, confirman la centralidad de la autoestima como indicador más dinámico y la autoimagen como el más estable, lo que coincide con lo planteado en lo teórico (Domínguez, 2002; Fernández, 2003; González, 1991; Peña, 2005).

En consonancia con el enfoque histórico cultural, se trataron los indicadores desde una proyección socio histórica, en interdependencia con las apropiaciones que hace la persona de la situación social de desarrollo en que está implicado, mediado por la actividad personal interrelacional para alcanzar niveles superiores de funcionamiento (Peña, 2005; Rodríguez, 2006).

A tenor con ello, la persona compara las cualidades que cree poseer tanto con su realización en la conducta, como con las exigencias de su vida y sus aspiraciones futuras, le sirve de incentivo el trazado de nuevas metas, lo que queda implícito en el concepto de su desarrollo, concebido como mejoría, cambio, progreso o movimiento hacia el cambio, crecimiento o expansión, también en el proceso de adaptación a situaciones de pérdida que ponen a prueba los recursos psíquicos individuales (Fernández, 2003; Rodríguez, 2006).

Partiendo del carácter dinámico, regulador y valorativo de la autovaloración, expresión de la unidad entre lo objetivo y lo subjetivo se deslindaron los primeros indicadores de proceso:

*Expresión de las necesidades conscientes del paciente actuales y futuras y tendencias motivacionales orientadoras de la actividad formadoras de sentido personal, en el referente de sí mismo y en el actuar cotidiano.*

Este indicador alcanzó rápida saturación, que se expresó a partir de las reiteradas verbalizaciones encontradas a través de los reactivos de las técnicas empleadas tal como se expone a continuación:

PCFR: "... necesito curarme..."; "... necesito cuidar de mi hijito..."; "...quisiera dormir otra vez tranquila...", "...quisiera que esto termine ya y viajar a ver a mis hijas..."; "...no voy a poder con esto...".

EPS: "...mis principales preocupaciones están en poder curarme...", "... lo que necesito es tiempo, bueno con mi nieto...", "...deseo recuperar mi atractivo físico y poder mantenerme con mi pareja...".

EADRM: "...me falta mucho para poder ser feliz como los demás, yo necesito salud...", "...la felicidad es cuando uno no necesita nada y se siente bien...", "...yo quisiera y necesito aceptarme así...".

Estas verbalizaciones, entre otras con contenidos similares, muestran la expresión de las necesidades en el autorreferente de las pacientes, concretadas en la situación del problema de salud de base, cuya resolución modula hegemonicamente su proyección futura y la visión que tienen de ellas mismas, más como objetos de la enfermedad que como sujeto que la enfrenta, como padecimiento y sufrimiento existencial de lo no superable (Castillo *et al*, 2011; Pascual, 2010; Salas, 2009).

En las pacientes, de igual modo, se encontraron muestras de funcionabilidad de esta pauta, que indican el carácter regulador del comportamiento de esta categoría, como ejemplo en la entrevista psicológica semi-estructurada una paciente expresó: "...sé que es una enfermedad difícil pero tengo optimismo y voy a hacer todo por curarme...", otra expresaba, "...quiero viajar a ver a mis hijas y esto no lo va a impedir...", una aquejada de solo 37 años decía: "...tengo una vida por delante, y voy a luchar ", estas frases denotan la medida en que la autovaloración se interrelaciona estrechamente con otras formaciones motivacionales y permite la expresión de las mismas para dar lugar a un potente sistema regulador del comportamiento (Fernández, 2003).

Ello lleva a la categoría siguiente, cuya expresión revela la unicidad de la formación psicológica estudiada, donde se articulan lo afectivo y lo cognitivo, en una esencia dinamizadora que luego de la valoración, moviliza la conducta y se orienta a la implementación de las elaboraciones de enfrentamiento a la patología (Fernández, 2003).

*"Elaboración crítica: Aceptación de los obstáculos y su integración con las potencialidades en los nuevos sistemas de relación en que se incorpora".*

PCFR: "... que será de mi familia sino me curo, tengo que poner de mi parte...", "...sé que tengo que enfrentarme a esto, lo que a veces no puedo...".

Entrevista psicológica semi-estructurada: "... no es fácil, reorganizar toda mi vida, yo pensaba volar a ver a mis hijas...", "...no es para deseárselo a nadie, no hay forma de recuperarse...".

EADRm: "...la felicidad aunque no lo sabía era estar bien, ahora no sé ni cómo volver a sentirme feliz...", "...acercarme al espejo es un reto que tengo que resolver, pero cuando no lo sé...", "...yo, soy un trapo...", Obsérvese la tendencia en muchas pacientes a no aceptar psicológicamente los cambios que impone el tratamiento de la enfermedad.

Por la frecuencia de las expresiones verbales en las pacientes, que se reflejan en este indicador, fue integrado por saturación en breve lapso. Como contraparte del funcionamiento empobrecedor de la autovaloración en este indicador, se obtuvieron expresiones de positividad, que muestran las posibilidades de esta formación y confirman la existencia de un potencial salutogénico de base.

Así, una paciente exponía en la entrevista semiestructurada: "...aquí todos me tratan bien y me quieren ayudar, así que estoy contenta...", otras confiaban en el servicio que se les presta y declaraban "...me aseguraron que estoy a tiempo para curarme así que solo tengo que hacer el tratamiento...", "...mis médicos dicen que voy bien, así que pa' lante...", demostrando la importancia de la asimilación de las principales características del contexto/enfermedad y su integración.

Otra de las pautas o indicadores de expresión más reiterados y de alta velocidad de saturación fue:

*"Expresión dinámica de las contradicciones del paciente en una situación real de relaciones sociales de vida y con el otro".*

Esta refleja dramáticamente la condición de las pacientes, cuyas dificultades para aceptar su autoimagen luego de la cirugía, las lleva a la evitación de las relaciones sociales, por sentimientos de vergüenza y culpabilidad. La tardía resolución de estas contradicciones es contraproducente con la disponibilidad efectiva de las redes de apoyo en un momento en que es de suma importancia.

PCFR: "...mi mayor problema es mi enfermedad...", "... la mayoría de las mujeres aquí, estamos impedidas... ", "...lamento que mi esposo no me atienda como antes...".

EADR: "...las personas me ven menos atractiva...", "...siempre quise conservar mi figura, estoy tan marchita...", "...nunca seré tan linda como antes...", "... mi esposo ya no me ve igual...".

EPS: "...los tratamientos han empeorado mi salud y no puedo tener relaciones con mi pareja, esta etapa es muy dura...", "...no he deseado la muerte pero estoy tan deprimida por mi esposo, tengo mucho miedo que le pueda hacer daño por mi enfermedad...".

En sentido positivo, algunas reconocen la situación pero también sus posibilidades, "...me siento mal de salud, aunque no tengo fuerzas para continuar, nunca he deseado la muerte, mi familia piensa que yo sí puedo y por eso estoy aquí...", "...esto es un mal catarro y ya...", "...todos me miran pero estoy viva".

Las principales contradicciones de estas mujeres dinamizan el proceso de adaptación a la enfermedad, así vivir-morir, apertura-enclaustramiento, claudicar-perseverar, esperanza-deseesperanza, comprensión-rechazo, por sí-por los demás, se elaboran en el cotidiano de la situación/problema del tratamiento del cáncer y están presentes en la construcción del nivel de aspiración, su satisfacción y adecuación de las perspectivas de éxito (Alfonso, 2008; Maldonado, 2008).

Del planteamiento y reconocimiento de las necesidades en las mujeres se observó el paso a evaluar sus posibilidades de vencer y sobrevivir, ponderando toda la ayuda posible de los demás, esta pauta se expresó generalmente en déficit, por lo que su saturación fue rápida; la categoría o indicador siguiente fue:

*Planteamiento activo de las contradicciones, logros y expectativas de éxito concretado en el proceso de colaboración con el otro.*

En este indicador se expresó la ley genética del desarrollo, postulada por la Psicología histórico-cultural, donde se privilegia el desarrollo individual a través de la aproximación en un espacio intersubjetivo, a la apropiación de la nueva situación, tal y como se describe a continuación:

EPS: "...he perdido la fe en las cosas que puedo lograr, no me siento feliz y estoy sola...", "...a veces quisiera tener más fe en mí y en los demás, ser optimista, exitosa, pero me miro y no me reconozco, quién me va a mirar así...".

PCFR: "...yo no entiendo por qué me pasó esto a mi...", "...mis nervios están alterados por los cambios en mi cuerpo...", "...odio mi enfermedad y me siento mal porque pude evitarla ...".

EADRm: "...mi salud está por el piso, no puedo aceptar esta enfermedad...", "...esta enfermedad hace que me sienta infeliz porque no puedo trabajar...", "...estoy muy insegura, siento celos de todas las mujeres, mi esposo ya no tiene bandera.

Muchas de las mujeres entrevistadas, denotan tal malestar psicológico que solo se atreven a plantearse metas a largo plazo de recuperación de la salud, por sus familiares, o amigos, incluso por reciprocidad con la preocupación del equipo médico, lo que ciertamente demuestra la potencialidad intrínseca del "otro significativo", en el proceso autorregulador frente al tratamiento y recuperación del cáncer, así se encontraron declaraciones como: "...mi familia está conmigo en esto y sé que voy a salir bien...", "...tengo un hijo de 7 años que he criado sola, por él tengo que vivir...", "...esto no es para llorar, hay que luchar porque tengo a mi mamá viejita...".

### **3.2. Diagnóstico de la autovaloración en mujeres con cáncer no metastásico.**

Al caracterizar socio demográficamente, ambos grupos de estudio y testigo (véase anexo 25, tabla 2), se evidenció predominio de la edad comprendida entre 51 y 60 años, con 93 mujeres para un 42 % aproximadamente en el grupo testigo y 81 en el de estudio para el 36.4%. De igual modo el grupo entre 41 y 50 años, representó el 27 % para ambos grupos, con  $p=,736$ .

Múltiples estudios concuerdan con estos datos y afirman que, entre el 65% al 70% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de 50 años o más, su incidencia aumenta bruscamente a lo largo de los años de la pre menopausia, después la tasa declina, pero persiste a lo largo de la expectativa de vida (Amaro, Bautista, Arrieta, 2007; Bonilla, 2010; Martínez, 2006; Song, Sung, Ha, 2008).

Los hallazgos en la muestra donde la condición menopáusica es frecuente, coinciden en que arroja dudas en la mujer sobre su apariencia y su estima lo cual puede deprimir la noción de valía (Alfonso, 2008; Alfonso, 2011; Sebastián *et al.*, 2007).

En el estado civil (véase anexo 25, tabla 3), predominó la condición de casadas en ambas muestras para un 67,5% aproximadamente,  $p=, 216$ . Este fue un dato promisorio, por cuanto la familia es fuente primaria en lo que concierne a la atención de la salud, factor resiliente contra el malestar emocional ante la enfermedad e incluso prevé la posibilidad de recaer, cuidando de los estilos de vida de sus miembros.

Investigadores que colaboraron en el proyecto encontraron resultados similares, que pueden guardar relación con la edad madura en que los nexos de pareja son más estables (Maldonado, 2008; Rodríguez, 2009).

En el cáncer de mama por sus tratamientos intensos, el apoyo y protección familiar alcanza carácter de necesidad básica, ya que cada uno de sus miembros contribuye al cuidado y recuperación de la paciente a la vez que son fuente de afecto y afirmación (Castillo *et al*, 2010; Navarro, 2009; Treto, 2009).

En la tabla 4, (véase anexo 25), que versa sobre la ocupación laboral se apreció un balance entre amas de casa y trabajadoras, con medias de 123 y 100 respectivamente,  $p=,217$ .

Las correlaciones con el apoyo familiar percibido y la situación económica no indican asociación, ni diferencias entre ambos grupos, con significación de 0, 107 y 0,398, respectivamente.

Las amas de casa se consideran más propensas a la pérdida del vínculo social, necesario para una mejor recuperación de su estado de salud físico y psíquico y la reestructuración de la autoimagen y adecuación en general de los procesos autorreferenciales que dependen de las elaboraciones conjuntas con otras personas (Domínguez, 2002; Fernández, 2003).

La desvinculación laboral aunque es temporal en los primeros tiempos de tratamiento y control de la enfermedad, resultó negativa, aunque muchas de ellas podrán volver a incorporarse al trabajo, lo que seguramente contribuye a lograr una mayor sensación de bienestar (Maldonado, 2008).

El nivel de escolaridad de ambas muestras fue predominantemente de nivel secundario 35,4%, con diferencias significativas con respecto a otros niveles educacionales,  $p=,003$  (véase anexo 25, tabla 5).

Esta variable se consideró como interviniente, por cuanto puede influir en la calidad de la asimilación de la situación de salud y sus implicaciones, además del rol ya descrito de las condiciones sociales y educacionales en el desarrollo y adecuación de la autovaloración (Domínguez, 2002).

En otros estudios realizados con poblaciones de mujeres mastectomizadas, se han encontrado similitud en cuanto al nivel educacional con este estudio, predominando el nivel medio o medio superior (González & Bermúdez, 2008)

En cuanto a los datos clínicos de la enfermedad, en la tabla 6 (véase anexo 25), se describe la etapa clínica en que fue diagnosticada la mujer, coincidiendo la mayoría entre los estadios I y II para ambas muestras, donde se agrupan más de 200 pacientes para el 93%,  $p=1,000$ . Es necesario señalar que esta no es una condición frecuente para esta enfermedad, que solo logra ésta expresión por ser una muestra tomada al efecto, en la práctica aún se reportan casos nuevos con enfermedad avanzada.

El tratamiento predominante, (véase anexo 25, tabla 7), fue la cirugía conservadora con quimio y radioterapia, complementadas por la hormonoterapia, 119 pacientes, donde la cifra de cirugía radical combinada con los demás tratamientos no difiere esencialmente, 103 pacientes,  $p=,317$ . Se concibió como una variable ajena, pues hay divergencias en cuanto a considerar una u otra con mayor morbilidad emocional, incluida la quimioterapia que sí se considera con alto impacto emocional y en los procesos autorreferenciales (Castillo *et al.*, 2011, 2012; Sebastián *et al.*, 2009).

En la tabla 8 se muestran datos epidemiológicos sobre hábitos tóxicos, que muestran una incidencia elevada de tabaquismo para el 44,1% en el grupo de estudio, algo más elevada en el grupo testigo, sin diferencias significativas entre uno y otro,  $p=,982$ . En una entrevista concedida al reportero Hernández, del diario Granma por la Dra. Rubio, se declara que éste, entre otros como la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo modificables a tener en cuenta (junio, 2012).

En todas las variables ya descritas, se identificaron las peculiaridades de cada grupo, pero con similitud entre ellos, tal como se preestableció para el diseño del cuasi experimento.

### **Diagnóstico de la autovaloración antes de la intervención psicoterapéutica.**

Para el análisis de la autovaloración pre-intervención en ambos grupos, se procedió a integrar los resultados del sistema de pruebas psicológicas aplicadas, en la evaluación de los indicadores de expresión de la autovaloración, lo que permitió la comparación de ambos grupos y llegar al diagnóstico de la línea base. Estos resultados se muestran a continuación:

En lo relativo al **autoconocimiento**, (véase anexo 26, tabla 9), la polaridad se inclina hacia el no reconocimiento de cualidades positivas y fortalezas del sí mismo en las

mujeres de ambos grupos, alcanzando en total el 70,9 % sin diferencias entre ambos grupos,  $p=, 601$ , sí difiere con las demás dimensiones, que en su conjunto se acercan como promedio el 30%, confirmado en el análisis de la (EPS) y la (PCFR), según la (EADRm), ellas expresaron, valorarse adecuadamente en el 44, 6% del total, pero en la explicación que hacen de su ubicación, se constató marcado predominio en las mujeres de vivencias negativas sobre sí, de duda, desahucio, desesperanza, culpa y rechazo, no reconocimiento de sus fortalezas actuales. (véase anexo 26, tabla 13)

Expresiones semánticas que ilustran estas presunciones son, "...gorda, fea y encima sin seno...", "...primero perdí la vista, se me cayó el pelo, mírame la cara y también sin seno...", "...estoy de madre, todo me cae...", "...yo soy una ruina". Como puede apreciarse estas valoraciones indican la presencia de ideaciones rumiativas que afectan el estado emocional de las pacientes e inciden en su actitud ante la enfermedad.

Por otra parte, se observó la tendencia a subvalorarse según la situación, dada por la intervención quirúrgica, lo que demuestra poca estabilidad en las valoraciones sobre sí en la totalidad de la muestra, que pueden resultar en insatisfacción, frustración y conductas evitativas del contacto social, lo que al final dificulta el tratamiento integral de la paciente. Lo anterior se constató en las frases siguientes: "...en un pueblo tan chiquito, seré el foco de interés", "... yo que no quería marido, ahora no lo conseguiré jamás", "...yo era una mujer atractiva, ahora figúrate", "...siento que ahora no valgo nada", "...me preocupa ser una enferma sin cura".

En la tabla 10, se observan los datos sobre el conocimiento de la enfermedad en la muestra, que denotan, inadecuación en diferentes grados, para un 74,3% del total, sin diferencias significativas  $p=, 015$ , entre los grupos, el de estudio reveló mejores estándares de conocimientos, 37, 4%, frente a 26,6% del grupo testigo.

Estos conocimientos, según la (EPS), son más sólidos en cuanto a la necesidad de realización del autoexamen, del mismo modo, ellas desean saber más sobre las características propias de la patología, el tratamiento y sus factores de riesgo.

Generalmente el grado de conocimiento de la enfermedad en relación con la valoración de sí, tiene una correlación negativa (Del Sol, 2011; Pascual, 2010), que se corroboró en el análisis cualitativo con afirmaciones como las siguientes, "... esta enfermedad es muy dura, yo no puedo con esto...", esta misma paciente en su

entrevista más adelante resaltaba "...cuando pienso lo que viene, pienso en algo para que me de fuerzas...". De lo anterior se entiende que la actividad cognoscitiva disfuncional o no, sobre la enfermedad se expresa en la valoración de las posibilidades de éxito y autocontrol de las pacientes.

Los resultados corresponden con sendos estudios sobre necesidades psicosociales del paciente oncológico, (Treto, 2009; Navarro, 2009), que documentaron insuficientes conocimientos sobre la enfermedad y su control, e insatisfacción en la relación médico paciente. Al respecto es de señalar que la inadecuación de este conocimiento, conspira contra el diagnóstico temprano, y la conducta adherente, que constituyen herramientas irremplazables en el tratamiento médico de la enfermedad.

Como resultado del análisis de los parámetros este indicador, su expresión fue de inadecuación por subvaloración.

La caracterización de la **autoestima** según el (IAC), (véase anexo 26, tabla 11), mostró similitud entre grupos, con predominio de baja autoestima en el 57,7% de cada grupo,  $p=1,000$ . Solo significar que existió un 23,4 % de mujeres que conservaron alta su autoestima según este instrumento.

Las pacientes con baja autoestima no aprecian sus propias cualidades, habilidades y potencialidades frente a la enfermedad, coincidiendo con otros autores (Alfonso, 2008; Binkley *et.al.*, 2012; Calderón, 2010). Pueden dudar de sus capacidades, creer que nunca tendrán éxito y sentir que hay oportunidades limitadas e inciertas para su futuro y experimentan dificultades al tomar decisiones o planear sus vidas luego de la enfermedad (Arndt, 2008).

En la tabla 12, (véase anexo 26), se exponen los resultados en cuanto a la **autoimagen**, en esta se aprecia igualmente polarización hacia la no aceptación, con un 54 % de la muestra total subvalorada en la (EADRm), mientras un 14% de ambas muestras permanece sin definir cómo se siente al respecto de sí mismas, denotando algún grado de fluctuación, confirmada por la (EPS) y la (PCFR).

Es interesante destacar que se observó movimiento en cuanto a la aceptación o modificación de la autoimagen en un 30% aproximadamente, a favor del grupo de estudio  $p=, 000$ , lo que es positivo, pues es una respuesta espontánea de alivio de la tensión que genera el acto quirúrgico, ya reportada por otras publicaciones (Del Sol, 2011; Dabrowski *et. al.*, 2007; Sebastián *et al.*, 2009).

La autoimagen consecuentemente con la cirugía, resulta dañada. En tal sentido las pacientes manifestaron frustración o rechazo por sí mismas, sin lograr entender que en este procedimiento les va la vida y constituye un periodo en que deben poner a prueba sus recursos adaptativos, en síntesis es un momento de prepararse para hacerse cargo de sí mismo y cuidarse (Castillo *et al*, 2011).

Los estudios de la autoimagen y autoestima, en relación con el cáncer de mama, son frecuentes en la literatura, y reportan en coincidencia con el presente estudio, altas cifras de inadecuación, asimismo se han implementado numerosas intervenciones a ese efecto, pues las consecuencias son muy claras en el bienestar subjetivo y muchas veces precipita estados displacenteros que obstruyen el tratamiento médico (Sebastián *et al.* 2007; Pascual, 2010; Alfonso, 2011).

La mayoría de mujeres, si reciben un adecuado soporte profesional, son capaces de manejar esta patología sin desarrollar grandes trastornos psicológicos o disfunciones sexuales importantes (Brito, 2009; Sebastián, 2007; Suárez, 2002; Würtzen *et al.*, 2012).

La inadecuación en el total de la muestra, sobre apariencia personal por subvaloración 67,1%, en la (EADRM), que se observa en la tabla 13, (véase anexo 26), guarda una diferencia significativa con las pacientes con adecuación, en ambos grupos 11%, con  $p = ,000$ , refiriendo en la entrevista, mayor peso en las vivencias de auto rechazo, que de afecto propio. Coincide con un estudio, donde se demuestra que la alteración de apariencia juega un papel clave en el ajuste de los pacientes (Moreira & Canavarró, 2012).

Triangulando la información de los instrumentos aplicados, se puede afirmar que concurrió tendencia a la inadecuación en este parámetro, con predominio de la subvaloración.

Datos cercanos se reportaron sobre trastornos dermatológicos y presencia personal, donde más del 50% de las mujeres ven afectada su autoimagen y autoestima, en menoscabo de sus fortalezas personales (Pino, 2011).

Los datos obtenidos en el estudio coinciden con reportes de investigaciones sobre la autoimagen en el cáncer de mama, menos en autoestima, que por su dinamismo, resulta más difícil de predecir y pronosticar, pero en ambos casos se informan

desórdenes en este sentido (Alfonso, 2008; Amaro, Bautista, Arrieta, 2007; Arndt, 2008; Sebastian *et al.*, 2007; 2009).

Señala Colunga, que las personas tenemos el poder de escoger y producir las condiciones más favorables para nuestro desarrollo personal y que la autoestima es el ingrediente más importante de éste. Se considera la autoestima como uno de los valores esenciales para afrontar la vida (2002), lo que resulta valioso al enfrentar una enfermedad oncológica.

En cuanto al indicador **Elaboración Crítica**, está relacionado con la comprensión de los obstáculos en la situación de salud, y arrojó un 66,0% del total con subvaloración en salud en la (EADRm), que se diferencia de las demás categorías de forma significativa  $p=,043$ , pero que no difiere, entre los grupos estudio 71,6% y testigo 60,4%. (anexo 26, tabla 13)

Igualmente se evidencia que la totalidad de las pacientes en ambos grupos, sobrevaloraron las dificultades de la vida cotidiana que se les van presentando de forma contingente y que anteriormente no tenían tanta repercusión, ello viene determinado por su condición de salud, pues la cirugía causa diferentes grados de disfuncionalidad, así como la quimio y radioterapias.

Esto se confirma en expresiones en la (PCFR), como, "... me preocupa que alguien me lastime en la guagua", "...mi familia no me ayuda y yo no puedo hacer nada sola", "...soy una carga", que grafican las vivencias en este sentido, donde generalmente se observan además de afectos negativos de indefensión e inseguridad, patrones cognitivos deformados e intrusivos.

Otros estudios en el territorio sobre la repercusión de la cirugía mamaria, confirman estos resultados (Del Sol, 2011; Navarro, 2009)

La autoconfianza se evidenció desvalorizada en la (EADRm), en el total de la muestra con 66,4 %, muy superior a la frecuencia de las demás categorías  $p=,030$  y un comportamiento similar por grupos (véase anexo 26, tabla 13), lo que incluyó a las mujeres que recibieron una cirugía de tipo conservador, que no logran su integración con las potencialidades en los nuevos sistemas de relación en que se incorpora.

Es usual que las personas piensen que pueden alcanzar sus metas con facilidad hasta que surgen los obstáculos, aquí es necesario ponderar las fuerzas para poder seguir adelante, elaborando las contradicciones que devienen de una toma de

decisiones que implica luchar por recuperar la salud, en la lucha contra el cáncer todos los días el paciente enfrentará un reto, los tratamientos, la visita continua al hospital, las largas esperas, la tensión de los exámenes de control. (Calderón, 2010; Del Pilar, 2009).

Los resultados que se ofrecen en este sentido confirman lo reportado en otros estudios sobre el paciente oncológico (Arraras *et al.*, 2010; Treto, 2009), y específicamente en pacientes con cáncer de mama (Fuentes & Blasco, 2010; Navarro, 2009).

Por tanto la integración de la valoración de la situación-problema y la valoración de las potencialidades de la persona, hace más reales las opciones de las pacientes, en su asimilación del entorno hospitalario y de las nuevas relaciones que este impone. En tal sentido se recogen verbalizaciones tales como: "... yo no soporto la sala, ni los olores", "...solo de pensar en el hospital ya me enfermo", contrariamente otras expresan solidaridad y camaradería como: "...lo que más me gusta es la atención de los médicos", "...me preocupa la paciente que comenzó conmigo", entre otras. Préstese atención a las manifestaciones intelectuales, como los recuerdos displacenteros y pensamientos deformados que entorpecen el proceso de aceptación y superación del problema de salud, exhibiéndose una tendencia a desconocer las potencialidades para enfrentar la enfermedad.

Al integrar los resultados de los parámetros que conforman el indicador se encuentran evidencias de inadecuación a tipo subvalorada.

### **Expresión de las necesidades conscientes del paciente actuales y futuras y tendencias motivacionales orientadoras de la actividad formadoras de sentido personal, en el referente de sí mismo y en el actuar cotidiano.**

Se evidenció que la necesidad de cambios actuales y futuros luego del estatus de enfermedad, se complejiza notablemente en la situación social de desarrollo/problema de salud y no se convierten en motivos para vivir, ellas en su mayoría se quejan del rigor de los tratamientos y que ello les impide satisfacer sus necesidades o ejecutar acciones conducentes a ello. Entre las principales se expresan las de información, comunicación, apoyo, autocontrol y otras relativas a sus necesidades básicas, como las de nutrición y sueño-vigilia.

Así muchas refieren en (EPS), que: "... preferirían dejarlo de no ser por su familia", "...me frustró con facilidad", "...mi mayor problema es que no creo en la curación", "...debo mejorar mi estilo de vida, pero no tengo fuerzas ", "...no me creo que esto haya pasado, no me acostumbro" en (PCFR), "...mi familia espera que me alimente y yo no puedo", "...me molesta saber que no puedo hacer las cosas", "...cuando me acuerdo no puedo dormir", "...no puedo relajarme".

A pesar de esta inercia en la realización de motivos y satisfacción de las necesidades, que ellas reportan, se autovaloran adecuadamente en la (EADRm), en carácter casi la mitad de las estudiadas, 50,2%,  $p=,371$  y en inteligencia el 47,3%,  $p=, 000$ , por lo que el patrón de pasividad, descrito puede estar asociado a la desorganización psicológica que se registró, con diferente severidad, subsecuente al impacto de la enfermedad. (véase anexo 26, tabla 13)

Predominó además, según el análisis de la (EPS), la tendencia a vivencias negativas y estilos no salutogénicos en la conducta, como fumar, no alimentarse adecuadamente, anclaje en rol de enfermas, entre otras, coincidentes con reportes de otros autores (Amaro, Bautista, Arrieta, 2007; Argote *et al.*, 2010).

Con respecto a la enfermedad de la mama, se necesita una postura activa y positiva hacia el tratamiento, cuestionadora, en rol dinámico, reflexivo y que la paciente se autovalore sistemáticamente y evalúe su desempeño (transformación de sí a partir de su autoconocimiento), corrigiendo las conductas de frustración, de sufrimiento, por aquellas que favorecerán su curación en lo que juegan un papel determinante las acciones del equipo de salud y del psicólogo específicamente (Ochoa *et al.*, 2010, Arraras *et al.*, 2010).

