

INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA
ESCUELA DE PSICOLOGIA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Clave de incorporación UNAM 8951-25

LA ACEPTACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL EN
MUJERES ADULTAS QUE HAN VIVIDO PATOLOGÍA
MAMARIA CON REQUERIMIENTO QUIRÚRGICO A
TRAVÉS DEL TALLER “SANANDO CICATRICES”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

PRESENTA

YARELI ALEJANDRA CEPEDA SOLANO

DIRECTORA DE TESIS: IRMA MAGNOLIA RAMÍREZ
GONZÁLEZ

TEHUACÁN, PUEBLA (OCTUBRE, 2022)



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Irma Magnolia Ramírez González por haberme brindado su tiempo, su conocimiento y su apoyo, su guía y motivación a lo largo de la carrera universitaria y ahora impulsarme para poder concluir esta etapa de mi vida. Porque en ella encontré una asesora, una gran profesora, un gran ser humano, que me inspira a seguir y conocer más sobre este camino de la psicología, gracias por escuchar mi historia por la cual decidí hacer esta tesis. Gracias por todo.

Gracias a mi madre por ser un ejemplo de amor incondicional, lucha constante, valentía y ser un ejemplo de mujer trabajadora. A mi padre por solventar mis estudios, por ser ejemplo de superación y trabajo constante para seguir aprendiendo, dándome ejemplo de amor al trabajo que realiza y mostrarme con hechos que no hay nada como amar lo que haces a diario.

Mi agradecimiento también va dirigido a mi hermana por el apoyo que me dio de múltiples formas en este proceso tan difícil que viví, gracias por su paciencia y su amor incondicional, por los sueños y metas que nos falta cumplir juntas y por separado, gracias por tu admiración y respeto.

Al instituto Universitario Sor Juana por la fe puesta en cada uno de nosotros y por ser la Institución que forjó mis primeros pasos como profesionista.

A Montse y Mónica que fueron mis confidentes, que me acompañaron de alguna u otra forma en todo este proceso, con pláticas interminables, lagrimas, complicidad, gracias por ser grandes seres humanos y grandes amigas.

A mis compañeros que me enseñaron el valor de la tolerancia, el respeto y el trabajo en equipos, gracias por todas las enseñanzas y complicidad que tuvimos les deseo éxito.

Gracias a mi hija por enseñarme el verdadero amor incondicional, por motivarme a ser mejor persona y seguir aprendiendo, a pesar de lo difícil que fue el camino los últimos años siempre me diste motivos para seguir adelante y este es un logro de ambas, te amo y gracias .

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada principalmente a mis padres por ser un gran apoyo, tanto emocional como económico en todo el proceso de formación que he tenido a lo largo de mi vida, apoyando mis sueños e impulsándome para cumplir mis metas.

A mis hermanos por ser un gran apoyo en todo este proceso apoyándome emocionalmente y conteniéndome en los momentos difíciles, a mi sobrino y a mi hija que me siguen motivando a seguir aprendiendo, seguirme esforzando y seguir adelante aun en los tiempos más caóticos de mi vida.

A mis abuelos que aunque 3 de ellos no estén en vida siempre fueron una gran inspiración, a mi abuela que también aunque ya no este físicamente sé que aun cuida de mí, gracias por todo el amor que me brindaste, y a mi abuelo Albino que sigue aquí inspirándome a seguir luchando ya que es un hombre trabajador, divertido, amoroso, humilde y valiente.

Gracias por todo.

Agradecimiento	I
Dedicatoria	II

INDICE

Índice de figuras	3
Índice de tablas	4
Resumen	5
Introducción	6
Justificación	8
Planteamiento del problema	13
Capítulo I Esquema Corporal	15
1.1 Conceptualización del término Esquema Corporal	15
1.2 Antecedentes	18
1.2.1 <i>Perspectiva psicoanalítica</i>	19
1.2.2 <i>Perspectiva Fisiológica</i>	24
1.2.3 <i>Perspectiva Gestalt</i>	27
1.2.4 <i>Psicoterapia corporal</i>	34
Capitulo II Patologías de mama	43
2.1 Antecedentes	43
2.2 Anatomía de la mama	44
2.3 Lesiones benignas de mama	45
2.3.1 <i>Trastornos funcionales</i>	47
.....	48
2.3.2 <i>Procesos inflamatorios</i>	48
2.3.3 <i>Procesos pseudotumorales</i>	52
2.3.4 <i>Lesiones proliferativas</i>	53
2.3.5 <i>Tumores benignos</i>	56
2.4 Lesiones malignas de la mama	57
2.4.1 <i>Carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI)</i>	59
2.4.2 <i>Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante (CLI)</i>	60
2.4.3 <i>Carcinoma ductal “in situ” o carcinoma intraductal (CDIS)</i>	61

Capítulo III Metodología.....	63
Capitulo IV. Taller “Sanando cicatrices “	68
4.1 Presentación.....	68
4.2 Objetivo general del taller	68
4.3 Contenido del taller.....	69
4.4 Propuesta teórica del taller.....	69
4.5 Procedimiento metodológico.....	70
4.6 Diseño del taller	70
4.7 Taller “sanando cicatrices”	73
Conclusiones, limitaciones y sugerencias.	107
Referencias	109
Anexos	115

Índice de figuras

Figura 1 Homùnculo	26
Figura 2 Fases de contacto	32
Figura 3 Carga- descarga	37
Figura 4 Estructura de la mama	45
Figura 5 Modificación de la mama	45
Figura 6 Trastornos funcionales	48
Figura 7 Proceso inflamatorios	49
Figura 8 Mastitis puerperal	50
Figura 9 Enfermedad de Mondor	51
Figura 10 Mastopatía fibroquística	51
Figura 11 Ectasia ductal	52
Figura 12 Necrosis grasa	53
Figura 13 Fibrosis	54
Figura 14 Adenosis	55
Figura 15 Quistes	55
Figura 16 Papiloma	56
Figura 17 Fibroadenoma	57
Figura 18 Carcinoma ductal invasivo	60
Figura 19 Carcinoma lobulillar invasivo	61
Figura 20 Carcinoma ductual in situ	62

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Desarrollo Vayer</i> -----	18
Tabla 2 Clasificación de las lesiones benignas de la mama -----	46
Tabla 3 Clasificación de Dupont y Page -----	46
Tabla 4 Tipos de mastitis -----	50

Resumen

En el presente trabajo de investigación se realiza una propuesta de taller de sensibilización "Sanando cicatrices" para la aceptación del esquema corporal desde un enfoque gestáltico dirigido a mujeres que sufrieron una patología mamaria con intervención quirúrgica, con el objetivo de trabajar el proceso de aceptación ante la modificación de su esquema corporal.

El marco teórico que predomina en esta investigación es la definición de esquema corporal desde diferentes perspectivas de autores dentro del enfoque gestáltico, así como algunos enfoques desde la psicología en general, en los que se aborda el tema de esquema corporal.

El taller de sensibilización busca como objetivo trabajar el proceso de asimilación y aceptación ante la modificación del esquema corporal, en 8 sesiones en las que se abordan temas como definición de esquema corporal, reacciones emocionales, creencias sociales sobre los senos en las mujeres, definición de feminidad y aceptación; cada una de las sesiones de 2 horas con la participación de 10 personas como máximo, en las cuales se requiere la intervención de un psicoterapeuta con conocimiento y experiencia en abordaje grupal con un enfoque gestáltico, y conocimiento general sobre las patologías mamarias, teniendo la capacidad de realizar contenciones ante desbordamientos emocionales y capacidad para responder ante situaciones inesperadas.

Palabras claves: Esquema corporal, patología mamaria, enfoque gestáltico, propuesta de taller.

Introducción

Las mujeres sufren muchos cambios a lo largo de su vida, cambios que van de lo hormonal a lo físico; la modificación del esquema corporal al ser gradual, la mujer tiene el tiempo para asimilar dichos cambios, los cambios que se presentan son “normales” en el desarrollo de las mujeres y socialmente tenemos información de dichos cambios. Pero puede haber cambios de los que no se habla y donde no existe suficiente información para poder entender lo que está pasando con su cuerpo y como asimilar y aceptar la modificación que va teniendo su esquema corporal (Pena y Ochoa, 2018).

Es importante que las mujeres tengan información sobre las modificaciones que pueden tener los senos y las enfermedades que se pueden presentar en ellos, porque tenemos información suficiente sobre las enfermedades malignas de la mama, pero también existen enfermedades benignas de las cuales no se habla o no se tiene suficiente información, hasta que presentan alguna de estas enfermedades. Por esto es importante tener un acompañamiento de manera ética, profesional y cálida en el proceso de la modificación del esquema corporal.

El presente trabajo se dirige a explorar la literatura que acompaña el tema de esquema corporal y patologías benignas de la mama.

En el capítulo uno se plantean algunas definiciones de esquema corporal desde varios autores, algunos antecedentes del término esquema corporal y algunas perspectivas que se consideraron relevantes para los objetivos de la propuesta de taller, que hacen mención al cuerpo y se centran en el trabajo terapéutico de este.

En el capítulo dos se mencionan las patologías de la mama, sus antecedentes, la anatomía de la mama, las lesiones benignas, su clasificación, las lesiones malignas y su clasificación.

En el capítulo tres se presenta la metodología que se utilizará para la realización de la propuesta del taller “Sanando cicatrices”, se mencionan los objetivos, variables, población, recursos humanos, instrumentos de medición, escenario y tipo de estudio.

En el capítulo cuatro se presentan los métodos y técnicas utilizadas en cada una de las cartas descriptivas para la realización de cada sesión donde se incluyen aspectos

como la descripción de las sesiones y las observaciones que se pueden realizar durante la aplicación del taller.

Y para finalizar se realizan las conclusiones debidas con base a los objetivos planteados inicialmente así como las sugerencias, los alcances y limitaciones que deben tomarse en cuenta al momento de realizar el taller "Sanando cicatrices"

Justificación

Si algo es
sagrado, ese es el cuerpo humano. Walt Whitman

La siguiente investigación pretende ayudar a la aceptación del cuerpo y mejora del esquema corporal en mujeres que han sufrido alguna patología de la mama y han necesitado algún tipo de cirugía, en la modificación en la estructura de su cuerpo durante el proceso y después de esta; es importante hablar de esto porque los casos de mujeres con alguna patología mamaria han ido en aumento y es necesario tener un acompañamiento psicológico durante el proceso de recuperación para poder aceptar la modificación de su esquema corporal.

La patología mamaria de la que más se habla o se tiene más información es el cáncer de mama:

Esta constituye una de las patologías que con mayor frecuencia afectan a las mujeres en edad fértil. En las dos últimas décadas las posibilidades de desarrollar cáncer mamario aumentaron en 50% el cáncer de mama es la afección más frecuente entre las neoplasias malignas en la mujer, constituye, además, el segundo lugar entre las 10 localizaciones más frecuentes de cáncer en ambos sexos, y ocupa primer lugar entre las causas de mortalidad por cáncer para el sexo femenino. Las displasias mamarias son consideradas como un incremento de la reactividad del tejido mamario, acompañado de cambios progresivos y regresivos, como consecuencia de un desequilibrio hormonal estrógeno – progesterona, de manera que constituye una de las causas principales de biopsia aspirativa con aguja fina (Nápoles, 2013, p. 3)

Es por eso que las mujeres que asisten a la consulta de mastología, está en el rango de 20 – 50 %, a la vez que constituye 70 % de las afecciones benignas del seno. La necesidad de tratamiento quirúrgico, principalmente el relacionado con exéresis, es de 15 % aproximadamente y este se relaciona, con la aparición de zonas induradas, con pocos cambios relacionados con el ciclo menstrual. Otras mastopatías benignas relacionadas con cirugía son el fibroadenoma y la ectasia ductal (Nápoles, 2013, p. 3).

Pero también es importante conocer las mastopatías benignas ya que algunas de sus formas clínicas pueden confundirse con el cáncer, en muchos casos resultan

sintomáticas y pueden ocasionar alteraciones psíquicas. Asimismo, la mayoría de las pacientes pueden necesitar tratamiento hormonal y algunas la exploración quirúrgica. Resulta vital señalar que las enfermedades de la mama constituyen una parcela importante en la que se conjuga una atención multidisciplinaria, pero en su forma benigna, esta se adentra cada día más en la práctica de la ginecología por razones de asistencia clínica a las mujeres y por la propia naturaleza de la especialidad (Nápoles, 2013, p. 3).