En la conducta proactiva, radica la capacidad resolutoria, que se desarrolla en gran medida, ante cualquier evento o contingencia que moviliza los recursos psicológicos necesarios conducentes al logro de las metas y a la resolución de los problemas que se presentan. Esto se relaciona con la postura de activismo y con la efectividad reguladora de su personalidad (Colunga, 2004).

En la tabla 14 (véase anexo 26), se exponen valores que definen vivencias negativas, asociado a la desorganización de la autovaloración, el estado de vivencias ansiosas en el momento postquirúrgico, agrupó valores predominantes de ansiedad alta 56,3%, para ambos grupos, seguido de media, 33,3%, sin diferencias entre ambos grupos

que se comportan de manera similar, con diferencias significativas entre las dimensiones de su evaluación dentro de cada grupo, V de Cramer igual a 0,000.

Existen eventos o situaciones de la vida cotidiana que son valorados por las personas como amenazas, es el caso de estas pacientes, quienes están atravesando una situación que genera ansiedad, generalmente de tipo situacional. Las pacientes se revelan frecuentemente angustiadas y nerviosas ante una enfermedad potencialmente mortal como el cáncer de mama, que por su historia natural instaura pérdidas, de las que la paciente no logra recuperarse antes de que se le impongan nuevos retos (Castillo *et al.*, 2011; Mas, 2010). Autores como Bach & Bach, (2010), concluyeron que sobrepasa, el nivel medio como estado el 50% de las pacientes.

Ejemplo de ello se concretó en la entrevista, donde una paciente refería "...un día me sentí un bulto y al otro estaba muerta de miedo en el salón" y otra confesaba "...no me atrevo a quitarme la venda y ver lo que tengo ahí... ", Ambos ejemplos denotan lo imprevisible de los cambios y el daño a la autovaloración que se vivencia en lo interno, con determinado grado de discomfort, más o menos intenso.

El estudio que se realizó, tiene alguna coincidencia con Escobar (2008), quien indicaba que tanto el impacto quirúrgico primario, como el de ser reintervenidas, puede constituir un agente emociógeno que genere miedos, pesimismo, desorientación e inseguridades en sus relaciones, incluida la de pareja. Esto, unido a la sensación de sentirse sobrepasada por la enfermedad, al considerarla como global o irreversible.

Coincide con otros estudios en el territorio, que igualmente reportaron cifras elevadas de ansiedad situacional, sobre el 50% (Pascual, 2010, Rodríguez, 2009).

Las vivencias de depresión estado, en la tabla 15, (véase anexo 26), igualmente proyectó similaridad entre los grupos, con predominio significativo del nivel alto con un 59,9 %, seguido del estado depresivo de media intensidad con 29,7%, la V de Cramer igual a 0,000, lo que significa que existen diferencias entre las categorías.

En el análisis de la (PCFR), se sienten señaladas y deslucidas y así lo expresan "...yo secretamente quisiera morir...", "...temo que me miren con lástima...", "...el mejor momento es estar sola, acostada a oscuras...".

Al triangular la información se encontró en las pacientes en general, vivencias de desesperanza, indefensión, angustia, tristeza y perplejidad ante el evento, que reflejan

la posición de subvaloración de la muestra frente a la perspectiva de padecer esta enfermedad, su visión negativa sobre sí, su vida y sobre el futuro.

Los resultados se confirman con otros anteriores, donde se pudo apreciar que se instauran la desesperanza, la tristeza, y puede ser ocasionado por las pérdidas que provoca la patología unido a las dificultades de la vida normal (Alfonso, 2011; Berger *et al.*, 2009, 2012; Castillo, Alfonso, Rodríguez, 2005).

La complejidad de estas vivencias y su repercusión en la enfermedad oncológica, ciertamente requiere del apoyo familiar efectivo y de una cabal atención de los especialistas a cargo, pues repercute en la perseverancia frente a la enfermedad y en su control (Castillo *et al.*, 2011; Bach & Bach, 2010; Würtzen *et al.*, 2012).

De acuerdo a Álvarez & Maggio, neutralizar las ansiedades y depresiones es otra finalidad de los mecanismos defensivos del “yo”, lo que resuelve restableciendo el equilibrio psíquico, eliminando o neutralizando la fuente de peligro y tensión. Según el citado autor, cuando la ansiedad y la depresión se mantienen elevadas es señal, de que los dispositivos defensivos no están siendo eficientes. La salud y efectividad de ellos, se verá en el uso de una amplia gama de recursos adaptativos (2012).

Cuando predomina la reactividad afectiva sobre el conocimiento de la enfermedad; el pensamiento, la toma de decisiones y la autoconciencia, se alejan de las exigencias del problema, se conforma un estilo de regulación basado en los sentidos personales, que empobrece la valoración de la situación/problema de salud, la autovaloración y la posibilidad de usar las experiencias anteriores. Como resultado final, la posibilidad de la persona de tomar conciencia de sus necesidades, motivos y decisiones (autoconciencia) se empobrece y no se constituye en unidad adecuada de autorregulación (Pérez-Lovelle *et al.*, 1992).

Estas aseveraciones se confirman en la inadecuación en el balance entre logros y aspiraciones, en el análisis de las entrevistas se denota sobrevaloración de los logros en las pacientes y de las posibilidades de enfrentar la enfermedad, en contraste con la subvaloración de las acciones para lograrlo, así se ven expresiones como “... yo soy valiente y sé que voy a lograr salir de esto” y más adelante en el mismo protocolo “...me siento inútil, soy una carga para mi familia”, “... esto es muy fuerte para luchar”, aunque en general, el análisis cualitativo devela una marcada presencia de bajas aspiraciones de sobrevida.

Por la triangulación de los resultados en los parámetros de este indicador que arrojaron las técnicas, se puede afirmar que, en la mayoría se subvaloran.

**Expresión dinámica de las contradicciones del paciente en una situación real de relaciones sociales de vida y con el otro.**

Sobre el autocontrol, se afirma que en la medida en que predomina el conocimiento de la enfermedad (como relación real subjetiva con el mundo) sobre el sentido personal y la reactividad afectiva; el pensamiento, la toma de decisiones y la autoconciencia actúan más en consonancia con las exigencias (García & Domínguez, 2010; González & Aguiar, 2009).

En el autocontrol fue expresada la subvaloración en el 71,6% para ambos grupos, con diferencias significativas con las demás categorías valorativas,  $p=, 000$ , pero con similitud entre grupos, 73,4% de subvaloradas en grupo estudio, 69,8% en el testigo. (véase anexo 26, tabla 13)

En la (PCFR), frases que reafirman los datos anteriores, "...yo, realmente no creo aguantar más", "...creí que eran sueros normales, pero esto es demasiado", "...la mayoría de las mujeres se quieren morir si les dicen esto", en la (EPS), responde que: "...no logro disfrutar de nada, solo pienso en esto "...siempre lucho por alcanzar mis cosas, pero ahora tengo miedo", "...tengo sentimientos buenos con la operación, pero no logro tranquilizarme ahora".

Es bueno señalar que los recursos personales de control, como la tolerancia a las frustraciones, sentimientos de lucha y valentía, están presentes cuando se cree en sus fuerzas y sus potencialidades, aún sin ignorar sus defectos y limitaciones, lo que llevará a la toma de decisiones de manera autónoma y responsable, con conciencia de las consecuencias de sus actos y de su vida en general.

Semejantes resultados reportaron en cáncer de mama no metastásico (Alfonso, 2008, Alfonso, 2011, Maldonado, 2008) y en dos estudios, uno de pacientes laringectomizados y otro sobre pacientes con cáncer ginecológico, donde también se reporta asociación con el daño a la autoimagen (Aguirre, 2012; Díaz, 2012).

Las pacientes refieren marcado temor por la evaluación de los demás, rehúyen la mirada, tratan de esconderse de sus parejas y evitan la relación afectuosa, que es tan necesaria en este momento particular, no tienen independencia de las valoraciones

ajenas devaluantes en su regulación, las vivencias de felicidad y satisfacción de sí están en detrimento con un 67,3 % de pacientes que se subvaloran, sin diferencias significativas,  $p=,640$ . (véase anexo 26, tabla 13)

En este indicador, a través del análisis cualitativo se obtuvieron declaraciones como, (PCFR): "...yo quisiera estar sola y dependo de todo el mundo...", "...sé que soy una carga para todos y total por gusto...", que denotan la baja resolución de las contradicciones principales que genera la situación problema.

Sobre el optimismo, se observó en una minoría de las pacientes del total general, 19,4 % presencia de optimismo y vivencias positivas 12,8%, (véase anexo 26, tabla 13), esta apreciación en los indicadores de la autovaloración, no resultaron significativas estadísticamente, se presentan de forma aleatoria sin coincidencia con un grupo determinado de pacientes o variables y en general indican un potencial salutogénico que merece ser potenciado.

Todas las pacientes de forma general, expusieron algún aspecto positivo, que ayudan a plantear metas individuales en el trabajo grupal e individualizado, pero no llegan a caracterizar la adecuación de la autovaloración como formación o a determinar su expresión en la autorregulación.

Parece existir un denominador común entre los pacientes de cáncer que no responden al tratamiento: haber perdido la esperanza, sufrir la desesperación de nunca llegar a tener la vida realmente plena y placentera que se desea, informan Sindelar y Ketcham (1976).

En la investigación citada, se concluyó que la fuerza de las expectativas produce reacciones contrarias a las propias de la medicación o intervención administrada. Así pues, las personas pueden influir en el proceso de la enfermedad por el impacto psiconeuroinmunológico de los cambios en fenómenos psicológicos y el anclaje de los aspectos negativos inscritos en las representaciones sociales acerca del cáncer puede atentar contra la paciente (Del Pilar, 2009).

En general luego del análisis triangulado de los resultados en las diferentes técnicas y de los parámetros, se determinó la inadecuación de la autovaloración de las mujeres, en cuanto a este indicador, prevaleciendo la subvaloración.

**Planteamiento activo de las contradicciones, logros y expectativas de éxito concretado en el proceso de colaboración con el otro.**

El análisis de este indicador conduce a centrarse en el proceso de elaboración de metas, planes de vida de las pacientes, en la aceptación o no de colaboración con el otro para y por sí mismas, aceptación y prestación de ayuda. Este se revela como un cierre de la posición de la paciente ante la enfermedad, que la define en un rol activo de adaptación o proactivo, o por el contrario en posición de desventaja, es decir inadecuadamente subvalorada, para ello solo basta observar los resultados de las tablas 13, véase anexo 25.

En el análisis de la (EADRm), se encontró subvaloración en las categorías salud 66%, autoimagen 67,3%, presencia personal 67,1%, optimismo 66,7%, autoconfianza 66,4 % y del autocontrol 71,6 %, se encontró adecuada en carácter 50%, inteligencia 47,3% y conocimiento de sí 44,6%, este último sin embargo con valores de inadecuación acumulados superiores al 55 %.

En la (EPS), predominan las ideas de evitación de las relaciones sociales, finitud, pesimismo, tristeza y desesperanza, así como en la (PCFR), donde las expresiones en el área personal, de salud y de metas son conflictivas, con muy bajo potencial salutogénico.

Si se considera que las metas desempeñan un papel fundamental en cuanto a los cursos y el sentido de nuestras acciones, es de considerar entonces en la integración de las técnicas usadas, el tono pesimista y ausencia de metas de vida a largo plazo que se observa en la mayoría de las pacientes de ambos grupos, agravado por la tristeza situacional y las creencias de minusvalía, incapacidad, finitud e irreversibilidad. Estos resultados se corresponden con otros obtenidos para igual población, y que sirvieron de base a intervenciones psicológicas y/o sociales (Bados, García, Fusté, 2002; Bañuelos *et al.*, 2007).

También existen signos de dependencia de las parejas, familiares o amigos, que se hicieron patentes en las pruebas, por ejemplo: "...quisiera no ser, habitualmente, la primera en llamar por teléfono, pero lo necesito", "...quisiera dejar de sentirme ansiosa cuando no estoy con otro", "...me preocupa mi estética porque soy incapaz de vivir sin mi pareja".

Asimismo esta fue la propensión en cuanto a sus médicos, que visualizaban generalmente como señal de seguridad, reflejando angustia notable en la observación y entrevista, cuando estos se ausentan.

Por el contrario se documentó una tendencia fuertemente generalizada, a evitar el contacto con otras pacientes en igual condición, para muchas esto constituyó un estímulo reforzador de su propio sufrimiento por la situación de enfermedad. Así se encontraron en la (EPS), frases que lo indican: "...los demás solo me recuerdan mi propio dolor", "...no quisiera hablar con nadie, ni ver más problemas".

Semejanzas en cuanto a este resultado, fueron halladas en otras investigaciones, que concluyeron que el cáncer ocasiona sensibles lesiones en las interrelaciones sociales (Alfonso, 2011; Binkley *et al.*, 2012; Pascual, 2010).

La autoaceptación decayó en la mayoría de mujeres, que inmediatamente después de la cirugía no se aceptaban, en (EADRm) 84,7 % para el de estudio, 75,2% para el grupo testigo, sin diferencias sustantivas entre grupos pero sí entre las categorías  $p=,013$ . Ambas agrupaciones presentaron diferencias significativas internas en cada grupo entre la aceptación o no, alcanzando el 80%, entre el total de las mujeres estudiadas, (véase anexo 26, tabla 16).

En este sentido resulta útil volver a las verbalizaciones de la muestra en este indicador, (SPS): "...mi salud está tan acabada que no creo que mejore...", "...mi enfermedad es la peor de todas y yo no puedo hacer nada...", "...he perdido la confianza en mí...", en (TCFR): "...sufro, porque me siento pesimista en relación con mi enfermedad...".

El análisis integral de este indicador demostró inadecuación por subvaloración para las mujeres estudiadas.

En el análisis general se consideraron bajos los niveles de autorregulación presentados por los grupos (véase anexo 26, tabla 17), donde la cifra total de mujeres que no sienten estar regulándose eficientemente alcanzó el 75,7 %, con diferencias significativas entre ambas dimensiones  $p= ,046$  y un comportamiento similar entre los grupos, oscilando entre el 71,6 % y el 79,7 % en el testigo.

La autorregulación como proceso sistemático del comportamiento, provee a las personas de la capacidad de ajustar sus acciones y metas a la consecución de resultados deseados y hacia la satisfacción de necesidades, por lo que se basa en

elementos conscientes y voluntarios de superación del problema, que no emergen en el diagnóstico psicológico de las mujeres estudiadas. Los insuficientes estudios sobre este proceso en mujeres con cáncer de mama reflejan igualmente, bajos niveles de autorregulación (Alfonso, 2011; Chang, 2007; Pascual, 2010).

Finalmente en la tabla 18, anexo 27, se establece la comparación de medias entre los grupos, asumiendo igualdad de varianzas, lo que denotó que el nivel crítico  $p=0,026$  es mayor que  $\alpha=0.01$ , el estadístico de prueba no pertenece a la región crítica y, por tanto, se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias es decir, porque el número medio del índice de autovaloración antes, es casi igual en el grupo testigo: 0,400, que en el grupo estudio: 0,382.

Este índice de la media de los descriptivos de la autovaloración, corresponde con la tendencia a la inadecuación en ambos grupos según el índice de medias: es decir se expresa como una formación personalógica, con bajas posibilidades de autorregulación e integradoras a la situación social de desarrollo a tipo de subvaloración. Véase tabla19. (véase anexo 27), donde se observó predominio aparente de la inadecuación, que no llegó a ser significativa.

Obsérvese la distribución de acuerdo a la tendencia de la autovaloración, bastante homogénea con polaridad hacia la inadecuación, estudio 53,2% y testigo 58,1%, y tendencia a la inadecuación, el grupo estudio 46,8% y el testigo 41,9%, ningún caso fue evaluado en adecuación o tendencia a ella en los indicadores de expresión, según el gráfico que aparece a continuación:

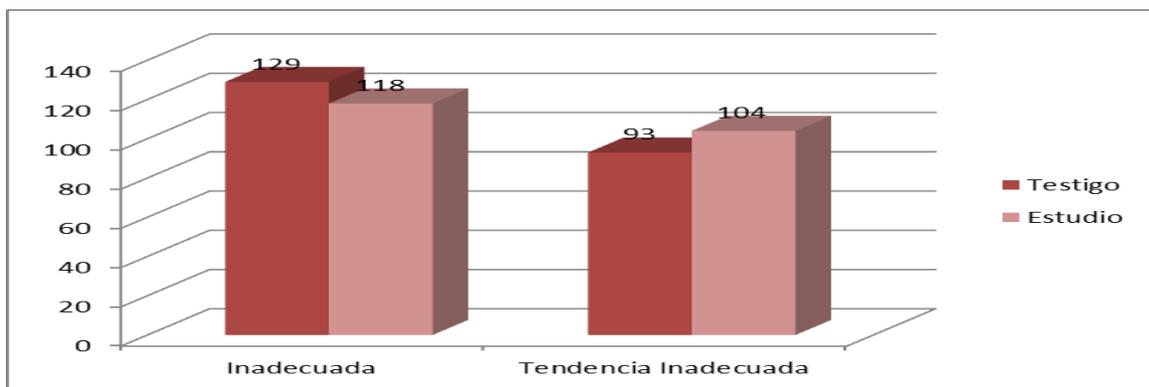


Gráfico 3 Tendencias de la autovaloración en ambos grupos antes de la intervención.

Fuente multimetódica. Chi-cuadrado de Pearson = ,170

## *Análisis de los Resultados*

Integrando los resultados del diagnóstico de las manifestaciones de la autovaloración en las mujeres con cáncer no metastásico, en virtud de los indicadores de expresión trazados, se reveló: inadecuados el autoconocimiento y el conocimiento de la enfermedad, autoestima baja e inadecuada autoimagen y presencia personal; unido a la subvaloración presente en salud, autocontrol, felicidad, autoconfianza, optimismo; dimensiones que empeoran la puntuación de estos indicadores de proceso.

La mayoría estas mujeres tienen bajo reconocimiento autodiferenciado de cualidades como positivismo, actitud de lucha y de fortalezas para enfrentar una enfermedad tan compleja como lo es el cáncer. La autoestima necesita de su fuerza dinamizadora para restaurar el afecto y respeto por sí mismas que la puede ayudar a enfrentar la enfermedad desde una posición proactiva, la autoimagen es negativa, de no aceptación.

No aceptan el medio hospitalario y sus peculiaridades, como contexto para satisfacer la necesidad de cambio y recuperación de la salud, en función de la cual no se expresan sus principales motivos, se evidenció ensimismamiento, sentimientos de vergüenza y culpabilidad que no les permiten enriquecer la asimilación de las contradicciones resultantes de la situación social /problema de salud, en interacción con otros y en la conducta. Sobresalen las relaciones de dependencia de familiares, amigos y pareja. Los médicos son altamente valorados y la actitud hacia la interrelación con otras pacientes fue de evitación.

Expresan metas limitadas y se sienten superadas por la situación de salud y con escasas expectativas de éxito. Sobresale en la mayoría, la inadecuación, pues no tienen confianza en los logros, lo que no les permite integrar los contenidos de la autovaloración en función de la recuperación de la salud, ni en la autorregulación del comportamiento hacia la salud. Se consideran a sí mismas enfermas, a pesar del diagnóstico relativamente promisorio<sup>3</sup>, con tendencia a la infelicidad, pesimistas y sin autoconfianza.

Es meritorio resaltar que en las dimensiones carácter e inteligencia, se precian como mujeres virtuosas y no carentes de inteligencia. En ellas sobresalen fuertes vivencias de ansiedad y depresión como estado, lo que es demostrativo del alto malestar

---

<sup>3</sup> Estadios 0, I y II

emocional que infunde la amenaza del “yo” y se refleja en las cogniciones predominantes, de corte adverso, fatal y desfavorable.

En el componente intelectual, predominó el conocimiento bajo de la enfermedad, descontextualizado de los recursos volitivos que le permiten adoptar mejores autocuidados, además, predominan los recuerdos desalentadores, pensamientos deformados e intrusivos sobre el cáncer y creencias de minusvalía y desvalorización.

Finalmente, la autoaceptación y autorregulación se encontraron subvaloradas, influyendo en el inapropiado planteamiento de metas y aspiraciones al éxito.

En resumen la autovaloración en las mujeres en tratamiento oncológico por cáncer de mama no metastático, previo a la intervención, se caracterizaron por: predominio de la tendencia a la inadecuación a forma de subvaloración para ambos grupos. Prevalcieron las apreciaciones de cualidades negativas, tanto físicas como en recursos psicológicos frente a la enfermedad, con pesimismo, minusvalía y estancamiento; las necesidades no se expresan en el autorreferente y en su comportamiento en la actividad, donde los objetivos propuestos por las mujeres se encuentran por debajo de sus posibilidades reales, no se establece un nivel de pretensiones que estimule en la elaboración de las contradicciones fundamentales, que devienen de su situación real de relaciones sociales de vida y con los otros, hay inadecuación en la autorregulación y en la autoaceptación de sí.

### **3.3: Diseño de la intervención psicoterapéutica integrativa y su evaluación por expertos.**

Para la elaboración de la propuesta de intervención psicoterapéutica integrativa se consideró el resultado del diagnóstico de la autovaloración de las mujeres con cáncer de mama no metastático, a partir de los indicadores de expresión, donde los emergentes a suponer fueron:

-Evidencia de necesidad de lograr reconfiguración en los procesos autorreferenciales, que permita la autorregulación durante el tratamiento.

-Necesidad de una autovaloración, integradora con contenidos positivos sobre sí, con sentido personal, erigida sobre una autoestima favorable, autoaceptación con criticidad y capacidad resiliente luego del diagnóstico.

-Necesidad de conocimientos sobre la enfermedad, autoconocimiento de características personales, de factores de riesgo, de tratamientos, y autocuidados de las pacientes y su incorporación al autorreferente.

-Importancia de las vivencias en la expresión del malestar emocional, propio de la contradicción entre la vivenciación de la situación, la eficacia de la autorregulación y la necesidad de su expresión salutogénica para lograr el cambio psicológico.

-Necesidad de seleccionar las estrategias con énfasis en un espacio intersubjetivo de elaboración y las técnicas para potenciar niveles de cambio psicológico, en el plano reflexivo y vivencial, guiadas a la comprensión de la autovaloración en la historia de vida de la mujer, a través de las contingencias vitales pasadas, potenciándola hacia el futuro.

-Necesidad de fortalecer el locus de control interno, la autoeficacia, los autocuidados, dotando a las mujeres de recursos para su movimiento dinámico hacia una zona salutogénica.

Desde la sistematización teórica se estimó esencial además:

- Importancia de considerar la integración entre lo afectivo y lo cognitivo en su expresión conductual y en las relaciones con los demás, como pauta para generar capacidad resiliente en una condición biológica de larga duración.

- La autovaloración en el contexto salud-enfermedad puede ser potenciada en sus aspectos más positivos a fin de que contribuya a la integración de la mujer a una situación real de vida, a partir de las pautas orientadoras ofrecidas en el marco de la intervención psicoterapéutica.

- El papel del enfoque histórico cultural concretado en sus categorías y principios, acerca del proceso de apropiación de la situación social de desarrollo en la enfermedad oncológica, generalización de la zona de desarrollo próximo, vista en el carácter activo del desarrollo del autorreferente de la persona implicada en el continuo salud enfermedad y el principio de la colaboración, particularizado en el papel de la relación interpersonal.

La confluencia de los resultados empíricos y postulados teóricos se armonizó en el diseño de la intervención psicoterapéutica con enfoque integrativo, enmarcada en el ámbito hospitalario, que se encuentra desarrollado en el folleto de planificación de la intervención psicoterapéutica (véase Folleto de Intervención).

### **3.3.1. Evaluación por Criterio de expertos comprometidos.**

Luego de cuatro talleres consecutivos se alcanzó los resultados siguientes:

- Delimitar el procedimiento de la evaluación pre y post experimento para sesiones separadas, alcanzando la experiencia tres sesiones evaluativas, cuatro de trabajo en grupo, seis de consolidación de los cambios ocurridos y una final de reafirmación de los cambios psicoterapéuticos.
- Incrementar las técnicas de tipo reflexivo-vivencial que permitieron el movimiento dinámico y potenciación de la autovaloración.
- Aceptar totalmente las técnicas propuestas que se describen en el folleto de intervención, así como la guía psicoeducativa y la multimedia, ambas como recursos auxiliares de trabajo durante el proceso de intervención.
- Confirmación del sistema multimetódico de recursos para la obtención de los datos: Fue determinada su condición de confiables y válidos mediante la aplicación de los test no paramétricos; en este caso por la prueba de signos de Wilcoxon en el estudio piloto precedente.
- Confirmación de los contenidos a abordar, incluyendo como necesidad emergente de los resultados del estudio piloto, enfatizar en los conocimientos sobre la enfermedad, factores de riesgo, tratamientos y autocuidados.

### **3.4 Implementación de la intervención psicoterapéutica enfocada a la potenciación de la autovaloración de las mujeres con cáncer de mama no metastásico.**

En esta intervención las mujeres tienen la posibilidad de participar en un espacio continuo, planificado conscientemente y dinámico de crecimiento y reconfiguración de su autovaloración, desde una cualidad reflexivo vivencial.

Fue de reconocida utilidad como recurso la música empleada<sup>4</sup> para las técnicas grupales y la guía para pacientes, según los PNI. No se manifestaron diferencias significativas entre los resultados, de la fase *multiempuje* y la de consolidación. Sin embargo en lo cualitativo, la apropiación dinámica de los cambios psicológicos en la autoestima, la colaboración mutua y las vivencias de optimismo, se manifestaron con mayor intensidad en la primera fase.

---

<sup>4</sup> Seleccionada, organizada y validada por el profesor español Dr. Lorenzo Amaro, Director del Instituto de Psicomusicoterapia de Madrid.

Razones para este resultado se encuentran desde la propia formulación de la modalidad de intervención con un enfoque integrativo, muy determinado por el peculiar desgaste que provocan las continuas micro-pérdidas de la enfermedad oncológica, que se van acumulando y adicionando por el efecto astenizante del tratamiento oncoespecífico a largo plazo.

En una tercera fase de cierre de los cambios psicoterapéuticos, se evaluó la muestra post prueba y su resultado se integró a los indicadores para el análisis de la efectividad de la intervención psicoterapéutica para mujeres con cáncer no metastásico, dirigida a potenciar la autovaloración. En correspondencia con el diagnóstico final en cuanto a la tendencia dinámica se hizo la reafirmación del cambio se ofrecieron recomendaciones y conductas a seguir en cada caso.

Durante la aplicación de ésta no hubo contingencias que impidieran su desarrollo, siempre se contó con los elementos técnicos, estructurales y humanos para su ejecución. Además de la colaboración de los demás especialistas y de los familiares.

La administración de la intervención integrativa, termina al octavo mes y el grupo mantiene un desarrollo paralelo, esto quiere decir que la efectividad del tratamiento se mantiene, porque ningún agente externo los hace cambiar cuando cesa la acción directa de la terapeuta, esto también es prueba de no invalidez interna del estudio.

No se recogió durante toda la aplicación ninguna referencia negativa en los PNI, tareas para el hogar, observaciones y otras evaluaciones del proceso, sí se recogieron sugerencias de pacientes, sus familiares y otros profesionales, muchas de las cuales fueron de gran utilidad y tras un examen detallado, algunas enriquecieron la utilización de las técnicas que forman parte del diseño de intervención.

Otras estrategias psicológicas en el tratamiento del cáncer de mama, también han resultado efectivas y son frecuentemente reseñadas en la literatura, primando en ellas las técnicas correctivas del estado emocional (Krychman & Katz, 2012; Salas, 2009), o la información y actuación sexual (Escobar, 2008; Ussher, Perz, Gilbert, 2012), otras mucho más frecuentes abordan los problemas médicos y autocuidados necesarios (Binkley *et al.* 2012) y escasamente algún tema del enfoque personológico.

**Evaluación del proceso psicoterapéutico por sesiones.**

A continuación se analiza el inicio, desarrollo, evaluación de proceso, cierre y evaluación final.

Sesión 1. Consentimiento informado, evaluación psicológica de la muestra (en dos momentos, por su extensión y estado de salud de la paciente) y conciliación del contrato psicoterapéutico.

Sesión 2.

En sesión el primer objetivo es integrar las nuevas mujeres al grupo y familiarizarlas con la dinámica grupal, lograr la alianza terapéutica, basado en una relación empática incondicional y un clima de aceptación y confianza.