Es por eso que la patología mamaria benigna constituye un amplio grupo de enfermedades con unas características clínicas, diagnósticas y de tratamiento diferenciales. Es un motivo de consulta muy común, más del 80 % de las pacientes que acuden al médico por un problema mamario corresponderá a un proceso benigno. (Poortmans, 2019, p. 128).

Gracias a las inspecciones y exploraciones de las mamas podremos diagnosticar la mayoría de anomalías, en algunos casos serán necesarias pruebas de imagen para descartar alguna patología subyacente acompañante, como tumores en mama asimétricas, alteraciones musculares (Síndrome de Poland: hipomastia, deficiencia del musculo pectoral mayor, pectum axcavatum, e incluso ausencia o hipoplasia de la parrilla costal) y alteraciones renales acompañantes (Polimastia). (Poortmans, 2019, p. 128).

Estas son tres características importantes de la mama:

- Su principal función es proporcionar el apoyo nutritivo y la supervivencia de otro individuo, la lactante.
- En segundo lugar, experimenta cambios estructurales dinámicos a lo largo de su vida: expansión del sistema lubolillar después de la menarquía; remodelación periódica durante la edad adulta, especialmente durante y después del embarazo, y, finalmente, involución y regresión.
- Por último, como símbolo de la feminidad, la mama tiene una importancia social, cultural y personal que es distintiva de otros órganos.
- Todas estas características influyen en el origen, la presentación y el tratamiento de la mastopatía (Elservier, 2022).

Por otro lado las mujeres aparte de enfrentar la enfermedad y el tratamiento, tienen que adaptarse a pérdidas importantes en diferentes aspectos, como lo son su imagen

corporal, sentimientos y actitudes que ello conlleve. Las alteraciones que se presentan influyen de manera negativa en la imagen que tiene de su cuerpo y producen trastornos afectivos y alteraciones en la sexualidad y la autoestima (Sebastián, Manos, Bueno, Mateos, 2007).

Para muchas mujeres el pecho es muy importantes es lo que les da una identidad femenina, es lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho es igual que la pérdida de la feminidad (Sebastián, Manos, Bueno, Mateos, 2007).

Como se mencionó antes estas patologías tienen un impacto importante en el esquema corporal de las mujeres autores como Sebastián, Manos, Bueno, Mateos (2017) dicen que desde el campo de la psicología, la imagen corporal es un constructo que implica lo que una piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo. La imagen corporal se concibe además como parte del autoconcepto, que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa.

González (2021) define la imagen corporal desde la teoría de la Gestalt

Como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo, es decir, la forma en que se nos aparece. Es determinante la relación que tiene este término con el de autoconcepto, con el añadido que, para el segundo, es necesario un parámetro de identidad social, esto es, mi autoconcepto en relación con un modelo social con el cual me comparo: la concepción de mi individualidad en situación es lo que permite integrar el elemento social en la noción de imagen corporal, que refuerza la trascendencia de mi cuerpo fuera de los límites de mi piel.

Algunos estudios que se han realizado en mujeres con cáncer de mama respecto a la alteración de su imagen corporal se encontró que el 55% (301 de 549) de mujeres menores de 50 años, en los primeros meses de tratamiento, se sentían menos femeninas y preocupadas por su atractivo sexual 53% (209) la mayor parte del tiempo, otro estudio indicó que un 44% (26 de 58) mujeres mastectomizadas presentaban cambios importantes en cuanto a la percepción de su cuerpo, evitando compararlo y evitando que fuera visto por otros (Juárez y Lendero, 2012).

Uno de los factores relacionado con la imagen corporal es el tipo de cirugía ya que se ha encontrado que las pacientes con mastectomía muestran una imagen corporal menos favorable en comparación con las mujeres con cirugía conservadora; también en mujeres con cáncer de mama mayores de 67 años se encontró que las mastectomizadas mostraban más preocupación por la imagen corporal que las que tuvieron tratamiento conservador de la mama (Juárez y Lendero, 2012, S/P).

Las mujeres con incisión local se muestran más satisfechas con su operación, presentan menos problemas con su atractivo sexual, imagen corporal y autoestima que las mujeres con mastectomía y mastectomía con reconstrucción de la mama. Sin embargo, en pacientes que recibieron incisión local anterior o lateral, no presentaron diferencias significativas en la percepción y satisfacción de la imagen corporal en cuanto al tipo de incisión (Juárez y Lendero, 2012, S/P).

Se ha encontrado que variables sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación no tienen efectos sobre la autoestima y la imagen corporal, sin embargo, esta última se ve afectada a pesar de una participación activa en la toma de decisiones respecto al tratamiento (Juárez y Lendero, 2012, S/P).

Por otro lado, la insatisfacción con la imagen corporal es un predictor de la disminución del interés sexual en las mujeres sobrevivientes del cáncer de mama también en una evaluación de la trayectoria de los problemas sexuales se reporta que un predictor constante (antes del diagnóstico, después y durante el seguimiento a 6 meses), es una baja percepción del atractivo sexual (un indicador de la imagen corporal) (Juárez y Lendero, 2012, S/P).

Así, debido a que la mama es un símbolo de feminidad y sexualidad, la mastectomía y la terapia sistémica (quimioterapia y hormonoterapia), también generan un impacto en los sentimientos de atractivo y deseo sexual, principalmente en mujeres premenopáusicas debido a que los tratamientos provocan una menopausia prematura generando los síntomas relacionados con esta. También mujeres con mastectomía profiláctica bilateral, presentan un efecto

negativo en las situaciones íntimas, así como en la feminidad (Juárez y Lendero, 2012, S/P).

Los senos son valorados, no solo la mujer sino por toda la sociedad, su privación conduce inevitablemente a un impacto emocional difícil de superar, aunque no imposible en las pacientes y en las personas de su entorno; es por eso de gran importancia dirigir estudios en esa dirección (Aguilar, Neri, Mur, Gómez, Sánchez, 2014).

Con ayuda de todos estos datos se realiza un taller llamado “Sanando cicatrices” que ayude a las mujeres que han pasado por un proceso de cirugía por alguna patología de mama, para reconstruir positivamente su esquema corporal; desde la perspectiva de la psicología se pueden lograr modificaciones sobre la percepción del cuerpo en cuanto a la aceptación de la nueva imagen sobre el esquema corporal.