En consonancia con el espíritu de la intervención de propiciar amor por sí mismas, la primera actividad fue la técnica de presentación: “Te queremos”, con ella las mujeres expresaron solidaridad y afecto, sentimientos de apoyo y de cohesión. Al respecto, se recogieron verbalizaciones como: “...hace mil años que nadie me dice te quiero”, “...Ay, que falta me hacía eso!”, “...ay gracias, yo también las quiero”, la música de fondo facilita la recepción de las nuevas integrantes, se estimula el contacto físico, abrazándose o tocándose levemente, las vivencia de tranquilidad se van conformando en un clima de colaboración e incondicionalidad (véase, anexo16).

Posteriormente se realizó el encuadre. Las mujeres continuantes asumen un rol protagónico, durante la técnica reflexivo-vivencial: “Carga pesada”, ellas son más participativas aquí, se estimulan reflexiones sobre lo que realmente las hace sentir mal, desde cuándo, experiencias pasadas que pudieron contribuir en su forma de valorarse ante a las dificultades del vivir cotidiano (véase, anexos 15,16 y 17).

El señalamiento oportuno de los pensamientos distorsionados, las hizo reflexionar y a la vez sirvió para introducir conocimientos, frases como “...yo imaginé que era peor...”, “... ¿entonces lo normal no es volverse loca?”, parecen demostrar que fueron encontrando posibilidades de acercarse al problema de la enfermedad que no conocían en su totalidad. Las reflexiones del grupo, facilitan el resumen.

Durante el desarrollo se profundizó en los conocimientos a ofrecer, se remarcó su condición de mujeres para sí y no solo para vivir por los demás, a través del video “Viaje por la vida”, se logró hacerles ver que la enfermedad es un momento, una parada para continuar con su vida, el debate fue rico y se intercambió entre las mujeres recién operadas y las continuantes, la paciente C-2, ya lleva 3 semanas en el

grupo, tomó la palabra y dice que "...hay que perderle el miedo al cáncer, ya me corte uno y me corto el otro si sale de nuevo...", fue un comentario fuerte y Jm., recién operada, comenzó a llorar, fue un momento de unión, porque todas la abrazaron, al final se logró el objetivo y la palabra *cáncer*, quedó dicha.

Se aprobó por el grupo dar un abrazo grupal a todas las que lloraran en lo adelante, se usa la incidencia para reforzar el valor de los demás, dentro de las potencialidades con que se puede contar y resignificar la información. Se promueven reflexiones y clarifican pensamientos, e ideas preconcebidas sobre la enfermedad.

La técnica "Por ser mujer, agradezco...", estuvo diseñada para elevar la autoestima. En su ejecución, todas se expresaron jubilosas y formularon sus razones para agradecer, Mm, que se quejaba de que no podía dormir expresaba, "...le agradezco a la psicóloga por ser mi reparadora de sueños". El grupo apoyó esta idea de forma alegre, algunas expresaron "...es mejor llamarles así, porque ya no necesitamos psicólogas, solo creer en nuestros sueños de estar bien junto a nuestras familias y a todas ustedes que ya lo son...". Se resume la técnica, enfatizando en la fortaleza de la mujer, se piden ejemplos y se debaten.

Se usó este momento en bien de la cohesión grupal y para fortalecer la proyección de expectativas de éxito. La relatora, reparte las guías psicoeducativas, se les orientó estudiarlas en familia hasta la próxima semana.

Como resumen de la sesión, se evaluaron las pacientes que terminaron, con el auxilio de la técnica "Ejercicio para conocerse", como resultado, las cuatro valoraron positivamente sus cualidades y aceptaron sus debilidades, han mejorado su autoestima y reconstruido su autoimagen en función de ser mujer para sí, el grupo emitió sus evaluaciones que confirman la autoevaluación.

En la Bitácora se comprueba que prestaron ayuda a las demás, y han referido nuevas metas y propósitos, han declarado sentirse aliviadas de preocupaciones y aflicción, sus conocimientos sobre la enfermedad son suficientes para los autocuidados, expresan vivencias salutogénicas, mejoran en autoconocimiento y no se regulan por la opinión de los demás sobre su apariencia, se sienten en control en cuanto a sus emociones para con su situación de salud, dan cuenta de sus pensamientos (véase, anexos 15,16 y 17).

Se discute el PNI orientado en la sesión anterior. Como positivo, señalan la profesionalidad de todos sus médicos, el tiempo "... tan lindo, que les dedicamos", como negativo, desean más tiempo en el grupo, mayor espacio y de interesante, plantean que son los contenidos que reciben cada semana.

### Sesión 3.

Se repite el momento de ingreso y las normas del grupo, se logró que todas se adscriban a ellas, luego de la técnica "Carga pesada", se consiguió que las que inician participen, esta técnica es esencialmente útil para descargar las emociones negativas, el grupo recibió la "carga" y transformó la experiencia en edificante usando las habilidades adquiridas en la detección y detención de pensamientos distorsionados. Se facilitó la ventilación y abreacción, se brindó información.

Se reconocieron virtudes y fortalezas que como regularidad, ayudan al reconocimiento de sí mismo dentro de la complejidad de las condiciones de vida y revela cualidades personales que muchas mujeres no habían reconocido en ellas.

En la comprobación de lo aprendido, se consiguió retomar el tema de la enfermedad, se comparten miedos, mitos y expectativas, el terapeuta incentiva que los recursos salgan del grupo, algunos pacientes verbalizaron sus reflexiones, "... ¿qué significa terapia hormonal, es para los embarazos?", "...muy bueno el folleto, mi esposo me hace preguntas y todo", muchas pacientes pidieron más folletos para distribuir a sus conocidas "...para que no pasen por lo mismo sin ayuda", lo que es señal de elaboración de sus contradicciones en las condiciones de vida. El terapeuta dio apoyo para la clarificación y estimula el resumen.

Se observó, promoción de conductas responsables hacia ellas y los demás y construcción de planes de vida, optimismo, motivación por la tarea, y aceptación del entorno hospitalario. En sentido general en el grupo se observó cohesión, generalización y contraste con la realidad (véase, anexos 16 y 17).

Se logró profundizar en la autorregulación a partir del debate del audiovisual psicoeducativo: "Somos mutantes", se recogieron opiniones positivas sobre la calidad del video y la música. El nivel de elaboración del grupo en cuanto a autoconocimiento de sí, autoimagen y autoestima fue alto, así como sus conocimientos sobre la enfermedad y sobre el control del malestar emocional.

Reflexiona Mg "...más nunca me pongo brava", "...si todo eso pasa en mi cuerpo cuando estoy triste, pues hay que evitarlo". Se plantearon activamente las contradicciones ante las vivencias negativas y el deseo de vivir con mayor calidad, se facilitó la abreacción y modificación del significado (véase, anexos 15 y 16).

La práctica de la técnica "Abrazoterapia", sirvió de marco para retomar la necesidad de afecto, la importancia de la familia y de los demás en la formación de metas y en el amor por sí mismas, se profundizó en cuánto al respeto por sí mismas y cómo lo expresan, así como en sus sentimientos e ideas al respecto, se estimuló el debate.

En este encuentro, se reflexionó sobre las nuevas palabras que han incorporado, casi todas insistieron en el lenguaje técnico que acompaña la enfermedad, se les aclaran, pero se estimulan a reflexionar sobre otras tan importantes como: autoaceptación, autorregulación, autovalía y autoestima, sobre lo que ya han ganado y lo que pueden ganar. Se dio información y se usó la persuasión.

El entrenamiento de la respiración resultó particularmente necesario, casi todas están en quimioterapia, se ponen ansiosas por las náuseas, pero las anticipan, se observó un buen aprovechamiento y poco rechazo al ejercicio, se controla el proceso y se recogieron las inquietudes (véase, anexo 21). Simultáneamente se les instruyó en el empleo de la técnica "aserción encubierta", para el control de la tensión, luego en el ejercicio "Agradezco", que resaltó lo positivo de la sesión, se recogieron expresiones de autoaceptación y satisfacción con el trabajo de ayuda dentro del grupo, se sintieron apoyadas y a la vez útiles a sus compañeras.

Se les pide que practiquen el ejercicio de respiración en la casa y lo compartan con la familia. Se constataron resultados positivos en las egresadas del grupo (anexos 15 y 16). Se transfirió a J3 para consulta de pareja, en la sesión se observaron gestos de tristeza, retraimiento, en el ejercicio de abrazoterapia lloró y dijo "...tengo que traer a mi esposo a que aprenda", el objetivo de la sesión se cumplió, en la Bitácora se plasmó que la cohesión del grupo fue alta y también la comprobación de la realidad.

### Sesión 4

Se comprueba lo aprendido, declararon que: "...el ejercitando mi respiración es muy bueno, logré dormirme bien...", "...conseguí relajarme en la quimio...". Se logró fortalecer el autocontrol y los sentimientos de aceptación, la sesión va dirigida al logro

del amor por sí mismas y aceptación de las cualidades sobre los sentimientos negativos hacia sí.

Las técnicas, “Danza afectiva” e “Introducción a la autoestima” , suscitaron entusiasmo y risas, las mujeres bailan con sus compañeras, se saludan, hacen poses y se muestran confiadas y seguras dentro del grupo, se continua incentivando la autoconfianza en un clima de aceptación y permisividad, al término de los ejercicios se les pide reflexionar en tres direcciones, el cuerpo, el amor por nosotros mismos y las sensaciones y pensamientos que evocó la música escuchada, las reflexiones se devuelven al grupo para resumirlas finalmente. En la Bitácora se anota participación y colaboración total.

El video educativo: “El águila”, permitió el debate y reflexión vivencial, Hg, expresó “...me siento bella, como el águila, lista para volar...”, Mg, dice “...pensaré en eso, mientras me relajo”, el grupo las apoyó, acuerdan tener como lema de la sesión: *renazcamos como el águila*. Las elaboraciones de integración con sus potencialidades en la situación social personal de enfermedad, favorecen el proceso de generalización (véase, anexo 17). Se formularon ejemplos de detección y detención de pensamientos catastróficos. Se clarificaron las metas.

El reforzamiento de la técnica de respiración con el entrenamiento en autorrelajación les pareció muy bueno, les confirió fortaleza y seguridad en sí mismas. La observación y técnica de control de los ejercicios, (véase, anexo 21) confirman los buenos resultados de este tipo de ejercicio para las mujeres. A lo largo de la sesión se les orientó hacia la autorregulación y la resolución de los conflictos consigo mismas que las mantienen inertes, sin movimiento hacia el futuro. La sesión según los objetivos y el PNI fue efectiva.

Todas las programadas para egresar estuvieron listas, se constató una dinámica de cambio de la autovaloración muy superior a la inicial, en la Bitácora se confirman avances en la autorregulación, autoaceptación y proyección a la solución de contradicciones internas y al futuro.

## Sesión 5

Se sistematizaron los conocimientos alcanzados en la sesión anterior, constatándose los avances respecto al conocimiento de sí mismo, de las nuevas representaciones sobre su vida emocional y propiciando una reorganización interna de sí mismas, a

partir del proceso de aprendizaje colaborativo, que de forma cotidiana fueron aplicando en la adaptación a la condición de enfermo y a las características del entorno hospitalario.

Este proceso de comunicación e interacción de aspectos cognoscitivos y emocionales posibilitó la conformación de vivencias, las que se encuentran en la base del sentido, que la información adquiere para la persona.

Reflexionar sobre cómo influyen los juicios y pensamientos en la potenciación de nuestra autoestima y autovaloración, les ayudó a instrumentar las técnicas cognitivas conductuales ya introducidas, y a partir del poema "Aceptación", permitió encuadrar el tema de la pareja y el cuerpo, su belleza y aceptación, además su cuidado. Se da información sobre la autonomía y el desarrollo personal.

Así, expresaba Jb, "...yo no quiero saber de nadie, ni muerta me desvisto...", otras participantes refutan su expresión. En la técnica "el masaje", y el debate sobre la importancia de la autoestima, se hizo hincapié en el valor de los demás en la estabilidad y adecuación de la autovaloración. La discusión del audiovisual educativo: "Amiga", resultó en una reflexión grupal, en que se reconoció la importancia de las relaciones entre las mujeres, y cómo contribuyen a fortalecer la autoestima y la autovaloración. Se resumió y resignificaron los contenidos vivenciales discutidos en la sesión (véase, anexos 16 y 17).

En el ejercicio vivencial "Cómo abrazo mejor la vida" y la relajación con imaginación guiada, fortalecieron las vivencias y conductas salutogénicas, el nivel alcanzado en la adecuación de la autovaloración fue alto en las egresadas, en las mujeres que continúan se trabajó en fortalecer los conocimientos sobre las emociones y el cáncer, con la orientación del estudio de la guía psicoeducativa.

Las emociones que emergieron en el grupo fueron positivas, en general fue un espacio de crecimiento y aprendizaje en el que todas lograron adecuaciones en mayor o menor grado. Se dieron elaboraciones sobre las contradicciones y metas que el grupo debatió animadamente, las pacientes Mg y FI, no participaron.

En sentido general esta sesión resultó positiva, pues las mujeres aprendieron, lograron relajarse y conocerse, adecuando sus aspiraciones y metas a sus condiciones de forma responsable e incorporando sus principales necesidades a los

sentidos personales que, jerarquizados, se expresan en conductas sanas durante el tratamiento.

Sesión 6: Evaluación de la fase *multiempuje*.

Las sesiones en grupo proveen un primer momento de cambio, *multiempuje*, y de ella resultan recomendaciones para la fase de consolidación, donde continuará el proceso de reconfiguración de la autovaloración por seis meses, ello les confiere mayores posibilidades para lograr estabilidad en los cambios psicoterapéuticos.

Esta fase se desplegó en los encuentros del siete al doce, finalizando en la sesión de evaluación final, la número 13, en que se integran las evaluaciones sistemáticas y puntuales a los resultados de la satisfacción, para verificar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico propuesto, en ella la concepción integrativa que se ha venido desarrollando permitió atemperar el tratamiento de acuerdo al resultado y características de cada mujer, con un carácter dinámico.

A modo de concretar una aproximación al proceso individual de mejoría continua durante la intervención psicoterapéutica, se ofrece el reporte de un caso en su análisis longitudinal, el mismo fue extraído de la bitácora de cambios.

Estudio de caso.

En fecha: 26/5/2011, la paciente CHG, 45 años, sala 4, cama 5, soltera con un hijo de 9 años, vive sola, trabaja como educadora de círculos infantiles en Encrucijada, asistió a consulta de casos nuevos por masa dura en mama izquierda, luego de la biopsia de aspiración por aguja fina se determina fecha de seguimiento. Al confirmarse el diagnóstico de carcinoma infiltrante de mama, se le planifica para cirugía. En la fecha del ingreso, recibe la visita del equipo médico que le explica los pormenores de la intervención quirúrgica, la paciente consiente con el proceder y la psicóloga procede al llenado de la historia clínica en su apartado psicosocial.

MI: Cirugía por cáncer de mama.

HEA: Se encuentra sentada en su lecho, se observa un buen estado físico, adecuada presencia personal, organización en su mesa de luz y entorno general, buena orientación, comprensión y lenguaje, acompañada por una prima materna, esta se observa implicada en la situación, atenta a la paciente y cercana físicamente.

La paciente colabora con la entrevista, informa que no ha tenido antecedentes de trastornos nerviosos anteriormente, sobre su personalidad premórbida refiere, que se

considera una persona apacible, más bien callada, gusta de su hogar y tiene pocas amistades, con las que mantiene frecuentes contactos, recibe ayuda de estos y de sus familiares para enfrentar la enfermedad.

Dice ser fuerte y perseverante, que no se amilana con facilidad, pero con dificultades para expresar sus emociones y abrirse a los demás. Actualmente muy preocupada por su hijo, pues no mantienen relaciones con el padre desde que era muy pequeño, cree que ella puede morir y dejar solo a su hijo, por esto se siente triste, con deseos de llorar, insomnio e inseguridad para con su futuro, comprende que la operación es importante, “lo de menos es la mama”, así como el tratamiento ulterior, pero se siente angustiada porque sabe que tiene una escasa red de apoyo.

Además le preocupa la caída del cabello, “en un lugar tan pequeño como en el que yo vivo, todo el mundo va a estar mirándome”, así como la debilidad física y el traslado al hospital para cada suero.

Se le propone integrarse la intervención psicoterapéutica, que comenzará con un grupo, se le explica el funcionamiento, los beneficios que le reportaría y las condiciones de asistencia a este, de inmediato consiente en su incorporación, se le asegura que estaremos con ella en el postoperatorio. El contacto durante el pase de visita y la relación de ayuda psicológica los días siguientes se mantendrá.

CAS: Orientación psicológica sobre autocuidados y condiciones preoperatorios, manejo del estrés en la sala de operaciones.

30/5/2011. La paciente, recién operada yace en su lecho, ya fue curada, se queja de dolor. Al quedarse a solas con la psicóloga, expresó sus temores y se comienza a llorar, expresó múltiples temores e inseguridades que dejan traslucir el insuficiente conocimiento del estadiamiento y de la enfermedad, miedo a verse la herida quirúrgica, al futuro y a la reacción de su hijo.

Se reinicia la relación de ayuda y se da apoyo psicológico, su acompañante está tan tomada afectivamente como ella, por lo que también se incluye en las orientaciones para el control del estrés, al rato ambas están más sosegadas.

Luego del consentimiento informado se ofrecen las características del contrato psicoterapéutico. Se inicia la primera sesión de diagnóstico, donde se precisan algunos datos de la entrevista y la observación. Se acuerda recomenzar la evaluación psicológica al día siguiente.

31/5/2011. Luego del pase de visita, la paciente se observa con mejor estado físico y anímico, se irá de alta en la tarde, se retoma la evaluación psicológica, se completan la entrevista y los demás instrumentos que se han ido completando con las informaciones del día anterior, mientras se observa si la paciente da muestras de cansancio, en este caso fue posible terminar en el resto de la mañana. Se le informan los resultados, en este caso, en general subvaloración en los indicadores de la autovaloración, *autoconocimiento* subvalorado, no reconoce en sí cualidades que le permitan enfrentarse a la enfermedad, conoce algo sobre ésta, alrededor del 50% de respuestas correctas; *autoestima*, baja con pobre reconocimiento de los cambios corporales, no cree que pueda asimilar su autoimagen.

En *elaboración crítica*, sobrevaloración de los obstáculos y subvaloración de sus posibilidades, acepta las frustraciones, aprende de los fracasos, tiene capacidad de lucha y reconoce su valor intrínseco, por lo demás tiene claras sus principales necesidades y motivaciones por vivir y recuperarse, pero solo en función de su rol como madre, ella misma "...pudiera morir".

Se siente incómoda en el hospital por la poca privacidad, timidez e introversión; en cuanto a la expresión de las necesidades se encontraron niveles medios de ansiedad estado y rasgo, depresión estado alto, con peculiar medio, fácil claudicación, ve pocas oportunidades de mejorar y resistir la enfermedad, tiene fuertes reacciones emocionales, en el indicador de *expresión dinámica* le preocupa ser visitada por sus vecinos y lucir tan mal, baja resolución de las principales contradicciones, le da vergüenza que la miren.

En el *planteamiento activo de las contradicciones, metas y expectativas de logro*, se evalúa como pasiva, le da miedo trazarse metas, poca confianza en el futuro.

ID: Inadecuación de la autovaloración a tipo subvalorada

16 de junio. Sesión 2. Se integra al grupo psicoterapéutico, la oncóloga no informó ninguna contingencia en la historia clínica, su evolución fue favorable en el postoperatorio, va a recibir su primer suero al día siguiente.

Entra al local donde sesiona el grupo insegura, con las manos entrelazadas, buscando un lugar donde acomodarse, su acompañante se marcha. Como parte de su presentación, cuando ella menciona su nombre todas las compañeras del grupo le dicen a coro, "te queremos" y ella sonríe.

## *Análisis de los Resultados*

Expone sus miedos como parte de la técnica de caldeamiento: “carga pesada”, su lenguaje es fluido y correcto, seguro, sin toma afectiva. Expresa que el principal problema, sigue estando en relación con el temor a la muerte y su preocupación por dejar solo a hijo, además de la apariencia física, “...en un pueblo pequeño, todo el mundo te conoce”, pero declara que está lista para trabajar en función de mejorar, “...sin importar cuanto cabello se me caiga”, ya en el desarrollo de la sesión, su comportamiento se reflejó en las siguientes recomendaciones en la Bitácora:

- Incentivar su fortaleza dándole mayor protagonismo dentro del grupo.
- Mejorar la timidez que le hace difícil expresar sus ideas sobre las demás.
- Reforzar las cualidades volitivas, mejorar conocimientos y control emocional.

En las sesiones siguientes según su bitácora, tuvo una favorable evolución, buena participación, preocupación por mejorar su presencia personal, aprovechamiento de los ejercicios para el hogar, aprendió los ejercicios de relajación y mejoró el autocontrol emocional.

Reafirmó sus cualidades personales y fortalezas, aún persiste un temor fuerte a separarse de su hijo, incluso para una hospitalización breve, se muestra alegre, comunicativa, segura de sí misma, interactúa con médicos, demás personal y pacientes con desenvoltura. En la evaluación final grupal la autovaloración evidenció tendencia a la adecuación. Se le orientó llevar un autorreporte de sus vivencias y continuar encontrándose con la psicoterapeuta una vez por mes.

Sesiones 7-9. En la fase de consolidación de los cambios, se le percibe segura y confiada, viene puntualmente, siempre acompañada por alguna amiga o familiar, se consideró un elemento a tener en cuenta para trabajar la independencia. Buena presencia personal, comunicativa y algo extrovertida, sin llegar a ser locuaz.

En el autorreporte indicado en la sesión anterior, apenas marca vivencias negativas, sin embargo se mantiene el miedo a la muerte, a la recaída, pero ello no impide la satisfacción de sus necesidades, ha logrado una alta capacidad resiliente, se nota alegre y vivaz, ejecuta acciones conducentes a sus autocuidados. Entre sus preocupaciones sigue estando presente el hijo pequeño.

Se fortalecen sus logros, retomando el tema del autoconocimiento, reafirmando las potencialidades y fortaleciendo la autoestima. El tema de la técnica “Como me veo, me verán”, y los Ejercicios para conocerse, se debate intensamente, en ellos

demuestra autoconfianza y aceptación, y se enfatiza en ello para la reflexión individual. Al final se retoma la práctica de la autorrelajación y se rellena el control para el seguimiento de sus beneficios. Se orienta mantener el autorreporte y el uso de las técnicas que garantizan el autocontrol.

En la décima sesión, lo más importante es que informó insomnio, vuelve recurrentemente, su preocupación por una recidiva y por su hijo. Se le da apoyo y clarifican sus temores, se refuerzan las habilidades en detección y detención de pensamientos, en relajación e imaginación, para renovar su confianza en sí misma. Se utilizan recursos de persuasión sobre sus logros, para reforzar la sensación de control y autorregulación.

En las sesiones siguientes, 11 y 12, ha mejorado el insomnio y seguridad en sí misma, inquieta por la alopecia que continúa movilizando sus defensas, mejoró la debilidad física y la aversión por los alimentos, consecuentes a la quimioterapia, los sueros fueron asimilados. Si bien al final de su tratamiento psicoterapéutico aún queda miedo por la muerte y la soledad de su hijo, ya tiene crítica de esta situación y tomó medidas en este sentido permitiendo el acercamiento del padre.

Sesión 13. Se reafirman sus cambios para determinar conductas a seguir. Su evaluación final fue de progreso con un movimiento favorable de la autovaloración en la situación de enfermedad, en un análisis más pormenorizado se apreció ponderación de las cualidades y fortalezas personales para enfrentar la enfermedad, conocimiento adecuado de ésta, alta autoestima y una autoimagen reconstruida, según sus valores, aceptación de la pérdida de la mamá como premisa para vivir y de su imagen corporal.

Expresó sus principales necesidades resumidas en vivir y mantener la salud con una conducta salutogénica, evitando los pensamientos y emociones negativas, lo que se comprobó en su comportamiento. Hasta el momento de esta evaluación mantenía claras sus prioridades, y controlaba sus principales contradicciones con respecto a la enfermedad y sus posibilidades.

Mantén clara su decisión de vivir para sí. Su hijo, continuaba entronizando sus preocupaciones, conservaba sin resolver aún, la ambivalencia de darle mayor libertad e independencia, debido a la importancia que le concede a su rol como madre y su necesidad de objetivarlo en una relación de dependencia.

Tenía y realizaba proyectos y planes de vida, entre los que sobresale la visita a mujeres con su misma patología, en su localidad de residencia. Mostró en la encuesta satisfacción por la intervención psicoterapéutica integrativa recibida.

### **3.5 Evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica.**

Para constatar la efectividad de la intervención psicoterapéutica integrativa recibida, se tuvo en cuenta todo el proceso dinámico de cambio de la autovaloración de las mujeres, desde la línea base hasta los ocho meses de implementación.

Los resultados de la tabla 20, (anexo 28), luego de la intervención (2 meses), por la comparación de medias arrojó, que el nivel crítico,  $p=0,000$  es menor que  $\alpha=0,01$ , por tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Asumiendo varianzas iguales, con un nivel de confianza del 99 %, se concluye que hay suficiente evidencia estadística como para suponer que el número medio del índice de autovaloración en el grupo de estudio, difiere muy significativamente con el grupo testigo y consigo mismo desde la línea base (tabla 21, anexo 28).

En la tabla 22. esta se aprecian los índices de la autovaloración alcanzados por el grupo de estudio en relación al después (2do mes) y al final (8vo mes), con respecto a la pre-prueba, resultando en todos los casos la significación menor de 0,001, por lo que se consideran las diferencias muy significativas, entre estos momentos, con un nivel de confianza del 99 %. (véanse, gráficos 4-7, anexo 29)

Esta diferencia, señala progreso o estabilidad con valencia positiva en la dinámica de cambio en aquellas que fueron tratadas en modalidad integrativa, con mayor capacidad resiliente y elementos salutogénicos, que se mantienen a los ocho meses en que fueron evaluadas nuevamente los dos grupos, como indicador de efectividad de la intervención, y como se observa en la tabla 23, (anexo 28), con un nivel de significación de  $\alpha=0,000$ , el grupo de estudio alcanzó una media de 0,77, definido operacionalmente como: autovaloración adecuada, superior al grupo testigo, que presenta una media de 0,58, definido en el borde mínimo, como tendencia a la adecuación.

Resulta valioso, el ligero movimiento registrado en el grupo testigo, pues aunque muestra un ligero avance, el volumen de pacientes y los propios criterios de inclusión, no siempre permitirá la inclusión de la totalidad de las afectadas en la

modalidad que propone la autora. (véase tabla 24, anexo 28; gráficos 4, 5 y 7, anexo 29)

Existen igualmente, otros reportes que confirman la efectividad de las intervenciones psicológicas en cáncer de mama (Barraza, 2009; Bellver, 2007; Berger *et al.*, 2009; Sebastián *et al.*, 2007; 2009)

Al análisis interno de ambos grupos, la dinámica de cambios gana en matices. En la tabla 25, (anexo 28), se observa que a los dos meses en el grupo de estudio se obtuvo, un 21,6% (48) de adecuación, evidenciándose tendencia a la adecuación en la autovaloración en el 45,9% (102), se conservaba aún una tendencia a la inadecuación en 32,4 %, lo que denota los cambios significativos y medios alcanzados en los procesos autorreferenciales, después de culminada la fase de multiempuje. Mientras el grupo testigo tuvo un 32,0% de inadecuación, en tanto 39, 2% tienen una tendencia inadecuada y tendencia a la adecuación en 28,8 %. (véase gráfico 5)

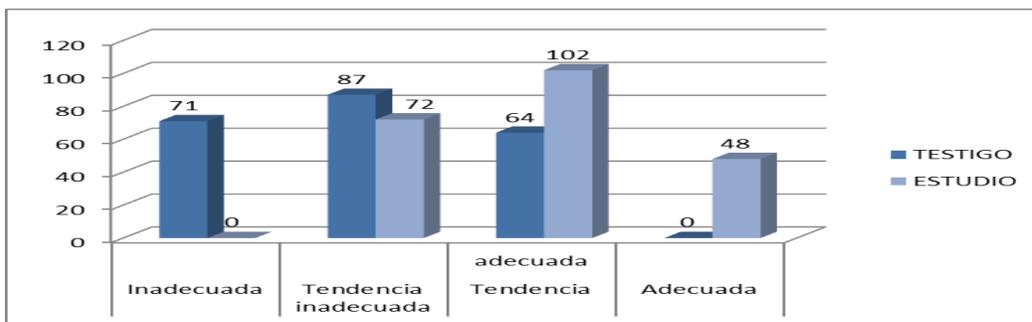


Gráfico 5 Dinámica de cambio cualitativo Índices de autovaloración ambos grupos 2do mes. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara. 2012

Fuente: Multimetódica. Sig.= ,000

En el análisis de la dinámica de cambios al término de la intervención a los 8 meses, se pudo constatar que existieron cambios muy significativos con respecto a las evaluaciones de los dos meses en el grupo de estudio, 23 mujeres que antes permanecían en tendencia inadecuada, han progresado en los indicadores de expresión de la autovaloración, la tendencia a la adecuación además registró un ligero decrecimiento (4) a favor del incremento del número de mujeres que en este momento de cierre de la intervención mejoraban a adecuación (27), con una posición más

favorable a su situación social de salud-enfermedad.(véase gráfico 8, tablas 27, 28, anexos 28 y 29)

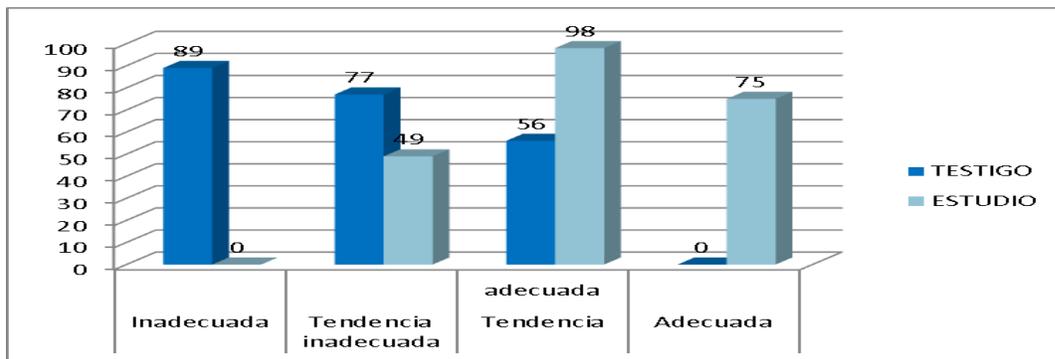


Gráfico 8 Dinámica de cambio cualitativo Índices de autovaloración ambos grupos 8vo mes. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara. 2012

Fuente: Multimétrica. Sig.= ,000

De estos resultados se puede interpretar que la influencia de la intervención psicoterapéutica logró generar un movimiento de cambio favorable a la autovaloración de las mujeres con cáncer de mama no metastásico, cualitativamente superior con respecto al grupo testigo y a la línea base.

Fueron ostensibles en este sentido además, la tendencia registrada a mejoras importantes en el nivel de autoestima y en su expresión en conductas y cuidado personal, en la estabilidad del autoconocimiento, hubo vivencias de optimismo y espíritu de lucha, de concreción de las necesidades de sobrevivir para sí, con resolución de sus contradicciones, concretadas en metas y aspiraciones. Lo cual se manifestó en la conducta asumida en la nueva situación social de enfermedad, con evidencias de un desarrollo desde la zona de asimilación de esta situación (pre-prueba), hacia una zona reconstruida, salutogénica, mejor autorregulada, sin dependencia y con relaciones de aceptación y ayuda para las demás.

Lo anterior se ratifica en la declaración de Md, de 54 años, Licenciada en Cultura física, que expresaba en la técnica "Ej. para conocerse": "...uno cree que es fuerte y me pasaba la vida arengando a mis atletas, pero en algún momento me olvidé de que yo también podía vencer los obstáculos, hoy sé que sí puedo, que ya vencí al cáncer una vez y estoy dispuesta a seguir luchando por este presente que es la vida, aprendí

con ustedes a amarme y pensar bien de mí, porque soy única y sé lo que valgo, no solo para mi hijo, también para mí...”

En el grupo testigo, por el contrario, existió movimiento hacia vivencias positivas sobre sí, mejoró la autoestima a niveles medios, pero aún no se expresa en estilos de actuación salutogénicos. Se combinan vivencias emocionales con un contenido ambivalente, en relación con las circunstancias, no evidenciaron estabilidad. La mayoría de las mujeres permanecen estables con valencia negativa. ( véase gráfico 5 y 7, anexo 29)

Igualmente, la atenuación de las vivencias negativas no obedece a un autocontrol consciente, requieren ayuda de los familiares, parejas y amigos en muchos casos, manteniendo relaciones de dependencia. Reconocen sus virtudes y valores pero sólo en provecho de otras personas, hijos, esposo, familiares, compromiso emocional con el equipo de salud con balance más hacia este, que hacia sí misma, cierto grado de indefinición y desconcierto. La diferencia más importante estriba en el optimismo, la autoaceptación y la autorregulación.

En tal sentido, en la (PCFR), Ec, expresaba: “...mi mayor preocupación es mi hijo, no quiero que sufra por mí y salga mal en sus estudios, no sé cómo voy a terminar yo por lo que trato de enseñarle todo, ahora que estoy bien...”

Adviértase, la proyección hacia el futuro y el tono de las vivencias sobre la enfermedad, cómo difieren de uno a otro caso, así como la autorregulación en la situación de enfermedad, lográndose autodeterminación en el grupo de estudio.

En la tabla 28, (véase anexo 28) se analizaron los indicadores de la autovaloración en su dinámica de cambio, luego de la intervención en el grupo de estudio, obsérvese que en los de contenido, donde se expresan las creencias y percepciones sobre sí mismo y sobre la enfermedad, se registraron los movimientos hacia el cambio más modestos, pero igualmente satisfactorios.

En el indicador autoconocimiento, la comprensión de la evolución del cáncer, como situación real de vida, mejoró con respecto a la línea base, pero se expresa aún con tendencia a la inadecuación, 0,40, a pesar de que logran comprender su situación favorable y autoevaluarse adecuadamente en salud, 0,84, igualmente el autoconocimiento y la estabilidad en las autopercepciones con independencia de los demás mejoró hasta la adecuación, 0,91.

Nótese, que la comprensión de la evolución de la enfermedad conlleva a la explicación de las repetidas micropérdidas que la caracterizan, por lo que resulta difícil mantener la apropiación en una posición estable, en lo que se concuerda con otros autores (Chang, 2007; Fuentes & Blasco, 2010; Sebastián *et al.*, 2007).

La autoestima se mantiene alta, 0,79, sin embargo, la autoimagen, luego de una mejoría a los dos meses, 0,76, disminuyó nuevamente tras completar los ciclos de quimioterapia, con un índice de 0,47, confirmando su estabilidad y la dificultad de su modificación, a tenor de que la mutilación del pecho es irreversible y al final los tratamientos llegan a ser agotadores. (véase tabla 28, anexo 28)

Coincidentemente, concretándose fundamentalmente a la imagen corporal y la autoestima, en todas las publicaciones se reportan mejor adaptación a los tratamientos y elevación de la calidad de vida de las pacientes, que cuentan con ayuda psicológica (Moreira & Canavarro, 2012; Lam *et al.*, 2012).

Con respecto a los indicadores de proceso, los resultados fueron mejores por involucrar, valoraciones y evaluaciones de alto contenido volitivo, en tal sentido, las pacientes logran una elaboración crítica y consciente de los obstáculos, consiguen mejorar la autoconfianza, hasta un índice de 0,70, con una comprensión y sentido personal, muy adecuados de sus potencialidades, la aceptación de ayuda y la retribución de ésta, los índices de autocontrol que las mujeres reportan al final son altos, de 0,83. Parecidos resultados lograron en estudios previos otros colaboradores (Alfonso, 2011; Pascual, 2010).

Las mujeres del grupo de estudio, llegaron a ser conscientes de sus necesidades, más importantes, no solo las de salud, convirtiendo estas en motivos de su conducta, con sentido personal frente a los autocuidados, sus vivencias negativas, al final van alcanzando cierta atenuación, sobre todo las depresivas 0,60, las de angustia e inquietud, se mantienen medias, 0,52. Cabe significar que en tal sentido, lograron incorporar las herramientas necesarias para el autocontrol ante las contingencias, habida cuenta de que la experiencia de vivir con cáncer es altamente ansiógena. En coincidencia con otros estudios (Chang, 2007).

Es de señalar que se observó la emergencia de conductas proactivas en cuanto a las aspiraciones, con optimismo. Lograron vencer la aversión alimenticia, controlaron por medios no farmacológicos la ansiedad anticipatoria que provocaban los sueros y el

insomnio. Consiguieron disfrutar de la cotidianidad y el afecto de sus familias, tal como han reportado otros estudios (Alfonso, 2011; Pascual, 2010; Sebastián *et al.*, 2007).

Demostraron capacidad de resolver las principales contradicciones, en consonancia con sus aspiraciones y mejores índices de optimismo en cuanto a la salud, 0,86, mayor satisfacción y seguridad en sí mismas, logrando relativa independencia de los amigos y familiares y disfrute de la relación de pareja, con mejores índices de vivencias positivas 0,71, y reconocimiento de sus virtudes, como carácter, 0,79, e inteligencia, 0,63, con aceptación de su presencia personal 0,73, y de su persona en general 0,84. (véase tabla 28, anexo 28)

Consiguieron la elaboración de metas y planes futuros y mejores estándares de autorregulación, 0,86, resultando en un índice general de 0,76, representativo de la adecuación de la autovaloración, significativamente más óptima que el nivel en que comenzaron, 0,38. (véase tabla 28, anexo 28)

Con este estilo de regulación, basado en el conocimiento y el autoconocimiento, la capacidad de la persona de tomar conciencia de sus necesidades, motivos y decisiones aumentó (conciencia de su estilo de regulación psíquica o autoconciencia) y logró mantenerse estable por sus propios recursos con relativa independencia de las contingencias de la enfermedad, lo que se manifestó en que no existen diferencias luego de ocho meses, en la autovaloración de las mujeres, en coincidencia con los resultados reportados por un programa de atención integral (Gómez, 2008) y otras intervenciones en esta población (Arraras *et al.*, 2010; Ochoa *et al.*, 2010; Alfonso, 2011; Pascual, 2010; Sebastián *et al.*, 2007).

Cualitativamente la diferencia entre los grupos estudio y testigo se manifestó como se observa en la tabla 27, para el grupo de estudio ocurrió una dinámica de cambio favorable a la recuperación de la autovaloración, con un predominio de mujeres en progreso con 173 para un 77, 9%, con valoraciones positivas de sí y 49 mujeres, 22 % en la categoría: estable con valencia positiva. No se reportaron casos con retroceso al final de la intervención. El grupo testigo, tuvo 56 mujeres en progreso, para un 25,2 % que alcanzaron una tendencia a la adecuación, 113 estables con valencia negativa 50,5 % y 38 retrocesos para el 17 %.

Tabla 27: Dinámica de cambios psicoterapéuticos, en los tres momentos, ambos grupos.

Grupo	Categorías	Momentos evaluativos		
		Línea base	dos meses	Ocho meses
Estudio	Adecuación	0	48	75
	Tendencia a la adecuación	0	102	98
	Tendencia a la inadecuación	104	72	49
	Inadecuación	118	0	0
Testigo	Adecuación	0	0	0
	Tendencia a la adecuación	0	67	56
	Tendencia a la inadecuación	93	87	77
	Inadecuación	129	71	89

Fuente: Fuente: Multimetódica. Prueba de Friedman Sig.= ,000

Luego del análisis anterior realizado a los primeros indicadores de efectividad se pudo constatar la existencia de una dinámica de cambio en la reconfiguración de la autovaloración en las pacientes tratadas en la modalidad propuesta, evidenciada en los indicadores de contenido y de proceso, concretados en un nivel cualitativamente superior a la pre intervención, confirmándose la estabilidad de cambios psicológicos favorables en la autovaloración de mujeres con cáncer de mama no metastásico, luego de ocho meses de aplicación de la intervención psicoterapéutica integrativa.

Otro de los indicadores de efectividad de la intervención fue que fuese independiente del psicoterapeuta, no encontrando diferencias del índice calculado de autovaloración en los dos meses posterior a la intervención psicoterapéutica, entre ambos:  $T_a = ,79$ ,  $T_p = ,76$ , tampoco a los ocho meses  $T_a = ,78$ ,  $T_p = ,76$  (véase, tabla 29, anexo 28). Las pruebas estadísticas T para igualdad de medias y de muestras independientes de Levene para la igualdad de varianzas arrojó un valor de 0,110, a los dos meses y de 0,188, a los ocho, mayor que 0,05.

Luego de dos meses hubo valores atípicos en seis mujeres del grupo del psicoterapeuta auxiliar, señaladas con los números, 17, 18, 20, 21, 47 y 48, obedecen según el estudio de sus bitácoras de cambios de grupo, en su mayoría a frustraciones por el planteamiento de metas muy elevadas y poco realistas en cuanto a los plazos de tratamiento de la enfermedad. Ello resultó de pacientes que están por debajo de la media de su grupo, pero aun así, se mantienen muy por encima de su posición en el

inicio del estudio, por lo que puede inferirse, que no se debe a la influencia del terapeuta, sino a situaciones específicas de sus vidas. En la evaluación del cierre a los ocho meses solo dos mantenían esta situación. (véase anexo 29, gráfico 6)

Es contraproducente la tendencia de algunos médicos de no dar a conocer el protocolo de tratamiento de sus pacientes, lo que se tradujo en incertidumbre en algunas de ellas y en espejismos de rápida curación en otras. Acerca de este particular se han realizado otros estudios que confirman los resultados expresados (Navarro, Limonero, Mate, Gómez, 2010; Suarez, 2005; Rufino *et al.*, 2010).

Los resultados obtenidos indicaron que las mujeres atendidas por ambos psicoterapeutas, no difieren en los cortes evaluativos realizados y la evidencia de cambio psicológico en la autovaloración, alcanzó resultados psicoterapéuticos muy cercanos.

La realización de encuestas de satisfacción a todos los participantes, luego de la intervención psicoterapéutica integrativa, evidenció un 100% de satisfacción. (Tabla 30, anexo 28).

En general, las mujeres se expresaron satisfechas con los cambios en cuanto a la autoimagen y autoestima, reconociendo que a partir de la experiencia psicoterapéutica vivida, se reconocen mejor como mujer, están más satisfechas consigo mismas y tienen un mejor control de sus emociones, lo que les ha ayudado a sentirse capaces de enfrentar la enfermedad. La intervención satisfizo las aspiraciones del grupo de estudio, con preferencia por la modalidad grupal de atención, así como con los recursos empleados en la fase individualizada.

De las técnicas usadas las más reconocidas por las pacientes fueron, los videos educativos y la guía en primer orden y luego las técnicas reflexivo- vivenciales. Similares resultados en estudios de intervención para mejorar la autoimagen obtuvieron (Falcão *et al.*, 2002, García & Domínguez, 2010; Sebastián *et al.*, 2007).

Los familiares revelaron total satisfacción y predilección por la guía y las tareas para el hogar, que les conferían la oportunidad de establecer un diálogo con sus pacientes, centrado en el problema de salud. La guía les permitió además, usarla como refuerzo para estimular en sus pacientes conductas salutogénicas, conducentes al logro de propósitos como: esforzarse por comer mejor, dormir sin psicofármacos y relajarse durante los sueros.

Algunos familiares expresaron, que este producto educativo "...fue la primera y única posibilidad para entablar una conversación sobre la enfermedad con su paciente", anterior a este instrumento en la familia se imponía el silencio y la evitación, (conspiración de silencio), por otra parte reconocieron que diversos tópicos resultaron de ayuda, incluso para ellos y que en resumen todas las aspiraciones que tenían sobre el tratamiento psicoterapéutico, fueron cumplidas.

Igualmente otros reportes de intervención psicológica con familiares de pacientes oncológicos, han declarado alta satisfacción con la ayuda recibida (Buscerni, Font, Viladricht, 2010; Treto, 2009).

Los integrantes del equipo médico resultaron satisfechos con la intervención. De acuerdo a sus opiniones, la propuesta "...favorece el cumplimiento de las indicaciones médicas", las pacientes se autorregulan mejor, no expresan ansiedad, la tristeza se redujo y el temor se había controlado, les satisfizo además, que se alivia la espera frente a sus consultas y les da la certeza de que las pacientes comprenden el proceso de tratamiento que están enfrentando.

Refieren que "...desde el punto de vista asistencial, la opción psicoterapéutica desarrollada ha facilitado el manejo de la situación de ansiedad generada por el diagnóstico, por el conocimiento que han logrado de las características de sus pacientes".

En consideración con estas profesionales, las pacientes se manifiestan más proactivas y seguras de sí mismas, mejoran su apariencia personal y satisfacción por la vida. Para las oncólogas fue de ayuda porque "...el clima de animación y afecto nos contagiaba también", "...ayuda mucho al trabajo, las mujeres son más conscientes de lo que deben hacer y están más serenas".

En definitiva como resultado de este último indicador de efectividad se logró un predominio de la satisfacción en las pacientes objeto de estudio, en cuanto a los beneficios aportados por la intervención psicoterapéutica, reafirmada por el criterio favorable de sus familiares con los logros evidenciados en ellas y por el criterio médico respecto a la estabilidad clínica de la paciente durante el tratamiento.

Las reflexiones hasta aquí planteadas permitieron aseverar que, la intervención psicoterapéutica con enfoque integrativo, para la potenciación de la autovaloración,

## *Análisis de los Resultados*

aplicada en el ámbito hospitalario a mujeres con cáncer de mama no metastático, resultó de alta efectividad conforme a los criterios propuestos.

**Conclusiones.**

- Los indicadores de expresión de la autovaloración para mujeres con cáncer de mama identificados a partir de los recursos metodológicos, permitieron orientar la investigación, ellos fueron: autoconocimiento, autoestima, elaboración crítica, expresión de las necesidades conscientes del paciente actuales y futuras y tendencias motivacionales orientadoras de la actividad formadoras de sentido personal, en el referente de sí mismo y en el actuar cotidiano, expresión dinámica de las contradicciones del paciente en una situación real de relaciones sociales de vida y con el otro y planteamiento activo de las contradicciones, logros y expectativas de éxito, concretado en el proceso de colaboración con el otro. Se confirman la centralidad de la autoestima como indicador más dinámico y la autoimagen como el más estable.
- Las características de la autovaloración en las mujeres en tratamiento oncológico por cáncer de mama no metastásico, previo a la intervención, fueron: predominio de la tendencia a la inadecuación a forma de subvaloración para ambos grupos, además prevaleció la apreciación de cualidades negativas, tanto físicas como en recursos psicológicos frente a la enfermedad, con pesimismo, minusvalía y estancamiento. Las necesidades básicas, no se expresan en el autorreferente y en su comportamiento en la actividad, pues los objetivos propuestos por las mujeres se encontraban por debajo de sus posibilidades reales. No se establecieron un nivel de pretensiones que estimulara la elaboración de las contradicciones fundamentales, derivadas de su situación real de relaciones sociales de vida y con los otros; evidenciándose inadecuación en la autorregulación y en la autoaceptación de sí.
- Se logró diseñar una intervención psicoterapéutica con enfoque integrativo, para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico, a partir de sus necesidades y el criterio ofrecido por expertos. En las trece sesiones de ayuda psicoterapéutica individualizadas, se enfatizaron las técnicas reflexivo-vivenciales.

- La intervención psicoterapéutica integrativa aplicada, potenció una dinámica de cambio favorable en la autovaloración de mujeres con cáncer de mama no metastásico, en tanto propició un mejor autoconocimiento y autoestima, influyó en una elaboración crítica más coherente, en la expresión dinámica de las necesidades conscientes y en el planteamiento activo de las contradicciones, logros y expectativas de éxitos, acordes con el conocimiento y la aceptación del estatus de enfermedad, con mejor autorregulación. Los parámetros con menor movimiento fueron la autoimagen, la comprensión de la evolución de enfermedad y las vivencias de ansiedad.
- La intervención psicoterapéutica integrativa, resultó efectiva al lograrse una dinámica de cambio en la reconfiguración de la autovaloración en las mujeres con cáncer de mama no metastásico, favorable a su estabilidad luego de ocho meses de aplicación, con independencia del psicoterapeuta que la ejecutó y predominio de la satisfacción en las pacientes, sus familiares y médicos.

**Recomendaciones.**

1. Continuar desarrollando esta línea de investigación extendiéndola a la atención primaria de salud, donde puede ser útil en el trabajo psicoterapéutico con las pacientes con cáncer de mama, en las labores de prevención y en el logro de una participación familiar más efectiva.
2. Sistematizar y extender este resultado, con la aplicación de la intervención psicoterapéutica integrativa en otros centros hospitalarios, para la atención a mujeres con cáncer de mama, teniendo en cuenta su efectividad en la adecuación de la autovaloración y la factibilidad de su aplicación.
3. Socializar los resultados alcanzados, de manera que favorezca la formación de los especialistas en la necesidad de un tratamiento integral de la paciente con cáncer de mama, y se contribuya a un enfoque holístico y humano en los protocolos de abordaje terapéutico de la enfermedad oncológica.

## Referencias bibliográficas

### Referencias Bibliográficas.

1. \_\_\_\_\_ (2011) Investigación en Psicooncología. Disponible en: <http://www.humanas.unal.edu.co>
2. \_\_\_\_\_ (2009) Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. Disponible en: [www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/](http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/)
3. Agüero, C.; De la Paz, A.; Ferrer, I.; Abreu, C. (2003) Pesquisa de cáncer de mama. Arch. méd. Camagüey; 7(2), mar.-abr. tab. Extraído: sept./2011. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/v7n2/546.htm>.
4. Aguirre, A. (2012) *Estilos de afrontamiento, autovaloración y estados afectivos en hombres laringectomizados por cáncer de laringe*. Trabajo de Diploma sin publicar. Santa Clara. Villa Clara. Lic. en Psicología. Universidad Central de Las Villas (UCLV).
5. Alarcón, A. (2011) Manual de Psicooncología. Extraído 27/9/2011. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-26/index.html>
6. Alfonso, A.B. (2011) *Intervención psicoterapéutica dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico*. Trabajo de Diploma publicada. Santa Clara. Villa Clara. Lic. en Psicología. UCLV. *Psiquiatría.com* <http://www.psiquiatria-online.com/Interpsiquis2011/2011/terapia-cancer-de-mama.html>
7. Alfonso, L. (2008) *Autovaloración y estilos de afrontamiento en la mujer recién mastectomizada por cáncer de mama*. Trabajo de Diploma publicado. Santa Clara. Villa Clara. UCLV. Editorial Samuel Feijoo.
8. Alonso, A. (2004) *Psicodiagnóstico Clínico*. Universidad de La Habana.
9. Alonso, A. (2004a) *Principales Alteraciones de la Actividad Psíquica y Técnicas para su Determinación*. Universidad de La Habana.
10. Álvarez, M. & Maggio, E. (2012) El Yo. Consideraciones Generales. URL: [grafologia@fibertel.com.ar](mailto:grafologia@fibertel.com.ar)

## Referencias Bibliográficas

11. Amaro, M., Bautista, L., Arrieta, R. (2007) Correlación de factores de riesgo y hallazgos clínicos para cáncer mamario en pre y posmenopáusicas. extraída: mayo /2010. Disponible en: *Rev Fac Med UNAM*; 50 (3):110-4.
12. Anuario Estadístico de Salud 2010. (2010) Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, abril 2011. Extraído febrero /2012. Disponible en: <http://www.cielo.sld.cu>
13. Argote, L. et al. (2010) Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el hospital Julio Trigo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*;11(1):3-6
14. Arndt, E. (2008) Psicológicos y Cáncer de Mama. extraída: Octubre / 2008. Disponible en: <http://www.muheresy salud.com>
15. Arraras, J.I., Arias de la Vega, F., Asim, G., Arrazubi, V., Manterola, A. Morilla, I. (2010) Evaluación de la satisfacción de los cuidados del paciente oncológico. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología*. Vol 7, núm. 1, pp 35-50.
16. Arregui, I. (2012) Eye Movement Desensitisation and Reprocessing. Disponible en URL: <http://www.galene.es/emdr.html>
17. Artiles, L., Otero, J., Barrios, I. (2007) *Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud*. Editorial de Ciencias Médicas. [CD ROM]
18. Asociación Nacional Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) y Asociación Española de Neuropsiquiatría de Barcelona (2006), Declaración Sobre La Consideración de la Psico-Oncología y/o Psicología Clínica de la Salud como Área de Capacitación Específica de la Especialidad en Psicología Clínica.
19. Bach, Y, E., Bach, J.S. (2010) *Relación entre los niveles de depresión y ansiedad estado rasgo en pacientes con cáncer de mama que acuden a la Unidad oncológica del hospital Víctor Lazarte Echegaray*. (tesis publicada) [http://ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/tesis\\_ps/TESIS/T194.doc](http://ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/tesis_ps/TESIS/T194.doc)
20. Bados, A., García, E., Fusté A. (2002) Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2002, Vol. 2, Nº 3, pp. 477-502
21. Baize, N., Mounier, N., Bongain, A., Spano, J.P. (2008) Femininity and breast cancer. Original Approach of Announcement in Oncology. *Bull Cancer*. Sep; 95(9):849-57.

## Referencias Bibliográficas

22. Balarezo, L. (2010) Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. Ed. Unigraf. Quito. Ecuador.
23. Bañuelos, P., Bañuelos Y., Esquivel, M., Moreno, V. (2007) Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 15 (3): 129-134.
24. Barranco, H. (2011) Cáncer de mama. ¿Puede evitarse? Extraído: sept. /2011 Disponible en URL: <http://www.sld.cu/sitios/bmn/temas.php?idv=16729>
25. Barraza, P.A. (2009) Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. URL: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?tipo\\_busqueda=CODIGO&clave\\_revista=7552](http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?tipo_busqueda=CODIGO&clave_revista=7552)
26. Battegay, R. (1978) *El hombre en el grupo*. Barcelona. Editorial Herder.
27. Bayarre, H.D., Oliva, M, Horsford, R., Ranero, V., Díaz, G. et al. (2004) *Metodología de la Investigación en APS*. ENASP La Habana
28. Bayo, J.L., Gascía, J., Lluch, A, Valentín, V. (2007) Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes. Grupo editorial Entheos. Madrid
29. Beitman, B., Yue, D. (2004) *Psicoterapia. Programa de formación*. Ed. MASSON, S.A. Barcelona. España
30. Bellver, A. (2007) Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. Fuente: *Rev. Psicooncología*. Jun;4(1) <http://www.psiquiatria.com/areas/>
31. Beraza, P.M. (2011) Intervención Psicológica. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Extraído: febrero/ 2011 – Disponible: [http://www.infocop.es/view\\_cat.asp?action=category&cat=5](http://www.infocop.es/view_cat.asp?action=category&cat=5)
32. Berger, A.M., Hertzog, M., Geary, C.R., Fischer, P., Farr, L. (2012) Circadian rhythms, symptoms, physical functioning, and body mass index in breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. DOI 10.1007/s11764-012-0218-x.
33. Berger, A.M., Kuhn, B.R., Farr, L., Lynch J.C., Agrawal, S., Chamberlain, J., et al. (2009) Behavioral therapy intervention trial to improve sleep quality and cancer-related fatigue. *Psychooncology*; 18:634-46.