Planteamiento del problema

Las patologías de la mama en su mayoría están relacionadas con la modificación de su imagen corporal, ya que algunas patologías necesitan cirugía y para algunas mujeres es difícil adaptarse a su nueva imagen, una opción viable para poder trabajar con esta población (mujeres) es el taller.

Existen cuatro niveles que se modifican en las mujeres sobre el esquema corporal

En algunas mujeres a nivel perceptivo se puede producir una focalización de la atención sobre la zona del cuerpo que ha sufrido cambios sin atender otras partes del cuerpo; esto puede llevar a una magnificación del cambio, de manera que percibamos la zona más dañada o distorsionada de lo que realmente está. También puede ocurrir lo contrario, y es que hay personas que al exponerse frente a un espejo tienden a desviar la mirada para evitar atender a la zona afectada. En los casos en los que se ha producido una amputación, es frecuente tener sensaciones físicas relacionadas con el miembro amputado, fenómeno que se conoce como miembro fantasma. En personas afectadas de un cáncer que concierne localizaciones implicadas en funciones vitales como el habla, la deglución o los hábitos de eliminación, las sensaciones fisiológicas cambian una vez realizados los tratamientos. De este modo, deberán adquirir nuevos hábitos para poder realizar dichas funciones (Pena y Ochoa, 2018, s/p).

A nivel cognitivo aparecen diálogos internos de carácter repetitivo centrados en la nueva imagen. Este diálogo suele llevar implícito un mensaje de minusvalía que mina el autoconcepto, que a pesar de estar compuesto por muchas esferas de la identidad personal (valores, físico, capacidad laboral, red de apoyo...), se centra exclusivamente en la apariencia física. Además, en personas afectadas de cáncer de mama o tumores germinales, se observan creencias disfuncionales relacionadas con la identidad de género, ya que los tratamientos realizados pueden causar temor por pérdida de atractivo, sensualidad o identidad sexual (hormonoterapia en varones, mastectomía en mujeres) (Pena y Ochoa, 2018, s/p).

Todo lo anterior se ve reflejado a nivel afectivo en malestar emocional que se manifiesta con síntomas de ansiedad, insatisfacción con uno mismo (vestido o

desnudo) irritabilidad, indefensión, miedo al abandono, vergüenza (Pena y Ochoa, 2018, s/p).

A nivel conductual, el comportamiento gira en torno a la evitación u ocultamiento de la zona que se quiere esconder, de manera que la persona comienza a vestirse de forma diferente, empieza a aislarse socialmente para evitar el rechazo de los demás o que puedan preguntar por las cicatrices u otras marcas, pregunta constantemente sobre si la zona afectada queda expuesta o si llama la atención, evita el acercamiento sexual con la pareja... Las conductas se realizan con el único fin de disimular la zona, lo que impide poder disfrutar del contacto social y actividades que resulten placenteras (Pena y Ochoa, 2018, s/p).

El taller permite articular contenidos y actividades a las características de la población y el problema. Así mismo, al ser grupal facilita cubrir amplios grupos poblacionales, lo que ofrece la posibilidad de convertir al taller en una la estrategia de intervención adecuada en acciones de prevención. A continuación se presentan algunas definiciones de taller:

Básicamente el taller es un instrumento de trabajo grupal, por lo cual es necesario nombrar las características generales de la conformación de grupos. Para Hodget citado en Beltrán (2006) un grupo se forma cuando existe al menos una meta en común, un sentido de pertenencia, de interdependencia y de participación para la satisfacción de necesidades de todos los integrantes del mismo.

Para Díaz citado en Beltrán (2006) el grupo desarrolla conductas de mantenimiento que aportan a su autoconservación y actitudes de progresión que provocan su transformación. Esta característica dinámica del grupo es la que facilita que la intervención se adapte a temas específicos generando en el mejor de los casos, cambios físicos.

Se presentan estos temas para poder dar paso a la pregunta general

¿Es posible que la propuesta del taller “Sanando cicatrices” ayude a la reconstrucción del esquema corporal en mujeres con patología de mama que se han sometido a tratamientos quirúrgicos?

Capítulo I Esquema Corporal

1.1 Conceptualización del término Esquema Corporal

“La emoción siempre tiene sus raíces en el inconsciente y se manifiesta en el cuerpo”. Irene Claremont de Castillejo.

El esquema corporal tiene que ver con la capacidad del individuo de reconocer su propio cuerpo en relación consigo mismo y con su entorno, reconociendo cada una de las partes que lo componen independientemente de que éstas se encuentren en reposo o en movimiento. Esta construcción le permitirá al individuo poder relacionarse funcionalmente con su entorno y contribuirá en el desarrollo de su lateralidad. El conocimiento de su cuerpo le permitirá ubicarse en el espacio de manera adecuada, manejar una postura corporal relacionada a la situación particular en la que se encuentre, también empezará a tener un control de su tono muscular que será el que le permita realizar cualquier tipo de movimiento (Soler, 2016, p. 34).

Desde la postura psicomotriz de Le Boulch citado en Soler (2016) se muestra como el niño dispone de una imagen del cuerpo operativo que está regulada de acuerdo a los estadios de evolución psicomotriz. La primera etapa es la del cuerpo vivido que desemboca en la primera imagen del cuerpo identificada por el niño que hasta ese momento sólo se había desarrollado a partir del estadio objetal que se componía sólo de imágenes alucinatorias. La segunda etapa es la del cuerpo percibido que corresponde a la organización del esquema corporal que es posible gracias a la maduración de la función de interiorización. En este periodo no sólo se tendrá una imagen visual del cuerpo, sino que se asociarán las sensaciones táctiles y kinestésicas que harán posible una estructuración del esquema corporal.

Autores como Wallon, Schilder y Ajuariaguerra citados en Soler (2016) hablan del esquema corporal como un saber y una vivencia del propio cuerpo que lleva a una respuesta motriz; éste se da como producto de la relación entre el sujeto y su entorno. Dicho esquema corporal se construye a partir de las impresiones sensoriales, cinestésicas y laberínticas, tomando elementos del pasado y el presente y permitiendo que nuestras acciones y percepciones tomen un significado (p. 35).

Pierre Vayer citado en Soler (2016) nos habla del esquema corporal y de cómo se elabora. Él plantea que éste se da siguiendo las leyes de la maduración nerviosa como lo es la ley céfalo-caudal que comienza con el control de los movimientos de la cabeza y luego se da en las extremidades, y la ley próximo-distal que se da con un control de movimiento que va del centro del cuerpo hacia afuera.

Este desarrollo Vayer lo resume en un cuadro en el que deja claro la flexibilidad del mismo teniendo en cuenta la particularidad de cada individuo como ser único que se desenvuelve en un contexto en específico (p.36). Como se muestra a continuación en la tabla 1.

ETAPAS	CARACTERES PROPIOS
DESDE EL NACIMIENTO A LOS 2 AÑOS: PERÍODO MATERNAL	El niño pasa desde los primeros reflejos (reflejos nucales) a la marcha y a las primeras coordinaciones motrices a través de un diálogo tónico madre-niño muy cerrado al principio, luego cada vez más suelto, pero, sin embargo, siempre presente
DE 2 A 5 AÑOS: PERÍODO GLOBAL DE APRENDIZAJE Y DEL USO DE SÍ.	A través de la acción la prehensión se hace cada vez más precisa, estando asociada a los gestos y a una locomoción cada vez más coordinada. Motricidad y cinestesia permiten al niño el conocimiento y, por ende, la utilización cada vez más diferenciada, cada vez más precisa de su cuerpo por completo. La relación con el adulto es siempre un factor esencial de esta evolución que permite al niño desprenderse del mundo exterior y de reconocerse en tanto que individuo.
5 A 7 AÑOS: PERÍODO DE TRANSICIÓN	El niño pasa del estadio global y sincrético al de la diferenciación y análisis. La asociación de las sensaciones motrices y

	<p>cinestésicas a los otros datos sensoriales, especialmente visuales, permiten pasar progresivamente de la acción del cuerpo a la representación; viene entonces: -el desarrollo de las posibilidades de control postural y respiratorio; -la afirmación definitiva de la lateralidad; -el conocimiento de la derecha y de la izquierda; -la independencia de los brazos con relación al tronco... La presencia del adulto sigue siendo un factor en el establecimiento de los diversos modos de relación consigo mismo y con el mundo de su entorno.</p>
<p>7 A 11-12 AÑOS: ELABORACIÓN DEFINITIVA DEL ESQUEMA CORPORAL</p>	<p>Gracias a la toma de conciencia de los diferentes elementos corporales y al control de su movilización con vistas a la acción, se desarrollan e instalan: -las posibilidades de relajamiento global y segmentario; -la independencia de los brazos y piernas con relación al tronco; -la independencia de la derecha respecto a la izquierda; -la independencia funcional de los diversos segmentos y elementos corporales; -la transposición del conocimiento de sí al conocimiento de los demás..., teniendo como consecuencias el desarrollo de las diversas capacidades de aprendizaje así como de relación con el mundo exterior. El niño tiene ahora ya los medios para conquistar su autonomía. La relación con el adulto, que sigue siempre presente, irá haciéndose cada vez más</p>

	distanciada hasta llegar a la cooperación y a compartir las responsabilidades.
--	--

Tabla 1 *Desarrollo Vayer*

Fuente: (Soler, 2016, pp. 36-38).

En este cuadro se pueden observar las características que se van dando durante el desarrollo del niño

El niño pasa de los primeros reflejos a la marcha y las primeras coordinaciones. Además, la individualización y el uso de sus miembros lo llevan progresivamente a la reptación y el gateo, también aparece la fuerza muscular y el control del equilibrio. Con esta mayor posibilidad de acción el niño ha adquirido la capacidad para descubrir y conocer. De los 2 a los 5 años es el periodo global del aprendizaje y del uso del sí, el desarrollo de la motricidad y la cinestesia van íntimamente relacionados y le permiten al niño desenvolverse de manera más independiente en el ambiente exterior logrando ajustar los movimientos de su cuerpo. La relación con el adulto es indispensable en esta evolución y debe tender por ser colaborativa y no impositiva, buscando que el niño se reconozca como sujeto. Entre los 5 y los 7 años el niño pasa del estadio global al de diferenciación y análisis, es decir, de la actuación del cuerpo a la representación. De los 7 a los 12 años logra una elaboración de su esquema corporal. Gracias a la toma de consciencia de los diferentes elementos corporales y al control de sus movimientos el niño consigue una independencia funcional de los diversos segmentos de su cuerpo y hace una transposición del conocimiento de sí al conocimiento de los demás. En esta última etapa el niño logra ser más autónomo y por consiguiente menos dependiente de los adultos (Soler, 2016 p.38).

1.2 Antecedentes

Psicoterapia corporal Wilhelm Reich

Sus observaciones y descubrimientos de la existencia en nuestro cuerpo de zonas de tensión crónica al modo de una “coraza muscular” (Reich, 1927) y su similitud e interrelación con las defensas psíquicas, incentivó a Reich para iniciar una investigación nueva y revolucionaria, que le condujo al estudio del Sistema

Nervioso Vegetativo, y de las funciones de sus sistemas “simpático” y “parasimpático”, tal como venían definidos por Müller. Así, por ejemplo, defendió que la excitación del Sistema Nervioso Simpático produce una respuesta de contracción en el biosistema que es percibida por nuestra conciencia como angustia, mientras que la excitación parasimpática causa la expansión que se percibe como placer. Concluyendo que la simpaticotonía es lo que mantiene la coraza o “neurosis caracterial” que, a su vez, va ocasionando progresivamente el desarrollo de las enfermedades funcionales. Por lo que recuperar el equilibrio del Sistema Nervioso Vegetativo, pasaría a ser uno de los principales objetivos de su psicoterapia (de ahí el nombre de Vegetoterapia), y como consecuencia el equilibrio emocional y la capacidad de placer y de abrazo amoroso que culminaría en la experiencia del “Orgasmo”, cuya función biológica es la de facilitar la autorregulación energética y basal (Solorio, 2017, p. 41).

Con este descubrimiento Reich abandonó el reino psíquico del psicoanálisis entrando en el de la biofísica y descubriendo un nuevo concepto de salud, un concepto basado en el metabolismo energético de carga y descarga que llamó sexo-economía. Mejoró su técnica terapéutica y descubrió que trabajando directamente sobre la coraza muscular al mismo tiempo que sobre el carácter se liberaba con mayor eficacia la emoción reprimida, denominándola vegetoterapia Carácteranalítica (Solorio, 2017, p. 42).

Al hablar de esquema corporal hay diferentes perspectivas, a continuación, se presentan algunas de ellas.