## Referencias Bibliográficas

34. Binkley, J.M. , Harris, S.R., Levangie, P.K, Pearl, M, Guglielmino, J, Kraus, V., Rowden, D. (2012) Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*. Volume 118, Issue SUPPL.8, 15 April, Pages 2207-2216
35. Boeree, C. (2011) G. Carl Rogers, 1902-1987 en Teorías de la Personalidad. Extraído: junio/ 2011. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad.htm>
36. Bonilla, F. (2010) Cáncer de mama. Extraído sept. /2011. Disponible en: <http://www.slideshare.net>
37. Botella, C.. (2011) Reseña del libro de Die, M. Psico-oncología. Diccionario. Madrid: ADES ediciones. Extraído: sept. /2011, Disponible en: <http://www.fisterra.com/human/1libros/libros.asp>
38. Braceras, D. (2006) Al filo de la vida. Psicoanálisis y medicina. Editorial Equipo interdisciplinario en oncología. Buenos Aires. Argentina.
39. Brachfeld, F. (1953) *Los sentimientos de inferioridad*. Editorial Diana. México.
40. Brannon, L. Feist, J. (2001) *Psicología de la Salud*. International Thomson Editores Spain. PARANINFO
41. Brito, P. (2009) Cáncer de mama e imagen corporal. Extraído: febrero /2011. Disponible en: <http://drabrito.wordpress.com/2009/02/17/cancer-de-mama-e-imagen-corporal/#comment-64>
42. Buela-Casal, G.; Bretón-López, J.; Agudelo, D.; Bermúdez, M.P.; Sierra, .C.; Teva, I.; Gil Roales-Nieto, J. (2005) Imagen de la psicología como profesión sanitaria en psicólogos españoles. *Papeles del Psicólogo*, vol. 26, núm. 91, pp. 16-23 Extraído: julio /2011 Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77809104>
43. Busceni, V., Font, A., Viladricht, C. (2010) Focus on relationship between the caregivers unmet needs and steer caregiving outcomes in cancer palliative care. *Psicooncología*. Vol 7, núm. 1; pp108-125.
44. Calderón, J. (2010) La mitad de los pacientes con cáncer desarrolla distintos trastornos de sufrimiento psicológico. extraída: oct. /2010. Disponible en: [http://contacto.med.puc.cl/main\\_frame.html](http://contacto.med.puc.cl/main_frame.html)

## Referencias Bibliográficas

45. Calviño, M. A. (1998) Experiencias y reflexiones básicas. Editorial Academia. La Habana.
46. Camacho, R. (2000) Necesidad de los Programas de Control de Cáncer. La Habana: (impresiones ligeras).
47. Cantin, J., Scart, H., Levine, M., Hugi, M. (2001) Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 13. Sentinel lymph node biopsy. *Can. Med. Assoc. J.* 1; 165: 166–173 Extraído: sept. /2011. Disponible en: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer>.
48. Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1981). Attention and self- regulation: a control theory approach to human behaviour. New York and berling: springer-berlag.
49. Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1996). Self-regulation. En c.s. carver y m.f. scheier (eds), *Perspectives on personality* (3ª ed.). Needham Heights, Mass: Allyn y Bacon.
50. Casalod, E.M. (2011) La Psico-Oncología. Extraído: julio/ 2011. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-7/index.html>
51. Castillo, Z. (2004) *El sí mismo en mujeres con tiroiditis autoinmune*. Tesis de Maestría publicada. Santa Clara. UCM. *Revista SEDIVAC*, Barcelona .España
52. Castillo, Z., Alfonso, D., Rodríguez, B. (2009) Abordaje terapéutico de la depresión en mujeres que reciben tratamiento contra el cáncer. *Editorial Samuel Feijóo*.
53. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I., Navarro, M. (2011b) El apoyo familiar y la autovaloración en la sobrevida del paciente con cáncer de mama. *Revista Mediacentro Electrónica* 15(1): 3.
54. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I., Navarro, M. (2011a) Multimedia “Conjugando Amor y Salud”. Presentación en Memorias de la Feria del Libro 2011. Santa Clara.
55. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I., Navarro, M. (2011c) Rehabilitación psicológica de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Extraído: julio /2011. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/terapia-cancer-de-mama.html>
56. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I., Navarro, M. (2012a) Intervención psicológica en la autovaloración de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Extraído: mayo/2012. Disponible en:

## Referencias Bibliográficas

- <http://www.monografias.com/trabajos93/intervencion-psicologica-autovaloracion-mujeres-diagnostico-cancer-mama/intervencion-psicologica-autovaloracion-mujeres-diagnostico-cancer-mama.shtml>
57. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I., Navarro, M.; Alfonso, A.B. (2012b) Efectividad de la intervención psicoterapéutica en mujeres en tratamiento por cáncer de mama para la adecuación de la autovaloración. *Rev. Pensando Personalidad* (en prensa).
  58. Chang, A.F. (2007) Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo. Centro de Apoyo. Asociación Americana de Psicología. Extraído: sept. /2011. Disponible en: [centrodeapoyoapa.org](http://centrodeapoyoapa.org)
  59. Chicote, S., Durán, A., Fernández, I., Iglesias, S., Legido, R. (2001) El paciente oncológico. Enfermería médico quirúrgico. *Enfermería* 21. Capítulo 9: El paciente oncológico.
  60. Clavijo, A. (2011) *Familia, crisis y psicoterapia*. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana
  61. Clavijo, A. (2011) Psicoterapia concreta grupal de actitudes. Cap 12, pp. 311. [http://www.psicomed.net/t\\_grupo.html&sa=U&ei=jKjoT--7F8ex6wGMsbzhDg&ved=0CBEQFjAA&usg=AFQjCNGA-Flr0azqcBCawp0OwGyjwEdBsg](http://www.psicomed.net/t_grupo.html&sa=U&ei=jKjoT--7F8ex6wGMsbzhDg&ved=0CBEQFjAA&usg=AFQjCNGA-Flr0azqcBCawp0OwGyjwEdBsg)
  62. Colegio Oficial de Psicólogos (2007) Psicología Clínica y de la Salud. Colegio particular "Fermín Tanguis". extraído: 3 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.cpo.es/perfiles/contenido/clínica>
  63. Colunga, S. (2000) *Intervención educativa destinada al incremento de la autoestima de escolares con dificultades para aprender*. 117 h. (Tesis Doctoral publicada). Universidad de Camagüey. Recuperada: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80523104.pdf>  
[com\\_content&task=view&id=193&Itemid=266](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80523104.pdf)
  64. Colunga, S. (2002) Curso sobre desarrollo de valores y competencias sociales por medio de la Educación Artística. Concepción pedagógica. Aprendizaje e introducción. (pp. 82-102). México: Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80523104.pdf>

## Referencias Bibliográficas

65. Corral R. (2001) El concepto de ZDP. Una interpretación. *Rev. cubana de psicología*. Vol.18(1)
66. Cortés-Funes, F., Almudena, A., García, A. (2009) Psicooncología, en *Tratado de Oncología*. Publicaciones Permanyer, T II, pp. 1059-1072
67. Cortés-Funes, H., Colomer R. (2009) *Tratado de Oncología*. Publicaciones Permanyer
68. Crespo, E.T. (2007). *Modelo didáctico basado en la heurística para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la matemática asistido por computadora*. (Tesis Doctoral no publicada) Universidad Pedagógica. Santa Clara
69. Crespo, T. (2007). *Respuesta a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica*. Editorial San Marcos. Lima
70. Crespo, T. (2009). *Métodos de la Prospectiva en la Investigación pedagógica*. La Habana: Educación Cubana.
71. Cruzado, J.A. (2003) La formación en Psicooncología. *Psicooncología*; 0(1):9-19.
72. Dabrowski, M., Boucher, K., Ward, J., et al. (2007) Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw* 5 (1): 104-11, h: extraído: dic. /10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
73. De la Garza, J.M. Márquez, G. (2007) Neoplasmas de la mama. Cáncer de mama. Extraído: Marz 07. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfam7-4/mama74.html>
74. Del Pilar, M. (2009) Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Rev. Perinatol Reprod Hum*. VOL. 21 No. 2; abril-junio. Extraído: Marz 09. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>
75. Del Sol, E. (2011) *La autovaloración, autoestima, estilos de afrontamiento y estados afectivos concomitantes en el momento de la intervención y reintervención quirúrgica en pacientes con cáncer de mama*. Trabajo de Diploma sin publicar. Santa Clara. Villa Clara. Lic. en Psicología. UCLV.
76. Derko, C., Elliott, S., Lam, W. (2007) Management of sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer patients taking adjuvant aromatase inhibitor therapy *Curr Oncol*, 14 (1 SUPPL.), pp. S20-S40.

## *Referencias Bibliográficas*

77. Díaz, H. (2012) *Sexualidad y autovaloración en mujeres en tratamiento por cáncer ginecológico no metastásico*. Trabajo de Diploma sin publicar. Santa Clara. Villa Clara. Lic. en Psicología. UCLV.
78. Díaz, I (2007). Algunas consideraciones de la autovaloración y la calidad de vida percibida en el paciente oncológico. *Neoplasia*, 10 (2): 65-72.
79. Díaz, I.B. (2007) *Algunas reflexiones y resultados sobre la autovaloración y la calidad de vida percibida vivenciada*. Extraído: Marzo 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/autovaloracion/autovaloracion.shtml>
80. Díaz, Y. (2009) *Programa psicoeducativo para estimular el desarrollo de la autovaloración intelectual y social en adolescentes con diferentes niveles de estructuración de la autovaloración*. Trabajo de Diploma sin publicar. Santa Clara. Villa Clara. Lic. en Psicología. UCLV.
81. Domínguez, L. (2002) *Selección de lecturas. Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud*. La Habana. Editora Universitaria.
82. Domínguez, L. (2003) *¿Yo, sí mismo o autovaloración? En Pensando en la personalidad. Selección de lecturas*. Comp. por Fernández L. La Habana. Editorial Félix Varela.
83. Duval, S., y Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self- awareness*. New York: Academic press.
84. Erskine, R. G. (2010) La importancia de la toma de datos, la sintonía y la implicación en psicoterapia de la disociación. Disponible en URL: [http://www.bonding.es/jbonding/index.php?option=com\\_zoo&task=item&item\\_id=55&Itemid=28](http://www.bonding.es/jbonding/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=55&Itemid=28)
85. Erskine, R.G. (2012) La Relación Terapéutica: Una Psicoterapia Integrativa en Acción. Disponible en URL: <http://www.integrativetherapy.com/es/articles.php>
86. Escobar, E.Y. (2008) Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Tesis de diploma publicada. Lima. Perú.
87. Falcão, I.C., Carvalho, A.F., Magalhães da Silva, R., Holanda A. (2002) Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas, *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (2): 79-84 Universidad de Fortaleza Ceara (UFC) Brasil.

## Referencias Bibliográficas

88. Fariñas G. (2007) *Psicología, Educación y Sociedad. Un estudio sobre el desarrollo humano*. La Habana. Editorial Félix Varela
89. Fawzy, I.F., Fawzy, N.W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
90. Fenigstein, A., Scheier, M. F., y Buss, A. H. (1975). Public and Private Self-Consciousness: Assessment and Theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
91. Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis, S.A.
92. Fernández - Ballesteros, R. (2001) *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
93. Fernández, A. I. (2004) Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 169-179.
94. Fernández, L. (2003) *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas*. Tomo 2. La Habana. Editorial Félix Varela.
95. Fernández-Álvarez, H., Bogiaizian, D. (2008) *El miedo a los otros*. Buenos Aires: Ed. Lumen.
96. Fierro, A. (1986). Autoestima implícita: su medición y sus correlatos. *Evaluación psicológica/psychological assessment*, 2(4), 73-98.
97. Fierro, A., y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de psicología general y aplicada*, 49(1), 65-81.
98. Flórez, J.A. (2006) *Comunicación con el Paciente Oncológico*. En *Oncología. Cuidados de Enfermería*. Cap. VIII. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo
99. Fritis, M. (2010) La precocidad de la detección es fundamental para la supervivencia de la paciente. Disponible en URL : [http://www.servicios\servicios\\_medicos.html](http://www.servicios\servicios_medicos.html)
100. Fuentes S., Blasco, T. (2010) Worries in breast cancer patients receiving psychological assistance. *Psicooncología*. Vol 7, núm. 1, pp 51-60.
101. Fuentes, M. (2005) *La eficiencia del trabajo en grupo*. La Habana. Editorial Félix Varela.
102. Fujimoto, E. (2011) *Cáncer. Consejos de Psicoterapia*. Disponible en URL: <http://www.esencialidad.com/index.php?option=>

## *Referencias Bibliográficas*

103. Fullerat, R.R. (2003) Conferencia para optar por la categoría de Profesor Titular en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Enero (inédito)
104. García, J.M., Domínguez, M.L. (2010) Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 16, (2), pp. 125 - 139.
105. Gómez, I. (2008) *Propuesta de una estrategia para la rehabilitación integral de las pacientes longevas con cáncer de mama*. Tesis de Maestría sin publicar. ISCM. Santa Clara.
106. Gómez, M. (1998) *Cuidados Paliativos: Atención Integral a enfermos terminales*. T. I, ICEPSS, editores, S.L. Canarias.
107. González, D. y Aguiar, K. (2009). *Bases de una estrategia de intervención psicológica en mujeres mastectomizadas dirigida a potenciar la autovaloración*. Trabajo de diploma sin publicar. UCLV. Santa Clara.
108. González, D., Aguiar, K., Castillo, Z. (2011) *Atención psicológica en mujeres con cáncer de mama*. Artículo, ponencia en Congreso Hominis2011[CD-ROM]
109. González, F. (2009) *Psicoterapia, subjetividad y postmodernidad. Una aproximación desde Vigotski hacia una perspectiva histórico cultural*. Argentina. Buenos Aires
110. González, F., Mitjans, A. (1991) *La personalidad su educación y desarrollo*. Editorial Pueblo y Revolución La Habana
111. González, I. & Bermúdez, L. (2008). *Autovaloración y estilos de afrontamiento en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de 2 a 4 años*. Trabajo de Diploma sin publicar sin publicar. UCLV. Santa Clara.
112. González, J.J. (1999) *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnicas a partir de diferentes escuelas psicológicas*. 1ra Ed. Manual Moderno. México
113. González, L.G. (2001) *Autovaloración y pretensiones. Elementos de alto nivel regulador para el deportista*. Disponible en: [http://www efdeportes.com](http://www.efdeportes.com) Revista Digital - Buenos Aires - Año 7 - N° 41 - Octubre.
114. González, O. (1990). *El enfoque histórico cultural, como fundamento*. La Habana: Científico Técnica.
115. González, R. (2008) *Terapéutica psiquiátrica integral*. 2a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

## Referencias Bibliográficas

116. González-Pienda, J.A. et al. (1997) Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, Vol. 9, (2): pp. 271-289
117. Grau J, Martín M, Portero D. (1990). Las contradicciones internas de la personalidad como mecanismos psicológicos motrices del desarrollo del estrés y la ansiedad. Trabajo presentado en el III Encuentro Latinoamericano de Psicoanálisis y Psicología Marxista, en Ciudad de la Habana, febrero.
118. Grau, J. (2011). Psicooncología en Cuba. Pasado, presente y futuro. Conferencia impartida durante la sesión de creación de la Sección de Psicooncología de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, marzo.
119. Grau, J. A. (2005) Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad: repercusiones para la psicología de la salud contemporánea. En: Hernández, E., Grau, J A. (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 113-178)
120. Grau, J. A., Martín, M., Portero, Dom (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología*, vol. 27, (1): pp. 37-58.
121. Grau, J.A., Llanta, M.C., Massip, C. (2005) La Psicología de la Salud y la lucha contra el cáncer. (En: Hernández, E., Grau, J A. (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 113-178)
122. Guerra, V.M. (2001) "*Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 10 años*" Tesis doctoral en Ciencias Psicológicas, publicada. UCLV. La Habana.
123. Guía de diagnóstico y terapéutica. (2010) Versión Electrónica. Mayo, 2010. Extraído febrero/2011. Disponible en URL: <http://www.cielo.sld.cu>
124. Helms, R.L., O'Hea, E.L., Corso M. (2008) Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med*. May; 13(3):313-25. Review
125. Hernández, R., Collado-Fernández, C., Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación* (4 ed.). México: Mc Graw- Hill.

## Referencias Bibliográficas

126. Herrera, L.F., Delgado, J. (2008) Un acercamiento a la definición de la controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 40, (3): 475-484
127. Holland, J. (1989) Psic-oncología. Disponible en URL: [www.alcp.com](http://www.alcp.com)
128. Holland, J.C., Murillo, M. (2003) Historia internacional de la psicooncología. En: Die Trill M. *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones.  
<http://www.monografias.com/trabajos43/autoestima-y-salud/autoestima-y-salud.shtml>
129. Hyland, M.E. (2011) *The Origins of Health and Disease*. Published in the United States of America by Cambridge University Press, New York. Disponible en URL: <http://www.cambridge.org/9780521719704>
130. Ibarra, L (s/f) *El grupo: un espacio para crecer*. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
131. Informe del Registro Nacional del Cáncer (2011) Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana
132. Instituto Nacional del Cáncer (2012) Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en URL: <http://ancertopics\pdq\treatment\breast\healthprofessional>
133. Instituto Nacional del Cáncer (sitio web en Internet). (2009) Cáncer de seno (mama). Disponible en URL: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>.
134. James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: holt. Extraído: 3/4/2009, Disponible URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>
135. Jee, S., Yun, J., Park, E., Cho, E., et al. (2008) Body mass index and cancer risk in korean men and women. Disponible en: *Int J Cancer*;123(8): 1892-6.
136. Jiménez, J. A. (1999) Autoconciencia, personalidad sana y sistema autorreferente. *Anales de psicología*, vol. 15, (2): 169-177
137. Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1991) *Compendio de Psiquiatría*. 2da edición. Edición Revolucionaria. La Habana. pp. 630-639
138. Keir, S.T., Calhoun-Eagan, R.D., Swartz, J.J., et al. (2008) Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. *Psychooncology* 17 (6): 621-5, extraído: 09 / 12 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
139. Knapp, E. (2005) *Psicología de la Salud*. La Habana. Editorial Félix Varela.

## Referencias Bibliográficas

140. Knustson, D., Steiner, E. (2007) Screening for Breast Cancer: Current Recommendations and Future Directions. *Am Fam Phy*; 75:1661-1666. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17575656>.
141. Krause, M.S. (2011) What Are the Fundamental Facts of a Comparison of Two Treatments' Outcomes? *Psychotherapy, Vol. 48 (3,):* 234-236
142. Krychman, M.L., Katz, A. (2012) Breast cancer and sexuality: Multi-modal treatment. *Journal of Sexual Medicine options. Vol 9, Issue 1, January, Pages 5-13* DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02566
143. Lam, W.W. , Li, W.W, Bonanno, G.A., Mancini, A.D., Chan, M., Or, A., Fielding, R. (2012) Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Research and Treatment . Volume 131, Issue 3, February, Pages 957-967.*
144. Lin, P.P., Mirza, A.N., Lewis, V.O., Cannon, C.P., Tu, S.M., Tannir, N.M., Yasko, A.W. (2007) Patient survival after surgery for osseous metastases from renal cell carcinoma. *J Bone Joint Surg Am. Aug; 89(8):* 1794-801.
145. Lin, Y., Kikuchi, S., Tamakoshi, K., Wakai, K., et al.(2008) Active smoking, passive smoking and breast cancer risk: findings from the Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk. Disponible en : *J Epidemiol.18(2):77-83.*
146. Linden, M.E. (1962) The use of group psychoterapy in Psychosomatic Medicine. En *Psychosomatic Medicine. The first Hahnemann Symposium. Ed. Lea & Febirger. Filadelfia. Chapter 89. pp 753-759*
147. Lindh, J. (2009) Arte terapia para pacientes con cáncer de mama. Posted by Oscar Elias. Disponible URL: <http://viviendosanos.com/category/estres>, on line April 21.
148. Lipkina, A. I. (1991) El problema de la personalidad y su autovaloración en la psicología burguesa, En *Selección de lecturas sobre psicología de la personalidad*, pp. 243-256, Editorial de la Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
149. López, L.M. (2010) *Compendio de instrumentos de evaluación psicológica.* La Habana. ECIMED.

## Referencias Bibliográficas

150. Lostumbo, L., Carbine, N., Wallace, J., Ezzo, J. (2008) Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3. Oxford, Update Software Ltd. Disponible URL: [www.update-software.com](http://www.update-software.com). (Traduced de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
151. Luengo, R., González, M<sup>a</sup> J., Blasco, J.A. (2009) Factores Claves en Guías Clínicas Electrónicas: Cáncer de Mama. Edición: Ministerio de Ciencia e Innovación. [www.micinn.es](http://www.micinn.es)
152. Maldonado, N. (2008) *Afrontamiento y autovaloración en mujeres mastectomizadas con una sobrevivida de más de cinco años*. Trabajo de Diploma sin publicar. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas.
153. Marcos, B. (2003) Autovaloración como formación de la personalidad. En *Pensando en la personalidad*. Selección de lecturas. Comp. por Fernández L. La Habana. Editorial Félix Varela.
154. Martínez R.V. (2006) Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* v.32 (3) sep.-dic. Extraído 27/9/2011. Disponible en URL: <http://www.cielo.sld.cu>
155. Marzo, M. (2007) Prevención del cáncer de mama. ¿Nuevos datos? *Aten Primaria*; 39:115-17. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
156. Mas, S. (2010) Consejería telefónica sobre cáncer de mama. Disponible en URL: <http://www.bureaudeprensa.com/bureaunews>
157. Maurell, Y. (2011) *Evaluación de la calidad de la Guía Psicoeducativa para los pacientes con cáncer de mama, en tratamiento oncoespecífico*. Trabajo de diploma sin publicar. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas
158. Meza-Rodríguez, M.P. (2007) Guía Clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatología Reprod. Hum*; Vol. 21No 2:72-80. Disponible en URL: <http://www.imbiomed.com.mx/>
159. Middleton, J. (2010) Psico-oncología en el siglo XXI. Extraída: 01 Febrero. Disponible en: *Revista Actualidad Psicológica*. Disponible en URL: <http://www.joomlatune.com/>

## Referencias Bibliográficas

160. Mignone, L.I. (2010) Una dieta rica en vegetales reduciría riesgo de cáncer de mama antes de la menopausia. <http://www.authors/escuela-salud-publica-de-harvard>. Disponible en URL: [http://international Journal of cancer.com](http://internationaljournalofcancer.com)
161. Ministerio de Salud Pública. (2010) Programa Integral de Control de Cáncer en Cuba (PICC). Pautas para la Gestión. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
162. Mohamed, F., Micheli, S. (2012) El autoconcepto como técnica de evaluación en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) Disponible en URL: <http://www.eepsys.com>
163. Montero, I., León, O. (2005) Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 5, (1), pp. 115-127
164. Montiel, V. (2009). *Particularidades de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora*. Tesis de Maestría no publicada. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas.
165. Moreira, H. & Canavarro, M.C. (2012) The association between self-consciousness about appearance and psychological adjustment among newly diagnosed breast cancer patients and survivors: The moderating role of appearance investment. *Body Image*, Volume 9, (2): March, pp209-215. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.11.003
166. Moret, A. (2006) Diplomado de Oncología comunitaria. Generalidades en oncología. Profesor Principal CLASE 004. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. [CD,ROM] Del 20 al 24 de noviembre. C.HABANA.
167. Murillo, M., Holland, J.C. (2011) Historia Internacional de la Psicooncología. En Manual de Psicooncología, Cap. I. Disponible en URL: <http://www.boloncol.com/boletin-26/index.html>
168. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre, Camperdown, NSW.
169. Navarro, E., Limonero, J., Mate, J., Gómez, M.J. (2010) Necesidades de comunicación en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*. Vol. 7, núm. 1, pp 127-143

## *Referencias Bibliográficas*

170. Navarro, M.C. (2009) *Propuesta metodológica para la elaboración de una Guía Psicoeducativa en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en etapa I y II de la enfermedad*. Tesis de Maestría no publicada. Santa Clara. UCM.
171. Nodine, J.H & Moyer, J.H. (1962) *Psychosomatic Medicine. The first Hahnemann Symposium*. Ed. Lea & Febirger. Filadelfia.
172. Ochoa, C., Sumalla, E.C., Maté, J., Castejón, V., Blanco, I., Rodríguez, A., Gil, F. (2010) *Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. Psicooncología. Vol. 7, núm. 1, pp. 7-34.*
173. OMS (2010) citado en: *La epidemia Silenciosa del siglo XXI*. Marianela Martín González. Juventud Rebelde. Año 46 (15) .pp. 2,3 Domingo 07.
174. OMS. (1995) *Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión*. Ginebra: OMS.
175. Opazo, R. (2006) *Psicoterapia integrativa: ¿Exigencia de los tiempos?* URL: <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?dseccion=16&ldarticulo=218>
176. Orfali, A. (2009) *Sobre Psicooncología en general y algunas particularidades en Chile*. Disponible en URL: [info@depsicoterapias.com](mailto:info@depsicoterapias.com)
177. Pascual, Y. (2010) *Exploración de procesos autorreferenciales en pacientes preoperatorios por cáncer de mama y satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida*. Trabajo de Diploma sin publicar. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas
178. Peña, (2005) *Alternativa didáctica para elevar el nivel de desarrollo de la autovaloración del bachiller sobre su desempeño escolar*. Tesis doctoral publicada. Las Tunas
179. Pérez P.I. (2009) *Rehabilitación cardiaca integral*. La Habana Editorial Ciencias Médicas.
180. Pérez, P. (2010) *Emociones y cáncer de mama: interés del estrés, las emociones y los traumas psíquicos en la patología mamaria*. Disponible en URL: <http://www.akapsico.com>.
181. Pérez-Lovelle, R., González, U., Ramos, S., González, M. (1992). *La tendencia a las decisiones inadecuadas en el enfrentamiento de problemas y su relación con características psicológicas del modo de vida y la hipertensión arterial. Rev. cuba. psicol. v.9 (1) La Habana.*

## Referencias Bibliográficas

182. Perrera y Suárez, D. (1996). *Enfermedades de las glándulas mamarias*. Santiago de Cuba: Oriente.
183. Pino, F. (2011) Comportamiento de factores moduladores del estrés en pacientes con enfermedades dermatológicas psicosomáticas. *Psiquiatria.com*.; 15:63. Disponible en URL: <http://hdl.handle.net/10401/4850>
184. Pirie, K, Beral, V., Peto, R., Roddam, A., et al. (2008) Passive smoking and breast cancer in never smokers: prospective study and meta-analysis. *Int J Epidemiol*; 3:110-3.
185. Plan de prevención del cáncer de mama. (2009) Programas de cribado. Cribado de cáncer de mama en España. Disponible en URL: <https://www.prevencion.adeslas.es/es/cancerdemama/masprevencion/Paginas/Cribado.aspx>.
186. Ponce De León, E., Milian, L. Méndez, M.P. (2009) El trabajo del psicólogo ante el paciente que padece Cáncer. Universidad de Morelia Monografias\_com.mht. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos6/ciru/ciru.shtml>.
187. Prieto, A. (2004) Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2, 107-120. Disponible en URL: [www.aseteccs.com/inicio/php](http://www.aseteccs.com/inicio/php)
188. Registro Nacional de Cáncer (RNC). (2011) Ministerio de Salud Pública. Disponible en URL: <http://www.uncc.sld.cu/>
189. Reyes, M.C., Grau, J.A., Chacón, M. (2009) *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
190. Roca, M. A. (2000) *Psicología Clínica: Una visión general*. La Habana. Editorial Félix Varela.
191. Roca, M. A. (2009) La integración en Psicoterapia. Curso pre congreso. La Habana. 1er Congreso Internacional de Psicoterapia.
192. Roca, M. A. (2012) *La Terapia de la Conducta. Un Recorrido hasta la Actualidad*. Ed. Ligera. Universidad San Agustín. Arequipa. Perú
193. Roca, M. A.; Vega, R., Zaldívar, D. (2004) *Psicoterapia general*. La Habana: editorial Félix Varela.

## Referencias Bibliográficas

194. Roche, O. (2012) *La práctica terapéutica desde una perspectiva Histórico Cultural del desarrollo psicológico*. Tesis doctoral, sin publicar. La Habana. Universidad de La Habana.
195. Rodríguez, G., Gil J., García, E. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
196. Rodríguez, C.E. (2006) *Modelo de orientación de las relaciones de ayuda entre iguales en los deportes de arte competitivo para influir en la autovaloración de niños de 9 -10 años*. Tesis Doctoral sin publicar. La Habana.
197. Rodríguez, L. (2009) *Estudio correlacional de la sexualidad y autovaloración en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama*. Trabajo de Diploma sin publicar. UCLV. Santa Clara. Villa Clara.
198. Rodríguez, L. (1989) *Psicoterapia, lo metódico y lo metodológico*. Santa Clara: UCLV. Facultad de Psicología.
199. Rodríguez, M (2011) La autovaloración en adultos mayores varones institucionalizados. *Psicología Online*, Artículos, Gestión. Disponible en URL: <http://www.psicologia-online.com/>
200. Rodríguez, M. (2006) *Psicología Integrativa. Un enfoque holístico*. Disponible en URL: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=1959991](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=1959991) (PDF)
201. Rodríguez, M., Hernán, I., Díaz, P., de Pedro F., Ali J. (2010) Análisis de la sobrevida y las complicaciones locales en pacientes intervenidos quirúrgicamente por metástasis óseas. *J Clin Oncol*. Aug 15;22(16):3316-22
202. Rodríguez, M., Iriarte, H., Díaz, L.P., de Pedro, F., Ali, J.,..., Salcedo R. (2010) *Análisis de la sobrevida y las complicaciones locales en pacientes intervenidos quirúrgicamente por metástasis óseas*. Tesis publicada. Instituto de Ortopedia y Traumatología "Carlos E. Ottolenghi" Hospital Italiano de Buenos Aires.
203. Rogers, C. (1972) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós
204. Rogers, C. R. (1951). *Client centred therapy*. Boston: Houghton mifflin.
205. Roloff, G. (1987). La inclusión del alumno en el proceso evaluativo y su papel en la formación de la autovaloración. En Colectivo de Autores., *Investigaciones de Psicología Pedagógica acerca del escolar cubano*. (pp. 30-41). La Habana: Pueblo y Educación.