1.2.1 Perspectiva psicoanalítica

“Ante todo es necesario cuidar del alma si se quiere
que la cabeza y el resto del cuerpo funcionen correctamente.”

Platón

Según Freud citado en Prieto (2016), el cuerpo es vivido desde el nacimiento como una pulsión sexual o libido. Esta libido pertenece al propio cuerpo y es narcisista. La libido se presenta al cuerpo, en un principio, como ente total. En esta primera etapa narcisista el niño sólo aparece interesado por su propio yo, siéndole el mundo exterior indiferente. En la etapa siguiente autoerótica la libido se

concentra en diversas partes del cuerpo que adquieren para el niño una significación erógena especial. En esta fase se desarrolla el placer oral; intentando el niño incorporar el mundo exterior dentro de sí a través de la zona bucal, de su actividad muscular y de las sensaciones de la piel. Durante la tercera etapa, llamada anal, se observa en el niño un interés por el mundo exterior. Y, por fin, durante el transcurso de la fase fálica y con el desarrollo del complejo de Edipo los objetos y las personas adquieren una forma más definida. El niño comienza a conquistar y descubrir el mundo exterior, siendo los órganos genitales la zona preponderante del cuerpo. Es, a partir de este momento, cuando el niño va a hacerse una idea clara del mundo exterior que le lleva a la comprensión de su cuerpo en oposición a ese mundo. Freud considera el cuerpo como un conjunto de zonas erógenas; los orificios del mismo (zonas bucales, anales y genitales) son lugares de excitación sexual y, mediante los mismos, el cuerpo se pone en relación con el mundo exterior (pp. 238-239).

Para Freud, citado en Prieto (2016) la imagen del cuerpo resulta de la experiencia perceptivo-motriz y de la sensibilidad de los deseos, placeres y sueños que cada niño haya fijado en una u otra fase. De ahí que la evolución del cuerpo no es igual en todos los niños, si no que depende de la manera como viva cada niño su cuerpo. Y esto radica en la singularidad de su historia propia, según las experiencias personales de satisfacción o frustración de la libido (p. 239).

Freud, dice que ese cuerpo hecho de zonas erógenas más o menos excitadas, según lo aprende el niño a través de su desarrollo, no es un reflejo de la realidad objetiva, biológica y anatómica de los órganos que corresponde a las diferentes zonas erógenas. Según los deseos, el niño al dar predominio a algunas zonas desestructurara el cuerpo descrito por el anatomista hasta desrealizarlo por su imaginación. El niño confiere a las distintas zonas del cuerpo un valor simbólico, según como haya sido su vivencia a través de los tabúes de su primera educación. En definitiva, el cuerpo es para Freud aquello por lo que el yo puede existir como efecto (citado en Prieto, 2016, p 239).

Jung citado en Prieto (2016), se refirió al problema de la imagen corporal sin dar tanta importancia a las distintas áreas del cuerpo. Jung se alude el concepto de madre (mándala) como el origen y fin del sujeto, el niño introvertido tiende a reunir su propio cuerpo y toda su personalidad con la madre.

Por otro lado Adler citado en Prieto (2016) contempla el esquema corporal desde el punto de vista de la neurosis y hace alusión a que los enfermos que tienen una malformación en un órgano intensifican el uso del otro para tratar de superar el complejo de inferioridad. Según Adler, en situaciones idénticas otros enfermos generalizan este complejo de inferioridad a toda su personalidad (p. 240).

Para Schilder citado en Prieto (2016) aplica los principios de la teoría freudiana a la imagen del propio cuerpo. Para él la libido narcisista tiene por objeto la imagen del cuerpo. Ahora bien, este solo puede existir como parte del mundo y al igual que percibimos nuestro propio cuerpo, percibimos los objetos del mundo exterior. Por tanto, carece de sentido afirmar que para el recién nacido solo existe el cuerpo y no el mundo. Cuerpo y mundo son experiencias mutuamente correlacionadas. Uno no es posible sin el otro. No está de acuerdo con Freud en admitir que en la etapa narcisista del niño solo se encuentra el cuerpo. Para Schilder, el recién nacido posee un mundo y quizá ya lo posea el embrión. (pp. 239-240)

Schilder intenta unir el carácter fisiológico de la imagen corporal con el psicoanalítico y freudiano. Para él la imagen postural del cuerpo, aunque en principio es una experiencia de los sentidos, provoca actitudes emocionales y estas son inseparables de la experiencia sensorial. La motricidad esta siempre ligada, de manera directa o indirecta, con una experiencia emocional dada en la relación con las otras personas. La imagen corporal y la emoción se hallan íntimamente vinculadas entre sí, y así como nuestra imagen corporal es la expresión de nuestra propia vida emocional y nuestra personalidad, los cuerpos de los otros adquieren su significado último por el hecho de ser los cuerpos de otras personalidades. La percepción de los cuerpos de los demás y de la expresión de las emociones es tan primaria como la percepción de nuestro propio cuerpo y de sus emociones y expresiones. Para Schider, este aspecto relacional del cuerpo es a la vez indisolublemente perceptivo, dinámico y emocional. Rechaza la idea de que llegamos al conocimiento del propio cuerpo a través del cuerpo de los demás. Por el contrario, nuestro cuerpo no difiere, en la percepción sensorial, del cuerpo de los demás (Citado en Prieto, 2016, p. 240).

Para Schilder, citado en Prieto (2016) considera el cuerpo como un conjunto de zonas erógenas; al igual que Freud, piensa que los orificios del cuerpo (zona oral, anal y genital) son lugares de excitación sexual. En la estructura total del esquema

corporal, las zonas erógenas desempeñan el papel preponderante, y cabe suponer que la imagen del cuerpo debe centrarse sobre la imagen del cuerpo, durante la etapa oral del desarrollo en torno de la boca, y durante la anal, en torno al ano. El flujo libidinal de la energía debe fluir intensamente (p 241).

Ahora bien, Schilder citado en Prieto (2016) piensa que en el erotismo de la superficie del cuerpo tienen gran importancia las actividades musculares. De ahí que todo acto, de tanteo, presión y succión tengan una gran influencia sobre la estructura de la imagen corporal. Es evidente que en la construcción del esquema corporal habrá, entonces una continua interacción, entre el yo y el ello. Es por eso que cada niño en función a su experiencia pasada considera a una zona de su cuerpo como privilegiada con respecto a las demás.

En definitiva, en el esquema corporal de Schilder, desde la perspectiva psicoanalítica, la vida libidinal y emocional desempeña un papel decisivo en la configuración del mismo (Prieto, 2016).

Françoise Dolto es otra psicoanalista que toca el tema del esquema corporal en su libro la imagen inconsciente del cuerpo (1994), ella dice que en los niños (y en los psicóticos) al no poder hablar de sus sueños y sus fantasmas como los adultos con la asociación libre, ellos utilizan la imagen de su cuerpo como una mediación para hacerlo, y para el analista el medio de reconocerlos. Son las asociaciones del niño las que aportan la clave con la cual resulta ser el mismo el analista, ya que él llega a captarse como lugar de contradicciones inhibitoras para la potencia mental, afectiva, social y sexual de su edad y que el psicoanalista solo no posee(p.16).

Dolto deja claro la diferencia entre esquema corporal y la imagen del cuerpo

La imagen del cuerpo no es la imagen dibujada o representada en el moldeado; ha de ser revelada por el dialogo analítico con el niño. A ello se debe que el análisis no puede interpretarse de entrada el material gráfico, plástico, que el niño le trae; es este quien, asociando sobre su trabajo, proporciona los elementos de una interpretación psicoanalítica de sus síntomas (Dolto, 1994 p.16).

En cuanto a esquema corporal dice que es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o

indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas refiere el cuerpo actual, en el espacio a la experiencia inmediata. Puede ser independiente del lenguaje, entendiendo como historia relacional del sujeto con los otros. Es inconsciente, preconsciente y consciente, es evolutivo en el tiempo y en el espacio (Dolto, 1994 págs. 18, 22).

“La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales” (Dolto, 1994, p. 21).

Dolto en su libro menciona que “afecciones orgánicas precoces pueden provocar un trastorno del esquema corporal, y estos, debidos a la falta o interrupción de las relaciones de lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen corporal” (Dolto, 1994, p. 18).

“Es frecuente, empero, que en un mismo sujeto cohabiten un esquema corporal invalido y una imagen del cuerpo sana” (Dolto, 1994, p.18).

Un ejemplo es un niño afectado de poliomielitis, es decir, de parálisis motriz pero no sensitiva, si la enfermedad sobreviene después de la edad de tres años, o sea después de adquirir la marcha, la continencia esfinteriana y el saber concerniente a su pertenencia a un solo sexo (castración primaria), el esquema corporal, incluso si está afectado en parte de manera duradera sigue siendo compatible con una imagen del cuerpo casi siempre intacta. En cambio, el esquema corporal siempre queda dañado, al menos en parte, cuando la poliomielitis es muy precoz y se presenta en la edad de la lactancia y de la cuna, y sobre todo antes de la experiencia de la marcha. Pero aun cuando estos niños no recuperen un esquema corporal sano, integro desde el punto de vista motor y neurológico, su validez puede no afectar su imagen del cuerpo: para ello es preciso que, hasta la aparición de la enfermedad, en el curso de esta y después, durante la convalecencia y la reeducación, su relación con la madre y el entorno humano haya sido flexible y satisfactoria, sin excesiva angustia por parte de los padres; una relación adaptada a sus necesidades, de las que hay que hablar siempre como si los propios niños pudieran satisfacerlas aunque las afección muscular causada por la enfermedad y sus secuelas los hayan incapacitado para ellos. Cuando el niño se ve atacado por

una invalidez, es indispensable que su déficit físico le sea explicitado, referenciado a su pasado no inválido o, si este es el caso, a la diferencia congénita entre él y los demás niños. Tendrá que poder, con el lenguaje mímico y la palabra, expresar y fantasmaticar sus deseos (Dolto, 1994, p. 18).

Un niño focomélico, nacido sin miembros inferiores o superiores, posee un esquema corporal lisiado. No obstante, su imagen del cuerpo puede ser completamente sana y permitir un lenguaje de comunicaciones interhumanas tan completas y satisfactorias para él como las de un individuo no lisiado. Un niño con un brazo solo puede, con ese brazo, conseguir la manipulación de los objetos que le son necesarios. Lo que convierte al niño con mal socializado y hasta en caracterial, con una imagen del cuerpo malsana, no castrable en el momento del destete y luego en el de la castración anal (el actuar autónomo) en relación con ella, con fijación filica o fóbica, es aquel a quien su madre nunca ha querido hablarle de su invalidez, mientras que él observa muy bien la diferencia existente entre su cuerpo y el de los demás niños (Dolto, 1994, p. 19).

Estos son ejemplos de las diferencias entre esquema corporal e imagen del cuerpo y como ambos pueden estar en un mismo individuo.

1.2.2 Perspectiva Fisiológica.

Pienso que el alma y el cuerpo reaccionan uno sobre otro por simpatía. Un cambio en el estado anímico produce un cambio en la forma del cuerpo y, a la inversa, un cambio en la forma del cuerpo produce un cambio en el estado del alma. Aristóteles

Si bien la Neurología y la Psicología son ciencias jóvenes, ya desde sus inicios, a comienzos del siglo pasado y de modo más específico hacia los años veinte, las consideraciones sobre la relación de la imagen espacial del cuerpo en torno a procesos cognitivos fueron debatidas y desarrolladas. Esta noción aparece en el estudio específico sobre las áreas o zonas sensitivas del sistema nervioso y, desde la Neurología se llega a la idea de que en el cerebro existe una imagen espacial del cuerpo humano (Silva y Miranda, 2013 p. 11).

El neurólogo Henry Head plateó por primera vez en 1911, en su artículo *Molestias sensoriales a partir de lesiones cerebrales*, donde definió esquema corporal como: "Un

modelo organizado mentalmente de nosotros mismos” Fue el primero en hablar sobre la sensación que produce el miembro fantasma recién amputado, que genera la idea de que el miembro aún existe. Sin embargo, es solo la respuesta de su imagen corporal anterior que quedó registrada en su sistema nervioso. Esta anomalía fue relevante para los estudios de la imagen corporal, y de la relación que existe entre el cuerpo y la mente durante las primeras décadas del siglo XX. Algunos aspectos importantes de estas teorías fueron la idea de que existe una representación interna del cuerpo a partir de información sensorial y, por otra parte, que este modelo fue llamado Esquema Corporal (citado en Silva y Miranda, 2013).