## Referencias Bibliográficas

206. Romero, M. del S., Arreygue, S., Olvera, P. C., Morales, M.Á., Ramírez, V.L. (2008) Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Disponible en URL : *Ginecol Obstet Mex*;76 (11):667-72
207. Rubio, M.C. (2012) Cuba reporta incremento del cáncer de mama. Granma. Entrevista de Hernández, L., junio;(28).
208. Rufino, M., Blasco, T., Guell, E., Ramos, A. Pascual, A. (2010) Communication and well-being in patients, and caregivers in e palliative care unit. *Psicooncología. Vol 7, (1):* pp. 99-108
209. Ruiz, J., Ruiz, L., Alejandro, S. (2011) Factores de riesgo de cáncer mamario en un grupo de mujeres operadas. *Medicentro*; 9(2). tab. Disponible en URL: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v9n205/factores42.htm>
210. Salas, C. (2009) Quality of life and associated factors among women with breast cancer enrolled in cancer treatment programs. Antioquia. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co> DOI: 104956801
211. Salvador, E. (2010) “No existen atajos para conseguir la felicidad” Entrevista con Martin Seligman. Disponible URL: <http://www.psicologiapositiva.com> , [info@psicologiapositiva.com/html](mailto:info@psicologiapositiva.com/html)
212. Sánchez, N., Torres, A., Camprubí, N., Vidal, A. Salamero, M. (2005) Factores predictores del abandono de la Intervención Psicológica Grupal en una muestra de pacientes con Cáncer de Mama. *Psicooncología. Vol. 2, (1),* pp. 21- 32
213. Sebastián, J. (2008) Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama. II Jornada de Salud. Reimpresión Madrid.
214. Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos N. Manos, D. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. *Rev. Clínica y Salud*, vol. 18 (2)
215. Shavelson, R. J, Bolus, R (1996). Self-Concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74: 3-17.
216. Shavelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1976): Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, (46):407-441.
217. Silva de Oliveira, M., Alves e Souza, A.M., Carvalho, A.F. (2008) Grupo apoyo/soprote: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas. *Rev.*

## Referencias Bibliográficas

- Eletr. Enf.*; 10(3):816-22. Disponible en URL:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a27.htm>
218. Simón, MA. (1999) *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid
219. Simon, MS, Petrucelli, N. (2009) Hereditary breast and ovarian cancer syndrome : the impact of race on uptake of genetic counseling and testing; *Methods Mol Biol*; (471): 487-500
220. Sindelar y Ketcham (1976) Efecto placebo. Estudio en pacientes con cáncer avanzado. Disponible:  
[http://www.infocop.es/view\\_cat.asp?action=category&cat=5](http://www.infocop.es/view_cat.asp?action=category&cat=5)
221. Slaikev, K. (s/f) Intervención en crisis. Red Psicología. Disponible en:  
<http://galeón.com>
222. Solomons, H. Greenberg, L., Pyszczynski H. (1990). Sex role mediation of achievement behaviors and interpersonal interactions in a sex integrated team games, In E. Pepitone (Ed.), *Children in cooperation and competition* (pp.321-364), Lexington), MA: Heath.
223. Song, Y, Sung, J, Ha, M. (2008) Obesity and risk of cancer in postmenopausal Korean Women. *J Clin Oncol*; 26(20):3395-402.
224. Spiegel, D. (2007) Terapia grupal no prolonga vida de pacientes con cáncer mamario. Disponible URL <http://www.doctorperu.com/cancer-noticias.php>.
225. Suárez, D. M (2002). *Personalidad, Cáncer y Sobrevida*. La Habana: Científico - Técnica.
226. Suárez, D.M. (2005). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. [Internet] extraído: 17/3/. Disponible en: *psicologia.com*. 9(2)
227. Torrico, O. (2009) Método Delphi: sondeo de expertos. Disponible en URL:  
<http://www.laboris.net/static/recursos candidato.aspx>
228. Torroella, G. (2001) *Aprender a vivir*. La Habana. Editorial Pueblo y Educación.
229. Treto, A.M. (2009) *Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico*. Tesis de Maestría no publicada. Santa Clara. UCM.

## Referencias Bibliográficas

230. Trianes, M. & Gallardo, J. (2005) *Psicología de la educación y del desarrollo en contextos escolares*. Madrid: Pirámide
231. Turner, J. (2003) Self-concept, body image and sexuality Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre and the National Cancer Control Initiative.
232. Ussher, J.M., Perz, J., Gilbert, E. (2012) Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*.  
*Disponible:* <http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.scopus.com/whalecom0/source/sourceInfo.url?sourceId=28186&origin=recordpage>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.
233. Viana, C. (2007) Cáncer de mama. *Guías Clínicas*; 7 (36) Disponible en URL: <http://www.fisterra.com/salud/index.asp>
234. Vygotsky, L. S. (1987). *Historia de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico Técnica.
235. Wachtel, P.L. (2010) Psychotherapy Integration and Integrative Psychotherapy: process or product? *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 20, (4): 406-416 DOI: 10.1037/a0022032
236. Whalley, B., Hyland, M.E. (2009) One size does not fit all: Motivational predictors of contextual benefits of therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 291-303
237. Würtzen, H. Oksbjerg, S., Kaae, K., Elsass, P., Flyger, L., Sumbundu, A. and Johansen, C. (2012) Who participates in a randomized trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) after breast cancer? A study of factors associated with enrollment among Danish breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.3094
238. Zahl, P., Strand, B.H., Maelhen, J. (2004) Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ*; 328:921-924 Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
239. Zaldívar, D.F. (2004) *Psicoterapia General*. Editorial Félix Varela. La Habana.
240. Zaldívar, D.F. (2007) *Conocimiento y dominio de estrés*. Editorial Ciencia y Técnica. La Habana.

## *Referencias Bibliográficas*

241. Zaldívar, D.F. (2007) *La intervención Psicológica*. Editorial Félix Varela. La Habana.
242. Zamora, J.M. (2012) Enfoque integrativo en Psicología. Disponible en URL: [http://www.antarayame.com/presentacion/enfoque\\_integrativo.htm](http://www.antarayame.com/presentacion/enfoque_integrativo.htm)
243. Zigfrids & Stelmachers, (1993) *Medicina de Urgencias*. En: Tintinalli y cols., Ed. Interam. 3ra ed., pp. 1325.

**Anexos**

Anexo 1.

Cuestionario 1: Criterio de expertos.

**Evaluación de la definición operativa de los indicadores de expresión de la autovaloración.**

**Objetivos:** Establecer un acuerdo sobre los criterios de expresión de la autovaloración.

Datos de Identidad: Edad\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Años de Graduado\_\_\_\_\_

Especialista en: \_\_\_\_\_Años de especialista\_\_\_\_ Grado: 1ro\_\_ó 2do\_\_

Grado Científico: Master \_\_\_\_, Dr. En Ciencias\_\_\_\_

Categoría Docente: Instructor\_\_Asistente\_\_Auxiliar\_\_Titular\_\_

Profesor Consultante: Si\_\_ No\_\_

A Especialistas de Oncología, Medicina General Integral, otros médicos y Psicólogos de la Salud que reciben en sus consultas a mujeres mastectomizadas o pacientes oncológicas; le solicitamos ayuda en el estudio que realizamos sobre la repercusión en la autovaloración de esta enfermedad, se trata de una afección que tiene alta prevalencia e impacto en la autoimagen y salud subjetiva de quienes la padecen.

Su ayuda será de inestimable valor para profundizar en el estudio de esta formación psicológica y poner estos conocimientos en función del mejoramiento de la salud de las pacientes, con la seguridad de que todo cuanto expresen sobre la base de su valiosa experiencia, se tratará, según los principios de la ética médica.

Como Fuentes de Argumentación concebimos las siguientes:

- ✓ F1. Investigaciones sobre el tema personalidad, autovaloración /enfermedades crónicas.
- ✓ F2. Experiencia profesional en la práctica clínica+de 5Años
- ✓ F3. Exp. Docente de pre-postgrado(recibida/impartida) +de 3 Años
- ✓ F4. Actualización en literatura nacional e internacional sobre la Personalidad y autovaloración.
- ✓ F5. Actualización en literatura nacional e internacional sobre enfermedades crónicas, específicamente cáncer y cáncer de mama

De acuerdo a ellas Ud. Debe considerar en qué nivel desde 1 a 10 se encuentra su experticidad y marcarlo con una X en la casilla correspondiente.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### MUCHAS GRACIAS

A continuación le ofreceremos una síntesis del concepto a considerar, Ud. reflexionará que elementos resultan de interés en el trabajo con mujeres con cáncer de mama para la adecuación de esta categoría a las exigencias adaptativas de la enfermedad.

**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 si 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 de expresión, 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. Expresión de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad, en el autorreferente de sí mismo y su conducta.
4. Flexibilidad: capacidad que tiene el sujeto para enfrentarse a su situación real de vida permitiendo la autorregulación del autoconcepto ante los cambios.
5. Correspondencia entre logros y aspiraciones, posibilidades y potencialidades.
6. Valoración de los demás hacia si mismo.
7. Ajuste entre la valoración de si y la aceptación de las condiciones objetivas dinámicas de existencia.
8. Autoimagen: Aceptación de la imagen corporal, en el sentido estético, existencial y afectivo, autopercepción corporal como referente individual.

A continuación se presenta un cuestionario en el que se le pide su valoración sobre la definición operativa. En el que Ud. deberá valorar a partir de su experiencia profesional, cada uno de los ítems en una escala del 1 al 3.

1. Marque con una X su coincidencia con los elementos teóricos fundamentales que incluye el concepto de autovaloración ofrecido.

Está usted:

- 1- Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_
- 2- Parcialmente de acuerdo \_\_\_\_\_
- 3- Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_

Con independencia de la respuesta justifique su selección.

---

---

2. Según su experiencia como profesional y de acuerdo a las funciones cumple la autovaloración en el desarrollo de la personalidad, considera su estudio necesario en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Expréselo en una escala de 1 a 5, donde 1 significa no necesario y 5 el máximo de interés en estudiar.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

a) ¿Qué funciones le atribuye a la autovaloración en esta enfermedad?

---

3. Teniendo en cuenta los indicadores para el estudio de la autovaloración exprese su acuerdo o no con los mismos. Marque con una X en el número correspondiente.

- Totalmente en desacuerdo .....(1)
- Parcialmente en desacuerdo ....(2)
- Parcialmente de acuerdo.....(3)
- Totalmente de acuerdo..... (4)

Indicadores	1	2	3	4	Justifique
Ind # 1					
Ind # 2					
Ind # 3					
Ind # 4					

Ind # 5					
Ind # 6					
Ind # 7					
Ind # 8					

4. Agregue los indicadores que Ud. considere necesario para el estudio de la autovaloración y no son sometidos a criterio valorativo.

---

5. ¿Qué instrumentos de Psicodiagnóstico utilizaría para evaluar la autovaloración en estas pacientes?

---

Argumente su respuesta.

---

6. Si Ud. fuera a realizar una propuesta de intervención psicológica para potenciar la autovaloración en mujeres mastectomizadas con enfermedad oncológica mamaria que aspectos tendría en cuenta.

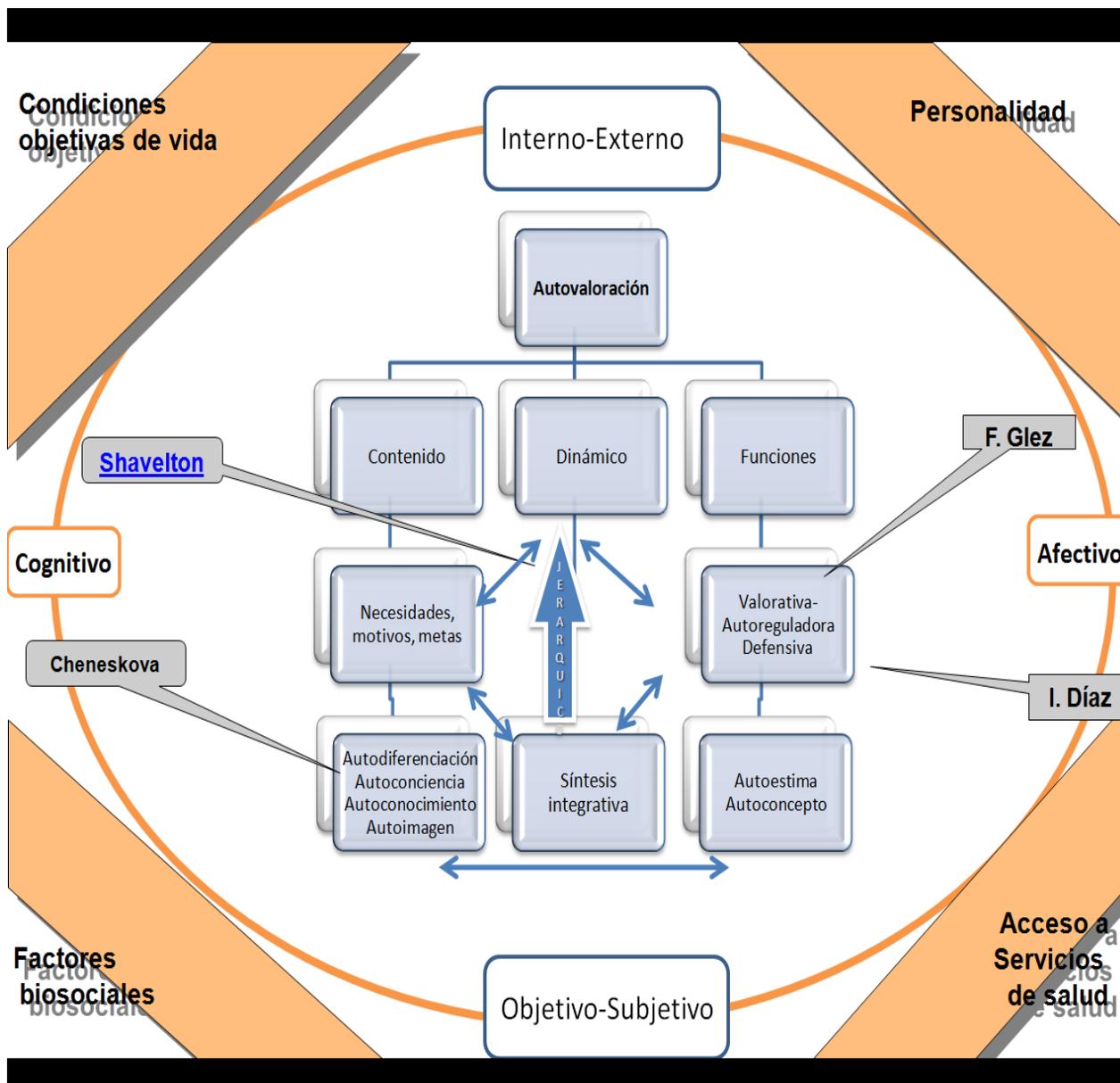
---

---

Anexo 2

**Esquema 1: Autovaloración: estructura, funciones y contenidos en mujeres con cáncer de mama.**

**Objetivos:** Sistematizar las principales categorías que integran la autovaloración.



Fuente: revisión bibliográfica.

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama, habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información en mi beneficio y el de las demás mujeres, asegurándome la máxima confiabilidad.

-----

-----

Firma de la Participante.

Firma del Cuidador testigo.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

Estimado paciente:

La investigadora del estudio para el cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE

MsC. Zeida Elvira Castillo Díaz

Autora del Estudio

-----

Fecha

Anexo 4

**Documento resumen de Historia Clínica.**

Objetivo: Verificar datos de interés.

Nombre:

Edad

Estado civil

Ocupación

Antecedentes patológicos personales

Antecedentes patológicos familiares

Estadio clínico

Tratamientos

Anexo 5

**Entrevista psicológica semi-estructurada para paciente.**

**Objetivo:** Diagnosticar la expresión de la autovaloración de la paciente, en su historia de vida y actual.

- Conocer datos generales (edad, ocupación laboral, raza, estado civil).

Edad:                      Estado civil:              Ocupación laboral:

1. Autoconocimiento: Conocimiento de las principales características, físicas, mentales ponderación de lo negativo o lo positivo, estabilidad de las valoraciones frente a las contingencias de la enfermedad y el conjunto de relaciones que ella impone. Dudas de tus capacidades y posibilidades.

Conocimientos sobre la enfermedad, tratamientos, pronóstico, vivencias asociadas: timidez, inseguridad. Tenacidad, valor que demuestra.

2. Autoestima: Amor propio, cuidado de su persona, sentimientos de autoafirmación, sobre la autoimagen, aceptación de la herida quirúrgica, enfrentamiento al hecho como necesidad, temor al enfrentamiento, perplejidad, reconstrucción de la autoimagen.

3. Principales necesidades, anteriores al diagnóstico, luego de él, preocupaciones, principales motivos e intereses. Fuerza de decisión para resolver sus necesidades.

4. Potencialidades con las que cree contar, cuáles serían sus mayores fortalezas, decisión de lucha y para el cambio, tenacidad, ayuda con que cuenta. Confianza en sí misma, seguridad.

5. Conocimiento de la situación de enfermedad, de su vida a partir del diagnóstico, ambiente hospitalario, experiencias previas. Habilidades comunicativas, representación de la figura del médico. Obstáculos y problemas existenciales que mayor impacto tiene actualmente.

6. Vivencias que ha determinado la situación de enfermedad, personalidad pre mórbida.

7. Principales aspiraciones, conductas hacia ellas. Balance de logros actuales y aspiraciones futuras

8. Reconocimiento de las contradicciones, autocontrol ante ellas, estrategias que emplea, capacidad para recuperarse y mejorar aprendiendo de los problemas.

9. Dependencia de los demás, quienes, significado de los otros en su vida, dignidad y amor por la independencia. Sentimientos de vergüenza, culpa. Optimismo, vivencias positivas, tendencias pre mórbidas.
10. Y en el futuro, metas, aspiraciones, planes, ayuda que recibe y brinda, si es capaz de solicitarla o espera a que se le ofrezca.
11. Autoaceptación, valor de sí, capacidad de autorregulación, en situaciones difíciles, son suficientes ahora tus conocimientos.
12. Comentarios.

Anexo 6

**Guía de observación participante 1.**

**Objetivo:** Contribuir a la comprensión de elementos de la autovaloración de la paciente.

**Aspectos a observar:**

1. Disposición a la entrevista, lenguaje, orientación psíquica, presencia personal, tono emocional, seguridad en sí misma.
2. Emociones positivas (risa, sonrisa, felicidad, emoción expresada de manera facial, vocal o corporal).
3. Enojo (gritos de enojo, alaridos, expresiones faciales de enojo, amenazas o quejas apasionadas).
4. Angustia (llanto, fastidio, lloriqueos, expresiones faciales de preocupación).
5. Presencia de algún familiar (expresiones de afecto, contacto visual, posición espacial, gestos, omisiones).

Anexo 7

**Escala Dembo Rubinstein (Modificada)**

**Objetivo:** Diagnosticar indicadores de expresión de la autovaloración.

Salud	Felicidad	Carácter	Intg.	PP.	Opt.	Conc. /sí	Autest.	Autcof.	Autocotrol	

¿Por qué se ubica en ese lugar?, ¿Qué le falta para llegar a la cima?, ¿Cómo entiende Ud. esa cualidad, en qué medida le es importante?

Leyenda:

- (Intg) Inteligencia
- PP: presencia personal
- Opt: optimismo
- Conc/sí: conocimiento de sí
- Autoest.: autoestima
- Autcof: autoconfianza

## Anexo 8

**Inventario de Autoestima de Coopersmith**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Objetivo; Diagnosticar indicador de autoestima de la paciente.

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

	SI	NO
1-Generalmente los problemas me afectan muy poco	_____	_____
2-Me cuesta trabajo hablar en público	_____	_____
3-Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi	_____	_____
4-Puedo tomar una decisión fácilmente	_____	_____
5-Soy una persona simpática	_____	_____
6-En mi casa me enojo fácilmente	_____	_____
7-Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	_____	_____
8-Soy popular entre las personas de mi edad	_____	_____
9-Mi familia generalmente tiene en cuenta mis sentimientos	_____	_____
10-Me doy por vencido(a) fácilmente	_____	_____
11-Mi familia espera demasiado de mi	_____	_____
12-Me cuesta mucho trabajo aceptarme		

- como soy \_\_\_\_\_
- 13-Mi vida es muy complicada \_\_\_\_\_
- 14-Mis compañeros casi siempre  
aceptan mis ideas \_\_\_\_\_
- 15-Tengo mala opinión de mí mismo \_\_\_\_\_
- 16-Muchas veces me gustaría irme  
de casa \_\_\_\_\_
- 17-Con frecuencia me siento a  
disgusto en mi trabajo \_\_\_\_\_
- 18-Soy menos guapo(o bonita)que  
la mayoría de la gente \_\_\_\_\_
- 19-Si tengo algo que decir  
generalmente lo digo \_\_\_\_\_
- 20-Mi familia me comprende \_\_\_\_\_
- 21-Los demás son mejores aceptados  
que yo \_\_\_\_\_
- 22-Siento que mi familia me  
presiona \_\_\_\_\_
- 23-Con frecuencia me desanimo  
con lo que hago \_\_\_\_\_
- 24-Muchas veces me gustaría ser  
otra persona \_\_\_\_\_
- 25-Se puede confiar muy poco en mi \_\_\_\_\_

Anexo 9

**Completamiento de frases (Rotter)**

**Objetivo:** Diagnosticar indicadores de expresión de la autovaloración de la paciente.

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. Fracasé
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 10

**Inventario de Ansiedad rasgo y estado (IDARE)**

**Objetivo:** Diagnosticar vivencias que determina la condición de la paciente.

**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.

Anexo 11

**Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)**

Objetivo: Diagnosticar vivencias que determina la condición de la paciente.

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 se..... ( )
- 19. Tengo gran confianza en el porvenir..... ( )
- 20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir ( )

## Anexo 12

**Guión de talleres de reflexión con expertos comprometidos.**

## Objetivos:

- ✓ Diseñar la estrategia de intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama.

## Procedimiento:

- ✓ Organizar el salón en forma de herradura.
- ✓ Entrega de 1 hoja de respuestas por persona.
- ✓ Presentación de las profesoras.
- ✓ Duración de cada sesión o ronda: (120 min)

**Orientación general:** Para los expertos seleccionados una vez llenada la encuesta en los datos generales, se les pide escuchar en silencio la presentación de cada técnica, reflexionar al respecto y tomar las notas pertinentes de forma individual para luego discutirlo con el compañero que seleccione el investigador de forma aleatoria, anotará sus deducciones y luego se debatirá en grupo, donde también anotará sus conclusiones coincidan estas o no con las del grupo.

De antemano se aclara que no hay respuestas buenas ni malas, solo es necesaria la apreciación personal de cada uno y la calificación de la encuesta será individual.

- Técnica de presentación “ Quien soy” ( 5min)
- PP “Viaje por la vida” (2 min) Bienvenida.
- PP “Introducción” (2 min)
- Técnica “Te queremos” (5 min)
- PP “Para no enfermarse” (2min)
- PP “ Fundamentos teóricos de las terapias afectivas”)( 5m)
- PP ”Águia” (2 min)
- Encuesta. 1ra parte. (5 min). Técnica de reflexión y debate (Lluvia de ideas) 10 m
- Técnica “La Risa” (10 min)
- PP “Humor Terapéutico” (5 min)
- Técnica “El espejo” ( 5 min)
- Poema “Una sonrisa” de Charles Chaplin. (2min)
- Encuesta 2da parte ( 5 min) Técnica de reflexión y debate (Lluvia de ideas) 10 m
- Técnica “sentados uno de la pareja masajea cabeza y espalda” (10 min)
- PP ”Técnicas de relajación ) (5min)
- Técnica de relajación (15 min)
- Encuesta 3ra parte. (5 min) Técnica de reflexión y debate (Lluvia de ideas) 10 m
- PP “Cinco esferas” (3min)
- Poema “Vivir mejor” (2 min)
- PP “Somos lo que pensamos” (3 min)
- Técnica “Te quiero” (5 min)

- PP “Autoestima y aceptación de si mismo” ( 5 min)
- Técnica “Te quiero tal como eres” (5min)
- Poema “Soy lo que soy” (3min)
- Técnica “Te quiero por tu .....

**10:30 am MERIENDA**

**11:00 am 120 minutos**

- Fundamentos teóricos de la asertividad. (5 min)
- PP “Tal vez mañana sea demasiado tarde” (2 min)
- Poema “Solo por hoy” (2min)
- PP “Tu eres especial” (2 min)
- PP “Las amigos curan” (2 min)
- PP “Nuestro Taller” (2 min)
- Encuesta 5ta parte(5 min)
- Técnica “ Las manos” ( 10 min)
- PP “Fundamentos del Psicoballet” (5 min)
- Técnica “Danza Afectiva” ( 15 min)
- Encuesta 6ta parte(5 min) Técnica de reflexión y debate (Lluvia de ideas) 10 m
- Técnica “1 en el centro, otros acariciándolo” (10 min)
- PP Psicomusicoterapia . Breve esbozo de la psicomusicoterapia( 5min)
- Técnica “Ronda alegre masajes por la espalda”, disfrutar música (5 min)
- Encuesta 7ma parte(5 min) Técnica de reflexión y debate (Lluvia de ideas) 10 m
- Poema “El valor de un te quiero” ( 1 min)
- PP “El abrazo salvador” ( 1min)
- Poema “El Abrazo” ( 2 min)
- PP “Tócame” (1 min)
- PP “Abrazoterapia y tipos de abrazos” (10 min)
- Técnica “Los abrazos que conozco” ( 5min)
- Encuesta 8va parte(5 min)
- PP “Utopía” (3 min)
- Técnica de cierre “Agradezco” (10 min)

**Al Final:** Encuesta final sobre opinión del taller

Técnica de reflexión y debate (Lluvia de ideas) 10 m

(PNI). Profesión y fecha

Anexo 13

**Cuestionario 2: Criterio de expertos comprometidos para las definiciones metodológicas e instrumentales.**

Objetivo: Mejorar el sistema de técnicas a emplear durante las sesiones.

A psicólogos, psiquiatras, médicos y otros profesionales de la salud, con experiencia en el manejo de los desordenes emocionales en relación con las enfermedades crónicas, nos dirigimos para solicitar su valoración sobre este grupo de técnicas que pretendemos instrumentar en el tratamiento de dichos trastornos. Agradecemos de antemano su valiosa colaboración asegurándole el respeto a la ética médica.

Muchas gracias.

A continuación aparecen algunas interrogantes que usted debe ir resolviendo en el momento en que se le indique.

**1ra parte. Técnicas afectivas vivenciales.**

1. ¿Qué conocimientos previos tiene sobre estas técnicas? Teóricos \_\_\_\_ Prácticos \_\_\_\_

2. ¿Qué usuarios pudieran ser beneficiados con el uso de estas técnicas?

\_\_\_\_\_. Justifique

3. Marque con una X en la siguiente escala donde 1 significa no útil y 5 de gran utilidad.

¿Qué utilidad le confiere para la labor psicoterapéutica?

5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1 Justifique

**2da parte. Humor terapéutico.**

1. ¿Qué conocimientos previos tiene sobre estas técnicas? Teóricos \_\_\_\_ Prácticos \_\_\_\_

2. ¿Qué usuarios pudieran ser beneficiados con el uso de estas técnicas?

\_\_\_\_\_. Justifique

3. Marque con una X en la siguiente escala donde 1 significa no útil y 5 de gran utilidad.

¿Qué utilidad le confiere para la labor psicoterapéutica?

5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1 Justifique

**3ra parte. Técnicas de relajación.**

1. ¿Qué conocimientos previos tiene sobre estas técnicas? Teóricos \_\_\_\_ Prácticos \_\_\_\_

2. ¿Qué usuarios pudieran ser beneficiados con el uso de estas técnicas?

\_\_\_\_\_. Justifique

3. Marque con una X en la siguiente escala donde 1 significa no útil y 5 de gran utilidad.

¿Qué utilidad le confiere para la labor psicoterapéutica?

5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1 Justifique

#### **4ta parte. Autoestima.**

1. ¿Qué conocimientos previos tiene sobre estas técnicas? Teóricos \_\_\_\_ Prácticos \_\_\_\_

2. ¿Qué usuarios pudieran ser beneficiados con el uso de estas técnicas?

\_\_\_\_\_. Justifique

3. Marque con una X en la siguiente escala donde 1 significa no útil y 5 de gran utilidad.

¿Qué utilidad le confiere para la labor psicoterapéutica?

5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1 Justifique

#### **5ta parte. Danza afectiva**

1. ¿Qué conocimientos previos tiene sobre estas técnicas? Teóricos \_\_\_\_ Prácticos \_\_\_\_

2. ¿Qué usuarios pudieran ser beneficiados con el uso de estas técnicas?

\_\_\_\_\_. Justifique

3. Marque con una X en la siguiente escala donde 1 significa no útil y 5 de gran utilidad.

¿Qué utilidad le confiere para la labor psicoterapéutica?

5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1 Justifique

#### **6ta parte. Psicomusicoterapia**

1. ¿Qué conocimientos previos tiene sobre estas técnicas? Teóricos \_\_\_\_ Prácticos \_\_\_\_

2. ¿Qué usuarios pudieran ser beneficiados con el uso de estas técnicas?

\_\_\_\_\_. Justifique

3. Marque con una X en la siguiente escala donde 1 significa no útil y 5 de gran utilidad.

¿Qué utilidad le confiere para la labor psicoterapéutica?

5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1 Justifique

**7ma parte. Abrazoterapia**

1. ¿Qué conocimientos previos tiene sobre estas técnicas? Teóricos \_\_\_\_\_ Prácticos \_\_\_\_\_

2. ¿Qué usuarios pudieran ser beneficiados con el uso de estas técnicas?  
\_\_\_\_\_ . Justifique

3. Marque con una X en la siguiente escala donde 1 significa no útil y 5 de gran utilidad.

5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1 Justifique

**8va parte. Sobre los productos puestos a consideración.**

1 ¿Qué opinión tiene sobre la presentación y contenido de la guía psicoeducativa?

Sugerencias: \_\_\_\_\_

2 ¿Qué utilidad le confiere a la guía psicoeducativa, para la labor psicoterapéutica?

Sugerencias: \_\_\_\_\_

3 ¿Qué opinión tiene sobre la presentación y contenido de la multimedia?

Sugerencias: \_\_\_\_\_

4 ¿Qué utilidad le confiere a la multimedia para la labor psicoterapéutica?

Sugerencias: \_\_\_\_\_ 5

¿Qué opinión tiene sobre la secuencia, balance y contenido de la planificación de la intervención psicoterapéutica?

Sugerencias: \_\_\_\_\_

6 ¿Qué opinión tiene sobre el tiempo de cada sesión, número de ellas?

Sugerencias: \_\_\_\_\_

Anexo 14

Parámetros de evaluación de la adecuación para mujeres con cáncer de mama no metastásico.

Indicadores	Dimensiones	Parámetros de evaluación		
		Adecuación	Inadecuación	
			Sobrevaloración	Subvaloración
1	Valoración de sí, conoce su capacidad de lucha y valor intrínseco, sus cualidades reales y cuenta con sus debilidades.	Predominio en su valoración sobre sí de cualidades positivas sobre las negativas. Aprobación en la apariencia personal.	Exacerbación de cualidades positivas sobre las negativas, que no se corresponde con la realidad.	Predominio de cualidades negativas sobre las positivas. No aprueba su apariencia personal.
	Tendencia a la estabilidad en las valoraciones	Estabilidad por sí misma	Fluctuación para los demás.	Inestabilidad. Subordinación.
	Conocimiento de la enfermedad, riesgo de recaídas, estilos de vida, acciones, tratamientos.	Alto: suficiente conocimiento 60% respuestas positivas expresa conocimiento.	Medio: 60% a 40%, o bajo, pero se sitúa como un alto conocedor.	Bajo: Menor del 40 % de respuestas acertadas, expresa desconocimiento.
2	- Grado de aceptación de la autoimagen.	Acepta los cambios corporales. Reconceptualiza su imagen a partir de las cualidades espirituales y psicológicas de sí mismo.	No acepta los cambios corporales, ni la mastectomía, como normales en la situación de salud. Los evade, frustración.	No acepta los cambios, está sometida, lo que le crea sentimientos de disconfort, e inferioridad muy fuertes.
	- Nivel de autoestima.	Estar orgulloso de ser quien es. Aceptar sus éxitos y fallos, mantener la confianza en sí.	Intolerante, visión de sí y sus capacidades deformada, negativista.	Falta de confianza en sí mismo, bajo rendimiento, visión distorsionada de sí.
3	Grado de comprensión de la situación de vida en la enfermedad y de las relaciones que impone (equipo médico, hospitalización).	Conocimiento de la situación de vida en la enfermedad, adaptación al medio hospitalario, comunicación abierta con el equipo y a otras contingencias con potencial de obstáculo.	Conoce, pero no se adapta al hospital, u otras contingencias, se comunica según sus necesidades. Prepotencia.	Bajo conocimiento, rechaza la hospitalización y teme comunicarse. Claudica o evade ante los obstáculos.
	- Autoconfianza.	Muestra sus sentimientos y emociones con libertad. Afronta los retos con optimismo, intentando superar el miedo y	Muestra prepotencia, reactividad emocional. Afronta los nuevos retos, con autosuficiencia, para superar el miedo,	Inseguridad, rechazo a expresarse, reactividad emocional alta. Afronta los nuevos

		asumiendo responsabilidades.	necesita ayuda, pero puede rechazarla.	retos, con miedo y dependencia.
4	Ponderación de las necesidades y motivos del cambio, en la situación de enfermedad.	Ponderación de las necesidades del cambio, de vivir y de la cotidianidad.	Frecuentemente emite dudas sobre necesidades del cambio, de vivir.	Prefiere morir. Evitación de la situación.
	- Vivencias que determina la condición de enferma.	Vivencias de ansiedad: intranquilidad, angustia, y depresión: desesperanza, tristeza, bajas como estado. Reconoce y enfrenta las vivencias negativas.	ansiedad-depresión, medias o alta como estado, diferencias en comparación con la peculiar. Puede no reconocerlo.	ansiedad-depresión, altas como estado y en comparación con la peculiar. Lo reconoce.
	- Correspondencia entre nivel de aspiraciones y nivel de ejecución.	Aspiraciones de mejorar y conducta proactiva en consonancia.	Aspiraciones no realistas de mejorar, conducta pasiva ocasionalmente.	Sin aspiraciones de mejorar o con ella pero la conducta no lo evidencia.
5	-Autocontrol frente a las contradicciones generadas por la enfermedad (vivir-morir, activo-pasivo, aceptación-rechazo)	Resolución de las contradicciones con estrategias de ganar, aprende de los fracasos. Capacidad resiliente.	Puede verse superada por las contradicciones, evasión o negación, subestima el problema.	Es superada por las contradicciones, se centra en sentidos personales sobre la enfermedad. Claudicación
	-Independencia de las valoraciones ajenas devaluantes en su regulación.	Se conduce y valora con independencia de las valoraciones de los demás.	Se conduce pero no se valora con independencia de los demás.	Las valoraciones de los demás centran su comportamiento.
	-Vivencia plausible de optimismo y satisfacción de sí.	Optimismo y satisfacción de sí.	Optimismo y satisfacción de sí, con claudicación frente a los retos de la enfermedad.	Vergüenza en público, indefensión, pesimismo.
6	-Elaboración de metas, planes de vida para sí mismas.	Ha trazado metas, planes de vida para sí mismas y la familia.	Metas y planes de vida para la familia, ajenos a la situación real.	No ha trazado metas, ni planes de vida.
	-Colaboración con el otro.	Ayuda a los demás, da ánimos, reconoce la ayuda que le dan.	Cree no necesitar de la colaboración con los demás.	Necesita más, que lo que ayuda a los demás.
	-Autoaceptación y solución de contradicciones.	Identifica y acepta sus cualidades y defectos, lucha por preservar sus fortalezas espirituales. Asume los problemas como retos a enfrentar y valora las posibilidades reales de triunfo.	No identifica adecuadamente sus cualidades, lucha por preservar sus posiciones, sin abrirse. Asume los problemas como amenazas a superar.	No acepta los cambios, se resiste al enfrentamiento, mantiene una actitud pasiva, ve los problemas como amenazas de muerte.

Fuente: Criterio de expertos. Teoría fundamentada.

Anexo 15.

**Bitácora de control de cambios terapéuticos.**

Consiste en un registro que lleva el psicoterapeuta y se utilizó para registrar las incidencias de los pacientes después de recibir tratamiento con diferentes técnicas psicológicas. Su interpretación es cualitativa, y su finalidad es para la toma de decisiones terapéuticas, acorde a los indicadores de expresión previamente determinados por criterio de expertos. Se utilizaron las siguientes categorías:

- I. Contingencias médicas en consulta oncológica, exámenes o durante el tratamiento en sala.
  - Eclósión de sentimientos negativos.
  - Necesidad de psicofármacos.
  - Negativismo, conductas regresivas.
  - Reacciones inadaptativas a la quimioterapia.
  - Reacciones inadaptativas a la radioterapia.
  - Dolor, discapacidad funcional del brazo afecto, síntomas en la herida quirúrgica.
  - Convivencia hospitalaria potencialmente desequilibrante.
  - Conducta proactiva, de ayuda a los demás, autoafirmativa, motivada y de lucha: \_\_ Alta, \_\_ tendencia a alta, \_\_ media, \_\_tendencia a baja, \_\_baja.

II. Contingencias familiares.

Dificultades económicas de cualquier orden que afecten la nutrición, traslado o cuidado del paciente.

Crisis familiares concomitantes a la enfermedad.

Aparición de líneas de fractura en la dinámica familiar con valor potencial para el equilibrio del paciente.

Conducta familiar proactiva, de ayuda, afirmación de la paciente y sus potencialidades de lucha: \_\_ Alta, \_\_ tendencia a alta, \_\_ media, \_\_tendencia a baja, \_\_baja.

III. Control de cambios en los indicadores de expresión de la autovaloración.

Participación en las actividades de grupo: \_\_ Alta, \_\_ tendencia a alta, \_\_ media, \_\_tendencia a baja, \_\_baja.

- tareas para el hogar.
- de debate con contenido psicoeducativo, mejora del conocimiento.
- de reflexión vivencial (nivel de apertura: hacia la positividad \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| negatividad).
- de autoafirmación y autovaloración estable y positiva.
- expresión de necesidades con tendencia orientadora.
- aprendizaje de formas de autocontrol. Locus de control interno.
- de ayuda a los demás, independencia del criterio externo.
- de autoevaluación y evaluación de sus compañeras.
- denota sentimientos de lucha y conductas salutogénicas.
- planteamiento y solución de las contradicciones.
- planteamiento activo de metas y planes a largo plazo.
- balance de expectativas y posibilidades hacia la positividad.
- aceptación y autorregulación hacia el control de la enfermedad.

Expresión afectiva: hacia la positividad \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| negatividad

Cuidados de la presencia personal.

Cumplimiento de las normas de grupo.

IV. Resumen integrativo de control de cambios:

\_\_ Alta, \_\_ tendencia a alta, \_\_ media, \_\_tendencia a baja, \_\_baja.

V. Funcionamiento de indicadores grupales: \_\_ Alta, \_\_ tendencia a alta, \_\_ media, \_\_tendencia a baja, \_\_baja.

- Generalización.
- Contraste de la realidad.
- Cohesión.
- Comunicación entre los pares y el terapeuta.

- Índice de satisfacción grupal.

VI. Recomendaciones:

continuar actividades en grupo.

continuar con recomendaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

salir de la modalidad grupal.

Recomendaciones para la consolidación:

\_\_\_\_\_

Anexo 16

**Observación participante a la paciente 2:**

Registro de las observaciones grupales. Día: \_\_\_\_\_

Técnica: \_\_\_\_\_

paciente	Realizó tarea hogar	Participa demuestra aprendido	Estado emocional	Confianza en sí misma	Colabora con los demás	Cuidado de sí misma	Lucha por sí misma	Autoaceptación	Cambio
----------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------	----------------	--------

1

222

---

Total

---

*Origen:* sesiones  
Bien: 1, Regular: 2, Mal: 3

Anexo # 17

**Observación participante 3:**

Registro de los parámetros grupales. Día: \_\_\_\_\_

Sesión	Comunica- ción	Partic. en el trabajo	Expresió n emocion al	Confian za	Colabor ación	Interacciones		Cohesión	Contras te de la realidad	Cumpl.de objetivos
						densida d	valenci a			

1

---

*Origen:* sesiones

Calificación: Bien: 1, Regular: 2, mal: 3

Liderazgo: \_\_\_\_\_

Miembros más activos: \_\_\_\_\_

Miembros inhibidos: \_\_\_\_\_

Miembros rechazados: \_\_\_\_\_

Recomendaciones:

Anexo 18

**Encuesta de satisfacción con la intervención para pacientes**

**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:

\_\_\_\_ Psicomusicoterapia

\_\_\_\_ Audiovisuales educativos

\_\_\_\_ Debates grupales

\_\_\_\_ Técnicas reflexivo-vivenciales

\_\_\_\_ Guía Psicoeducativa.

3. Cómo se siente con respecto a:

Autoimagen:

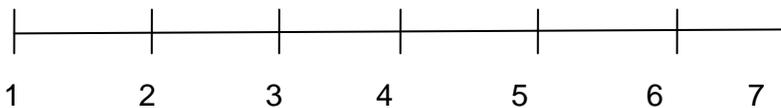


Muy satisfecha

Neutra

Nada Satisfecha

-¿Conforme con Ud. misma?:



Muy Conforme

Neutra

Nada Conforme

Autoestima:





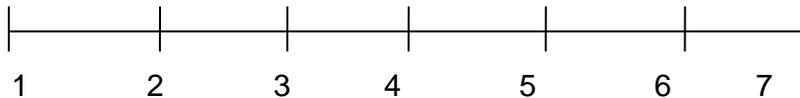
Muy Abatida      Neutra      Nada Abatida

Intranquila, como en estado de zozobra:



Muy Intranquila      Neutra      Nada Intranquila.

4. De forma general, se sintió satisfecha con la intervención recibida.



Muy satisfecha      Neutra      Nada Satisfecha.

5. ¿Se sintió satisfecha con la interacción entre las compañeras de grupo?
6. ¿Se sintió satisfecha con la actividad del psicólogo?
7. ¿Se sintió satisfecha con las condiciones en que transcurrieron los encuentros de grupo?
8. ¿Se sintió satisfecha con el seguimiento individual, luego de finalizadas las actividades de grupo?
9. Según su apreciación los encuentros en que ha participado le permitieron mejorar su autovaloración en: \_\_\_\_\_ y como persona en \_\_\_\_\_
10. ¿Recomendarías a otra paciente esta opción de tratamiento? Sugerencias:

---

---

Conclusiones: \_\_satisfecho, \_\_algo satisfecho, \_\_insatisfecho e \_\_improcedente

Anexo 19

**Encuesta de satisfacción para equipo médico:**

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.

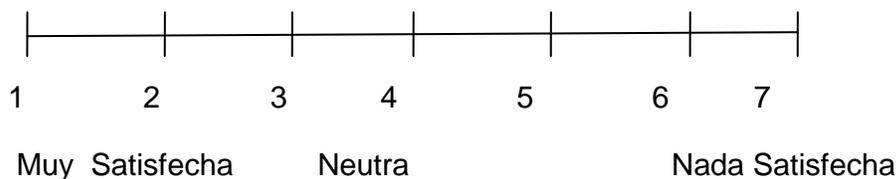
- Constatar la efectividad de la intervención.

1. Cómo ve en términos generales a su paciente:

Mejor\_\_\_\_\_ No observa cambios\_\_\_\_\_ Peor\_\_\_\_\_ Comentarios:  
\_\_\_\_\_

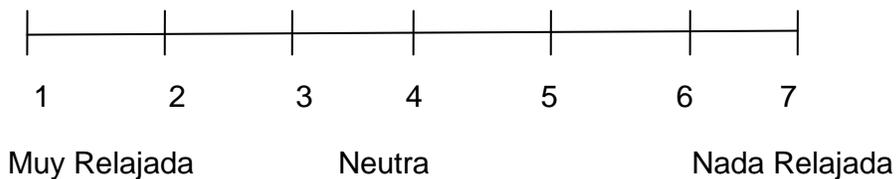
2. ¿Refiere la paciente que alguna incomodidad con el local, psicólogo, grupo o seguimiento individual?\_\_\_\_\_

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

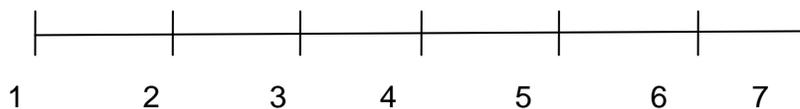


4. Cómo cree que él se siente afectivamente:

**Relajada:**

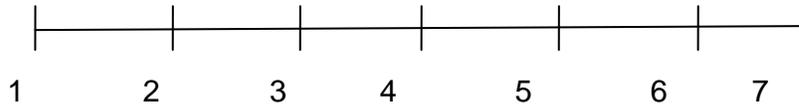


**Confiada:**



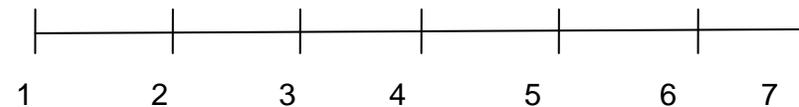
Muy Confiada                      Neutra                      Nada Confiada

**Con espíritu de lucha:**



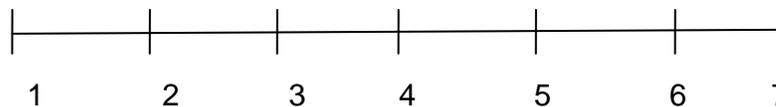
Muy Aceptada                      Neutro                      Nada

**Tristeza:**



Muy Triste                      Neutra                      Nada triste

**Abatida:**



Muy Abatida                      Neutra                      Nada Abatida

**Irritabilidad:**



Muy Irritada                      Neutra                      Nada Irritada

Cómo cree que se siente en cuanto a:

**Conforme con su persona:**



Muy Conforme                      Neutra                      Nada Conforme

**Autoestima:**

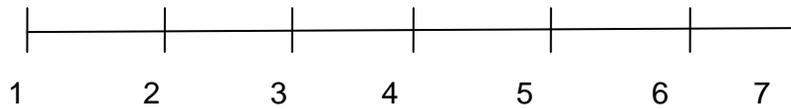


Muy alta

Media

Baja

**Autoaceptación:**

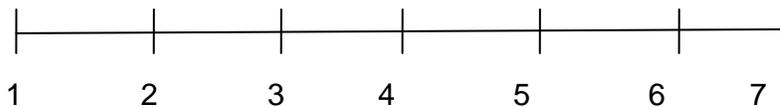


Muy Aceptada

Neutra

Nada Aceptada

**Adherencia terapéutica:**



Muy Bien

Neutra

Mala adherencia

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

cada vez más fácil.

cada vez más difícil.

amenazante.

relajante.

Conclusiones:  satisfecho,  algo satisfecho,  insatisfecho e  improcedente

Anexo # 20.

**Encuesta de satisfacción para los familiares:**

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 familiar con la intervención psicoterapéutica recibida por su paciente.

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

- 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 practica más en la casa. Marque con una X:

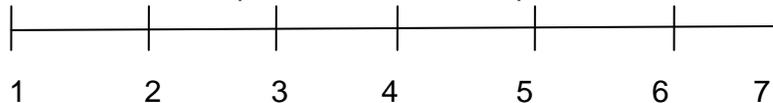
\_\_\_\_ Ejercicios de respiración o relajación.

\_\_\_\_ Lecturas de la guía psicoeducativa.

\_\_\_\_ Tareas para el hogar.

3. ¿Refiere la paciente que alguna incomodidad con el local, psicólogo, grupo o seguimiento individual?

4. Cómo cree que se siente con respecto a su autoimagen.



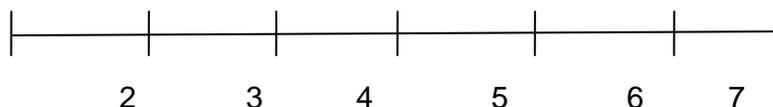
Muy Satisfecha

Neutra

Nada Satisfecha

Cómo cree que se siente afectivamente:

**Relajada:**

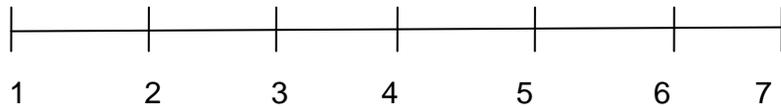


Muy Relajada

Neutra

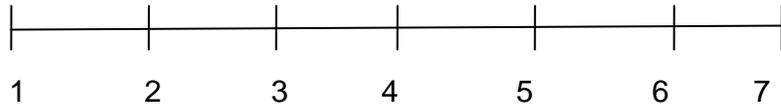
Nada Relajada

**Confiada:**



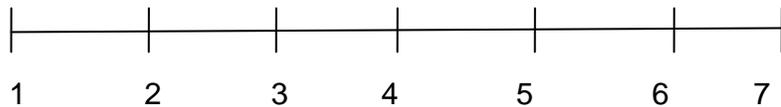
Muy Confiada                      Neutra                      Nada Confiada

**Con espíritu de lucha:**



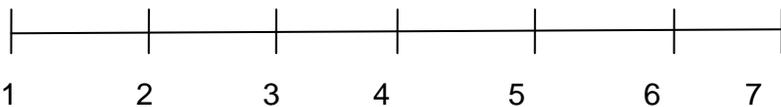
Mucho                      Neutro                      Nada

**Tristeza:**



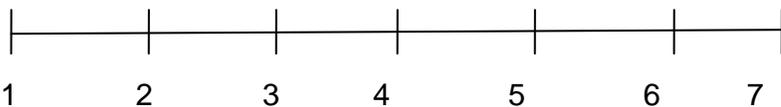
Muy Triste                      Neutra                      Nada triste

**Abatida:**



Muy Abatida                      Neutra                      Nada Abatida

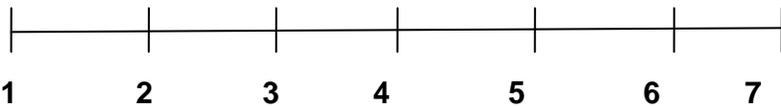
**Irritabilidad:**



Muy Irritada                      Neutra                      Nada Irritada

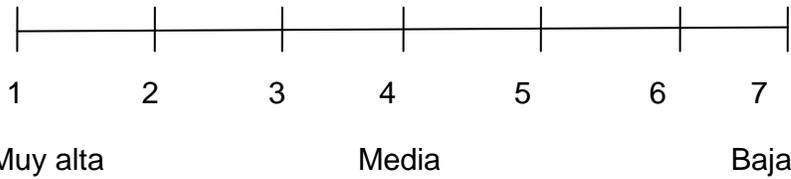
Cómo cree que se siente en cuanto a:

**Conforme con su persona:**

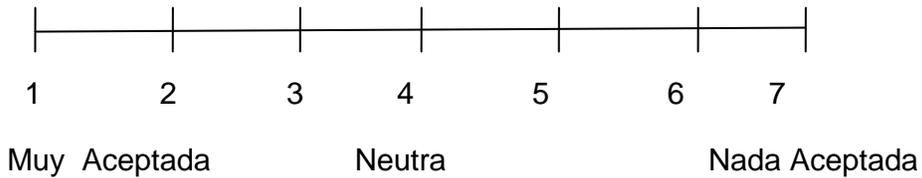


Muy Conforme                      Neutra                      Nada Conforme

**Autoestima:**



**Autoaceptación:**



5. Al hablar de sus problemas en la familia, dice que le resulta (marque con una X):

cada vez más fácil.

cada vez más difícil.

amenazante.

relajante.

Conclusiones:  muy satisfecho,  satisfecho,  algo satisfecho,  insatisfecho e  impropcedente

Anexo 21

**Control de ejercicios de relajación**

Objetivos: Identificar las dificultades en la ejecución del ejercicio.

- De ejecución difícil, regular o fácil.
- Altamente Beneficioso: total tranquilidad, disminución del tono muscular, sensación de armonía, de paz interior y para el caso de los ejercicios respiratorios también sensación de respirar mejor.
- Favorable: No total tranquilidad, puede o no acompañarse de relajación muscular parcial o ausencia de armonía o paz interior o ambas. Para el caso de los ejercicios respiratorios sensación de respirar un poco mejor.
- No Beneficioso: no tranquilidad, no se acompaña del resto de las sensaciones antes descritas.
- Realización: sistemática, esporádica, nunca.
- Momento en que le resulta más útil: \_\_\_\_\_.

Anexo 22

**Autorreporte vivencial**

Objetivo: Identificar los estados emocionales, necesidades y preocupaciones.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Instrucciones:

A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos que usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal, cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, el extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que le ha sido experimentado.

Usted debe marcar el punto de la línea que considere refleje el grado en que usted ha experimentado estas emociones durante estos últimos años.

a) Vivencia

Intensidad \_\_\_\_\_ Escasamente \_\_\_\_\_ Moderadamente

Intensamente

Inquietud

Desconfianza de sus potencialidades

Irritabilidad

Tristeza

Apatía por el futuro, planes, metas

Miedo a la enfermedad o relacionado

Inseguridad en las aspiraciones

Sufrimiento por su imagen o relacionado

Abatimiento

Angustia sobre el control o relacionado

Ira

Rechazo a los demás o a sí mismo

Ansiedad

Desprecio hacia sí

b) Preocupaciones: \_\_\_\_\_

c) Necesidades: \_\_\_\_\_

d) Pensamientos sobre sí: \_\_\_\_\_

e) Métodos de autocontrol usados: \_\_\_\_\_

f) Aceptación y solicitud de ayuda: \_\_\_\_\_

Anexo 23

**Aval de puesta en práctica.**

Por las facultades que me están conferidas como Director del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”, apruebo el aval de puesta en práctica de los productos derivados del Proyecto Ramal “Ampliando Horizontes, aprobado en 2005. Una estrategia integral para la rehabilitación de la mujer con cáncer de mama”, los resultados introducidos y generalizados fueron los siguientes:

1. Guía Psicoeducativa para pacientes con cáncer de mama.
2. Multimedia educativa “Conjugando amor y salud”
3. Intervención psicoterapéutica integrativa para mujeres con cáncer de mama.

Los instrumentos detallados previamente, son utilizados en las salas de oncología para la atención de las pacientes, con excelentes resultados y satisfacción de los pacientes, con adecuada atención a las normas bioéticas.

Sin más:

Firmas

Dr. Carlos A García Esparza

J´ de Consulta Externa

\_\_\_\_\_

Dr. Diovani Hernández Plasencia

Vicedirector de Oncología.

\_\_\_\_\_

Dr. Luis Manuel Reyes Hernández

\_\_\_\_\_

Director Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”

Santa Clara

Jefe del consejo científico.

\_\_\_\_\_

Presidente del Comité de Ética médica.

\_\_\_\_\_

## Anexo 24

## Tablas

Tabla 1: Descripción de los expertos. Categoría Científica y Docente.

Categoría Científica		Categoría Docente	
Dr. en C	16	Titulares	16
Ms. Ciencias	21	Auxiliares	14
		Asistentes	7
Total	37	Total	37

Fuentes: Cuestionario para expertos

COEFICIENTE DE CONCORDANCIA DE KENDALL	VALOR ALFA	N-1 GL	S2/CHI (TABLAS)	S2/CHI (CALCULADO)
0,711468225	0,05	7	14,067140433006	184,27027027027
	0,01	7	18,4753069054432	

## Anexo 25 Tablas descriptivas. Comparación ambos grupos.

Tabla 2: Edad ambos grupos. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara. 2012

GRUPO	EIDADES						Total
	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	
TESTIGO	19	60	93	24	19	7	222
ESTUDIO	26	62	81	28	16	9	222
Total	45	122	174	52	35	16	444

Fuentes: Entrevista, H. Clínica

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,079	,736
	V de Cramer	,079	,736
N de casos válidos		444	

Tabla 3: Estado Civil ambos grupos. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara 2012

GRUPO	ESTADO CIVIL			Total
	casada	soltera	viuda	
TESTIGO	152	27	43	222
ESTUDIO	150	18	54	222
Total	302	45	97	444

Fuentes: Entrevista, H. Clínica

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,083	,216
	V de Cramer	,083	,216
N de casos válidos		444	

Tabla 4: Ocupación laboral ambos grupos. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO	OCUPACIÓN LABORAL		
	TRABAJADORA	AMA DE CASA	Total
TESTIGO	98	124	222
ESTUDIO	100	122	222
Total	198	246	444

Fuentes: Entrevista, H. Clínica

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,059	,217
	V de Cramer	,059	,217
N de casos válidos		444	
Correlaciones /ocupación laboral/ estudio-testigo		t	Sig.
Apoyo familiar percibido		-1,617	,107
Situación económica		,847	,398

Tabla 5 Nivel de escolaridad ambos grupos. Hospital Universitario

“Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		NIVEL DE ESCOLARIDAD				Total
		primario	secundario	medio superior	superior	Total
TESTIGO	#	3	76	34	34	222
	%	1,4	34,2	15,3	15,3	100,0
ESTUDIO	#	12	81	51	51	222
	%	5,4	36,5	23,0	23,0	100,0
Total	#	15	157	85	85	444
	%	3,4	35,4	19,1	19,1	100,0

Fuentes: H. Clínica, Entrevista psicológica semi-estructurada

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,178	,003
	V de Cramer	,178	,003
N de casos válidos		444	

Tabla 6: Etapa Clínica ambos grupos. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO	ETAPA CLÍNICA			Total
	Etapa 0	Etapa I	Etapa II	
TESTIGO	15	110	97	222
ESTUDIO	15	117	90	222
Total	30	234	180	444

Fuentes: H. Clínica

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 <sup>a</sup>	2	1,000
Razón de verosimilitudes	,000	2	1,000
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	444		
a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,00.			
Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,000	1,000
	V de Cramer	,000	1,000
N de casos válidos		444	

Tabla 7 Tratamientos oncoespecíficos usados ambos grupos. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara. 2012

GRUPO	TRATAMIENTOS USADOS		Total
	cirugía c, quimio, radio, hormono	cirugía r, quimio, radio, hormono	
TESTIGO	119	103	222
ESTUDIO	113	109	222
Total	232	212	444

Fuentes: H. Clínica

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,325 <sup>a</sup>	1	,569		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,226	1	,635		
Razón de verosimilitudes	,325	1	,569		
Estadístico exacto de Fisher				,635	,317
Asociación lineal por lineal	,324	1	,569		
N de casos válidos	444				

Medidas simétricas	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,027
	V de Cramer	,027
N de casos válidos	444	

Tabla 8 Hábitos tóxicos ambos grupos. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO	HÁBITOS TÓXICOS			Total
	tabáquico	Bebidas alcohólicas	ninguno	
TESTIGO	108	16	98	222
ESTUDIO	97	27	98	222
Total	205	43	196	444

Fuentes: H. Clínica, Entrevista psicológica semi-estructurada

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,009	,982
	V de Cramer	,009	,982
N de casos válidos		444	

Tabla 9 Descriptivos Autoconocimiento ambos grupos. Hospital Universitario

“Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		AUTOCONOCIMIENTO			Total
		adecuado	indefinido	inadecuado	
TESTIGO	#	54	13	155	222
	%	24,3	5,8	69,8	100,0
ESTUDIO	#	45	17	160	222
	%	20,3	7,6	72,1	100,0
Total	#	99	30	315	444
	%	22,3	6,7	70,9	100,0

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,025	,601
	V de Cramer	,025	,601
N de casos válidos		444	

Tabla 10 Conocimiento de la enfermedad ambos grupos. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD			Total
		adecuado	medio	inadecuado	
TESTIGO	#	59	60	103	222
	%	26,6	27	46,3	100,0
ESTUDIO	#	83	54	85	222
	%	37,4	24,3	38,2	100,0
Total	#	142	114	188	444
	%	32,0	25,7	42,3	100,0

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,116	,015
	V de Cramer	,116	,015
N de casos válidos		444	

Tabla 11 Niveles de Autoestima ambos grupos. Hospital Universitario

“Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		AUTOESTIMA			Total
		alta	media	baja	
TESTIGO	#	52	42	128	222
	%	23,4	18,9	57,7	100,0
ESTUDIO	#	52	42	128	222
	%	23,4	18,9	57,7	100,0
Total	#	104	84	256	444
	%	23,4	18,9	57,7	100,0

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada, Inventario Coopersmith

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,000	1,000
	V de Cramer	,000	1,000
N de casos válidos		444	

Tabla 12 Descriptivos Autoimagen ambos grupos. Hospital Universitario

“Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		AUTOIMAGEN			
		aceptación	Reconstruida	no aceptación	indefinida
TESTIGO	#	72	0	113	37
	%	32,4	,0	50,9	16,7
ESTUDIO	#	32	35	127	28
	%	14,4	15,8	57,2	12,6
Total	#	104	35	240	65
	%	23,4	7,9	54,1	14,6

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,344	,000
	V de Cramer	,344	,000
N de casos válidos		444	

Tabla 13: Descriptivos autovaloración ambos grupos. Hospital Universitario

“Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		Autovaloración														
		Salud			Felicidad			Carácter			Inteligencia			Presen. personal		
TES T I GO		Sbr	Sb	A	Se	Sb	A	Se	Sb	A	Se	Sb	A	Se	Sb	A
	#	72	134	16	42	154	26	30	74	118	51	50	121	26	168	28
	%	32,4	60,4	7,2	18,9	69,4	11,7	13,5	33,3	53,2	23,0	22,5	54,5	11,7	75,7	12,6
EST UDI O	#	52	159	11	46	145	31	29	88	105	27	106	89	71	130	21
	%	23,4	71,6	5,0	20,7	65,3	14,0	13,1	39,6	47,3	12,2	47,7	40,1	32,0	58,6	9,5
T	#	124	293	27	88	299	57	59	162	223	78	156	210	97	298	49
	%	27,9	66,0	6,1	19,8	67,3	12,8	13,3	36,5	50,2	17,6	35,1	47,3	21,8	67,1	11,0
P X <sup>2</sup>		6,307			,891			1,985			32,363			26,722		
		,043			,640			,371			,000			,000		

Tabla 13: Descriptivos autovaloración ambos grupos (continuación). Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		Autovaloración											
		Optimismo			Conocimiento de sí			Autoconfianza			Autocontrol		
Tes tigo		Se	Sb	A	Se	Sb	A	Se	Sb	A	Se	Sb	A
	#	34	136	52	77	73	72	35	145	42	20	163	39
	%	15,3	61,3	23,4	34,7	32,9	32,4	15,8	65,3	18,9	9,0	73,4	17,6
Estu dio	#	52	160	10	61	35	126	48	150	24	49	155	18
	%	23,4	72,1	4,5%	27,5	15,8	56,8	21,6	67,6	10,8	22,1	69,8	8,1
Total	#	86	296	62	138	108	198	83	295	66	69	318	57
	%	19,4	66,7	14,0	31,1	24,3	44,6	18,7	66,4	14,9	15,5	71,6	12,8
P		34,165			29,953			7,030			20,127		
X <sup>2</sup>		,000			,000			,030			,000		

Fuente: Escala Dembo Rubinstein.

Leyenda: Sbr: Sobrevalorada, A: Adecuada, Sb: Subvalorada.

Tabla 14 Descriptivos ansiedad estado ambos grupos. Hospital Universitario

"Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara. 2012

GRUPO		ANSIEDAD ESTADO			Total
		alta	media	Baja	
TESTIGO	#	125	74	23	222
	%	56,3	33,3	10,4	100,0
ESTUDIO	#	125	74	23	222
	%	56,3	33,3	10,4	100,0
Total	#	250	148	46	444
	%	56,3	33,3	10,4	100,0

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada, IDARE

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,000	1,000
	V de Cramer	,000	1,000
N de casos válidos		444	

Tabla 15 Descriptivos ansiedad estado ambos grupos. Hospital Universitario

"Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara. 2012

GRUPO		ANSIEDAD ESTADO			Total
		alta	media	Baja	
TESTIGO	#	125	74	23	222
	%	56,3	33,3	10,4	100,0
ESTUDIO	#	125	74	23	222
	%	56,3	33,3	10,4	100,0
Total	#	250	148	46	444
	%	56,3	33,3	10,4	100,0

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada, IDARE

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,000	1,000
	V de Cramer	,000	1,000
N de casos válidos		444	

Tabla 16 Descriptivos de Autoaceptación ambos grupos. Hospital Universitario

“Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		AUTOACEPTACION			Total
		si	indefinida	no	
TESTIGO	#	45	15	167	222
	%	20,2	6,7	75,2	100,0
ESTUDIO	#	20	14	188	222
	%	9	6,3	84,7	100,0
Total	#	65	29	355	444
	%	14	6,5	80,0	100,0

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,118	,013
	V de Cramer	,118	,013
N de casos válidos		444	

Tabla 17 Niveles de autorregulación ambos grupos. Hospital Universitario

“Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO		AUTORREGULACIÓN			Total
		si	indefinida	no	
TESTIGO	#	33	12	177	222
	%	14,8	5,4	79,7	100,0
ESTUDIO	#	53	10	159	222
	%	23,8	4,5	71,6	100,0
Total	#	86	22	336	444
	%	19,4	4,9	75,7	100,0

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,094	,046
	V de Cramer	,094	,046
N de casos válidos		444	

Anexo 27 Comparación entre los grupos antes de la intervención.

Tabla 18. Comparación de medias índice autovaloración entre los grupos testigo y estudio antes de la intervención. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

ANTES				
GRUPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TESTIGO	222	,40003974562798	,094422408713506	,006337217135596
ESTUDIO	222	,38258479067303	,068153883203286	,004574189139823

Prueba de Levene: F= 33,267, Sig.= ,000

Prueba T para varianzas iguales: 2,233, Sig.= ,026

Tabla 19. Cualitativos del índice autovaloración entre los grupos testigo y estudio antes de la intervención. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO	AUTOVALORACIÓN ANTES		Total
	Inadecuada	Tendencia inadecuada	
TESTIGO	129 58,1%	93 41,9%	222
ESTUDIO	118 53,2%	104 46,8%	222
Total	247	197	444

Fuente multimetódica. Chi-cuadrado de Pearson = ,170

Anexo 28 Evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica.

Tabla 20. Comparación de medias índice autovaloración entre los grupos testigo y estudio después de la intervención en su primera fase. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

DESPUÉS				
GRUPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TESTIGO	222	,58535373608903	,117766468344077	,007903967833030
ESTUDIO	222	,77321807101219	,132208207970885	,008873233932865

Prueba de Levene:  $F = 4,267$  , Sig.= ,039

Prueba T para varianzas iguales:  $-15,809$ , Sig.= ,000

Prueba T para varianzas desiguales:  $-15,809$ , Sig.= ,000

Tabla 21. Comparación de Índices de autovaloración del grupo de estudio antes-después (2 meses). Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

Estadísticos de contraste	índice autovaloración (G_ Estudio) después - índice autovaloración - antes
Z	$-12,920^a$
Sig. asintót. (bilateral)	,000

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Tabla 22. Comparación de Índices de autovaloración del grupo de estudio antes-después-final. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

Estadísticos de contraste <sup>b</sup> ,después-final	
	índice autovaloración (G_ Estudio) final - índice autovaloración - después
Z	-9,604 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,000
Estadísticos de contraste <sup>b</sup> antes -final	
	índice autovaloración (G_ Estudio) final - índice autovaloración- antes
Z	-12,920 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,000

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Tabla 23. Comparación de medias índice autovaloración entre los grupos testigo y estudio al final luego de seis meses. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

FINAL				
GRUPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TESTIGO	222	,53153153153153	,095062832933392	,006380199594905
ESTUDIO	222	,76919978802332	,126469481280763	,008488075816136

Prueba de Levene: F= 14,434, Sig.= ,000

Prueba T para varianzas iguales: -18,615, Sig.= ,000

Prueba T para varianzas desiguales: -18,615, Sig.= ,000

Tabla 24. Comparación de Índices autovaloración grupo de testigo antes- después - final. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

Estadísticos de contraste <sup>b</sup>	índice autovaloración (G_Testigo) después -antes
Z	-12,763 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,000

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Nominal por nominal	Lambda	Simétrica	,288
		GRUPO dependiente	,536
		CAMBIO ANTES-FINAL dependiente	,015
	Tau de Goodman y Kruskal	GRUPO dependiente	,412
		CAMBIO ANTES-FINAL dependiente	,132
Nominal por nominal	Lambda	Simétrica	,076
		GRUPO dependiente	,122
		CAMBIO DESPUES-FINAL dependiente	,000

Prueba Lambda de Wilks

Tabla 25. Dinámica de cambio cualitativo Índices de autovaloración ambos grupos (2 meses). Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

GRUPO	CAMBIO ANTES-DESPUES				Total
	Inadecuada	Tendencia inadecuada	Tendencia adecuada	Adecuada	
TESTIGO	71 32,0%	87 39,2%	64 28,8%	0 0,0%	222
ESTUDIO	0 0,0%	72 32,4%	102 45,9%	48 21,6%	222
Total	71 16,0%	159 35,8%	166 37,4%	48 10,8%	444

Tabla 26. Dinámica de cambio cualitativo Índices de autovaloración ambos grupos (8 meses). Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

Grupo	CAMBIO DESPUES-FINAL				total
	Inadecuada	Tendencia Inadecuada	Tendencia Adecuada	Adecuada	
TESTIGO	89 40,1%	77 34,7%	56 25,2%	0 0,0%	222
ESTUDIO	0 0,0%	49 22,1%	98 44,1%	75 33,8%	222
Total	89 20,1%	126 28,4%	154 34,7%	75 16,9%	444

Fuente: Multimétrica. Sig.= ,000

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,539	,000
	V de Cramer	,539	,000
N de casos válidos		444	

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	129,114 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	175,163	3	,000
Asociación lineal por lineal	120,894	1	,000
N de casos válidos	444		

Anexo 28

EVALUACION	autoimagen	autoestima	conocimiento enfermedad	AUTOEVALUACIÓN AUTOVALORACIÓN									Vivencias estado		autorregulación	autoaceptación	INDICE DE AUTOEVALUACIÓN
				salud	felicidad	carácter	inteligencia	Presencia personal	optimismo	conocimiento de si	autoconfianza	autocontrol	ansiedad	depresión			
Pre. prueba	0,2545045	0,47297297	0,37387387	0,34572072	0,40653153	0,63738739	0,58108108	0,4009009	0,34234234	0,74436937	0,38513514	0,36599099	0,24436937	0,22635135	0,28378378	0,15315315	0,38258479
2do mes	0,76013514	0,797297297	0,57657658	0,81869369	0,83783784	0,79166667	0,78040541	0,88063063	0,83220721	0,78716216	0,7759009	0,85923423	0,58445946	0,58445946	0,81981982	0,81981982	0,77321807
8vo mes	0,4740991	0,79279279	0,40540541	0,84009009	0,71509009	0,79166667	0,63175676	0,73310811	0,86261261	0,91891892	0,70833333	0,83333333	0,52027027	0,60247748	0,86036036	0,84234234	0,769199788
Sig.	,279,000	,000,109	,000,000	,000,000	,000,742	,959,291	,000,252	,000,000	,000,012	,000,000	,000,000	,000,169	,000,000	,000,036	,000,050	,000,399	,000,000
Friedman	.000	.000	.000	.000	.000	.270	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Tabla 28: Resumen de Índices de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama. Grupo de Estudio.

Fuente: Multimétrica. Pruebas de comparación de medias T, Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y Prueba de Friedman

Tabla 29. Comparación de Índices de autovaloración ambos grupos, diferentes terapeutas. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

ÍNDICE AUTOVALORACIÓN G_ESTUDIO	CASOS					
	(Terapeuta a)		(Terapeuta p)		Total	
	N	%	N	%	N	%
	50	22,5%	172	77,5%	222	100,0%
	50	22,5%	172	77,5%	222	100,0%
Estadísticos de grupo						
ÍNDICE AUTOVALORACIÓN (G_ESTUDIO)		terapeuta	N	Media		
ANTES		T 1	50	,3557353		
		T2	172	,3903899		
DESPUÉS		T 1	50	,7995588		
		T2	172	,7655609		
FINAL		T 1	50	,7801471		
		T2	172	,7643895		

Prueba T para la igualdad de medias Sig. (bilateral): ,110, después y ,188, final

Tabla 30. Niveles de satisfacción con los resultados. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara. 2012

Clientes		Niveles de satisfacción						Total	
		Satisfecho		Algo satisfecho		Insatisfecho			
		n	%	n	%	n	%		
Paciente	Logro de objetivos	222	100					222	100
	Relación terapéutica	222	100					222	100
	Local y otros formales	207	93,2	15	6.7			207	100
Familiar		564	100					564	100
Equipo médico		5	100					5	100

Fuente: encuestas de satisfacción.

Anexo 29

Gráficos descriptivos.

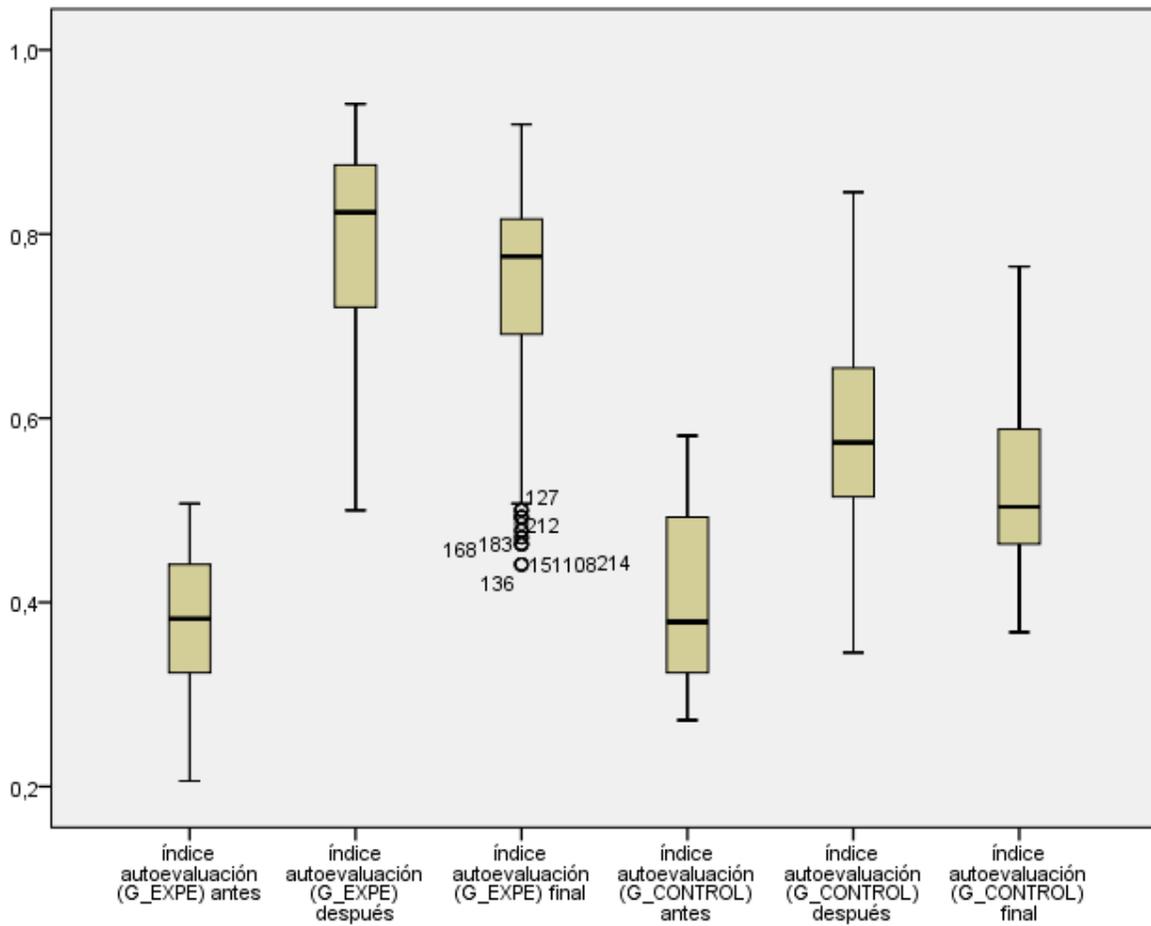


Gráfico 4 Índice de autovaloración en los tres momentos evaluativos, comparación entre los dos grupos. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

Fuente. Prueba estadística T para comparación de medias.

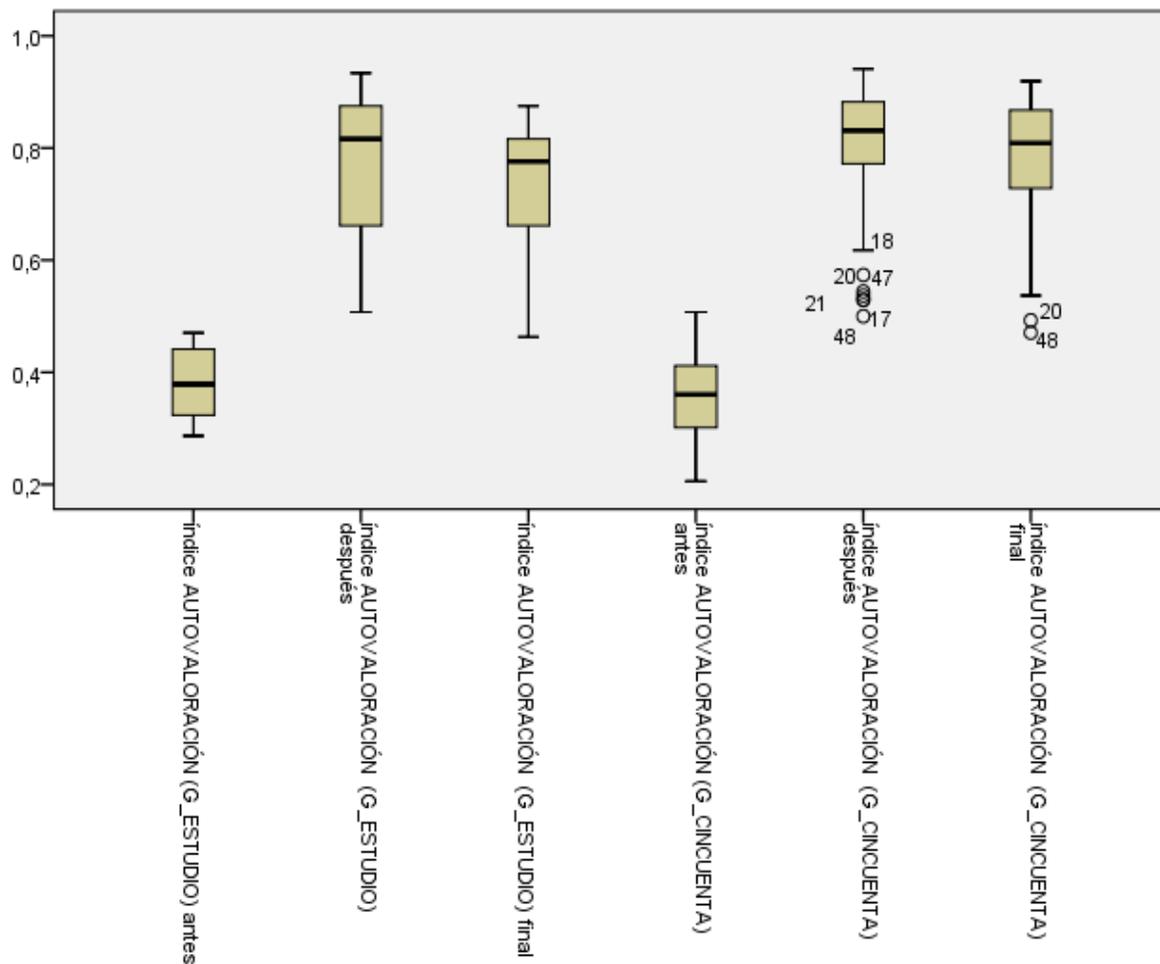


Gráfico 6 Índice de autovaloración en los tres momentos evaluativos, dos terapeutas. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

Fuente. Prueba estadística T para comparación de medias.

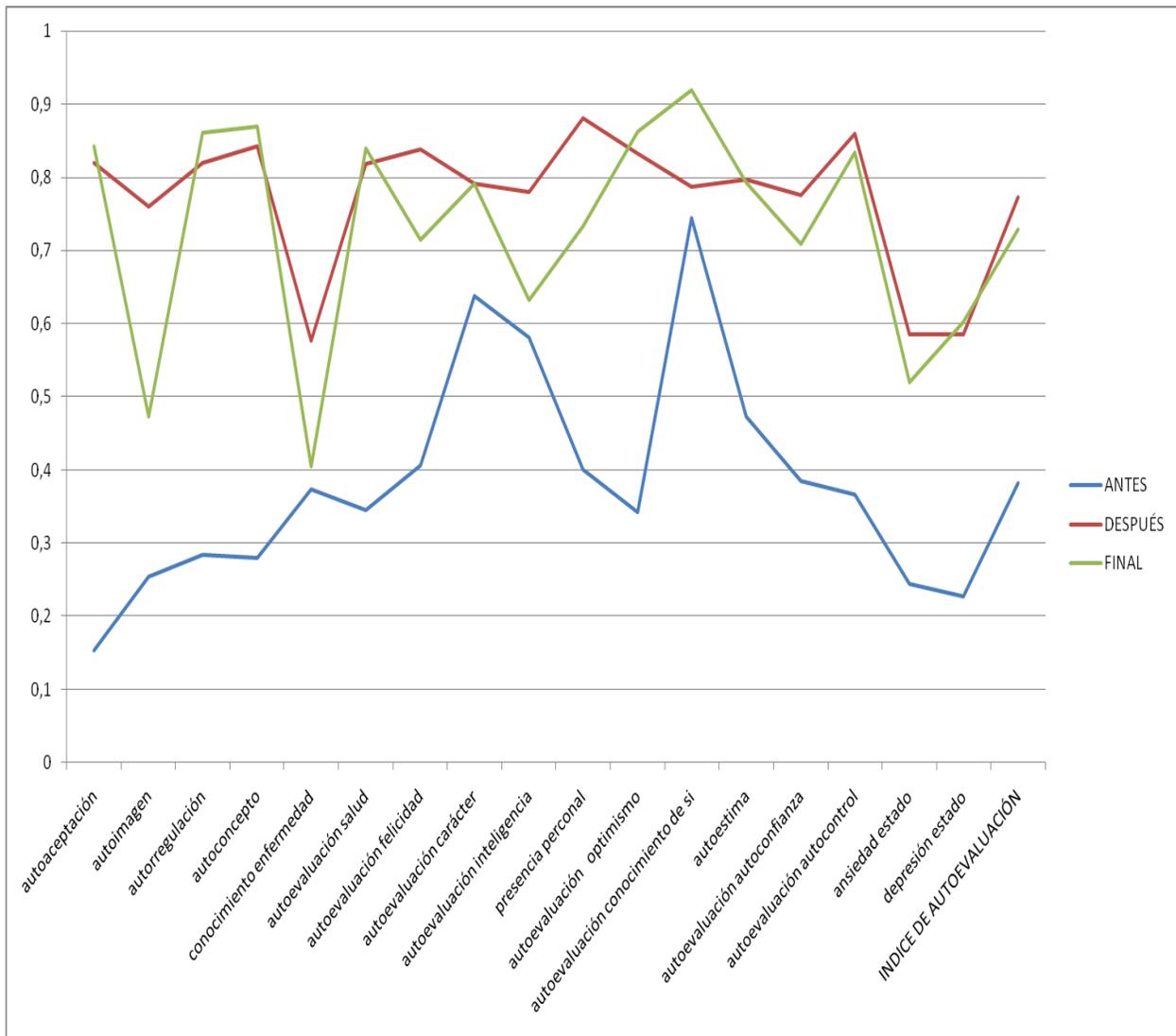


Gráfico 7 Índice de autovaloración en los tres momentos evaluativos, por variables. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara. 2012

Fuente. Prueba estadística T para comparación de medias.

Prueba de los signos con rango de Wilcoxon