Sin embargo, para el psicólogo Paul Ferdinand Schilder, cuando lo trabajó en su libro *La Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano*, lo tomó más bien desde una perspectiva de valoración estética, considerándolo como imagen corporal, concepto hoy más arraigado en la cultura popular que en las ciencias. Lo más relevante de su trabajo al día de hoy es que consideró esta construcción mental del cuerpo y que la misma se genera por elementos específicos, como pueden ser cambios posturales o informaciones recibidas (táctiles, visuales, etc.) se hizo un cruce de enorme relevancia entre psicoanálisis y fisiología. Desde la fisiología, en complemento a estas ideas, se avanzó con la construcción de la imagen del cuerpo en el cerebro para entender su relevancia en nuestra motricidad como seres humanos. Se tomó el concepto medieval de “homúnculo”, muy popular en la literatura del siglo XIX, para simbolizar esta construcción mental del cuerpo físico. Wilder Penfield fue uno de los primeros en trabajarlo de este modo y, desde la fisiología, hoy se habla específicamente de homúnculo sensorial “cortical homunculus” o, en español, mapa somatotópico (Citado en Silva y Miranda, 2013).

Tipos de Homúnculo

Existen dos tipos de homúnculos: el homúnculo sensorial y el homúnculo motor:

- **Homúnculo sensorial.** Representa la corteza somatosensorial primaria, que incluye la sensibilidad al tacto, presión y dolor. En esta área el esquema se representa de forma invertida. Es decir, la representación derecha de nuestro cuerpo se encuentra representada en el área izquierda de esta zona cerebral y el izquierdo en la parte derecha. Gracias a él, regulamos la postura y conocemos el estado de nuestros órganos y músculos (Nepesa, 2021, s/p).

- **Homúnculo motor.** Representa la corteza motora primaria y su función es regular y controlar los movimientos. En este caso, se destaca el gran tamaño de las manos, la boca y los ojos, dada la cantidad de nervios involucrados. A diferencia del sensorial, el homúnculo motor se desarrolla con el tiempo y de forma diferente en cada persona (Nepesa, 2021, s/p).

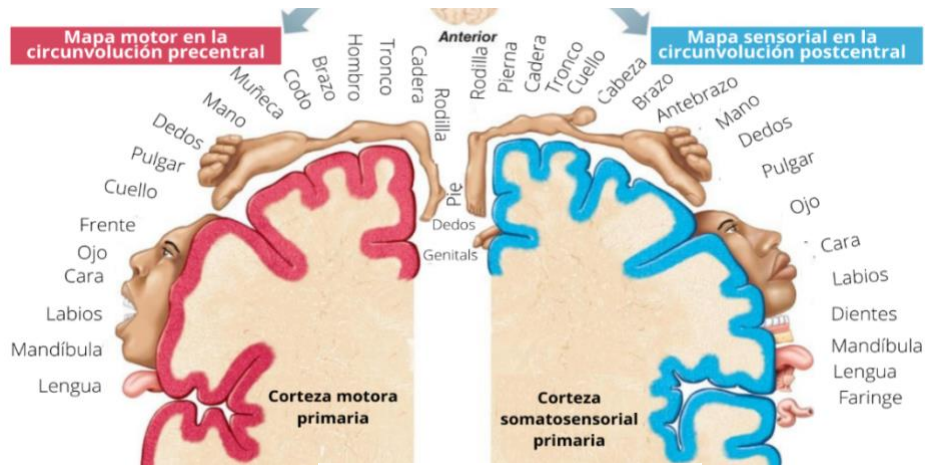


Figura 1 Homúnculo

Fuente: (Nepesa, 2021, s/p)

Esta imagen representa el Homúnculo sensorial y motor del que habla Wilder Penfield (Nepesa, 2021, s/p).

La autoimagen y esquema corporal, por tanto, tiene una serie de características que son relevantes para nuestro entendimiento del mismo (Silva y Miranda, 2013):

- Es un constructo multifacético y dinámico.
- Está directamente relacionado con la percepción que tiene el individuo de su propio cuerpo y los sentimientos que tenga sobre sí mismo.
- Está socialmente determinado, su formación depende de las experiencias con otras personas, con los objetos vivenciales y con la influencia del grupo social.
- Determina nuestra percepción del mundo, nuestras imágenes conscientes e inconscientes y nuestro comportamiento. Su desarrollo contribuye a sanar trastornos emocionales y desajustes sociales en los niños.

La psicoanalista alemana-americana Hilde Bruch, en 1962 descubre que hay una alteración de la imagen corporal a través de rasgos psicopatológicos de pacientes

anoréxicas, lo que originó el concepto de anorexia nerviosa. Este estudio, como otros posteriores, contribuyó en el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), lo que influyó, a su vez, en modo determinante a nuevas investigaciones en torno a la relación de los mismos con la imagen corporal y la importancia general de ésta (Silva y Miranda, 2013 p. 12).

1.2.3 Perspectiva Gestalt

“Para amarnos más allá del intelecto, tenemos que descubrir y acoger nuestro cuerpo: las sensaciones internas y habitarlos por dentro, acoger nuestro cuerpo externo como expresión de nuestra identidad, de esta manera se podrá producir una integración amorosa de todas nuestras dimensiones gracias a ese acercamiento corporal” Álvarez Romero

. El protagonista principal de la terapia gestalt es Frederick S. Perls [...] Los ámbitos de aplicación de la terapia gestalt y sus bases teóricas han continuado desarrollándose a finales del siglo XX y principios del XXI, particularmente en Europa. Una línea importante y muy activa en la actualidad, liderada en gran parte por psiquiatras y psicólogos de orientación gestáltica, profundiza en una visión de la psicopatología desde el marco de la teoría de la terapia gestalt, incluidas la experiencia psicótica, la borderline, las dependencias, los trastornos alimentarios, el duelo patológico, etc (Picò D, 2014, p. 5-8).

La terapia gestalt parte de la base de que somos organismos que vivimos en interacción continua con un entorno determinado. [...] recoge ideas similares y habla del “campo organismo/entorno” de forma parecida a cómo podríamos hablar del campo magnético de un imán. Un organismo afecta a los elementos de su entorno, que están en su campo, y al mismo tiempo es afectado por ellos. El cómo “se siente” el organismo es influido por lo que hay en su entorno, y el cómo “se siente” el entorno es influido por lo que pasa en el organismo (Picò D, 2014, pp. 10-12).

1.2.3.1 La autorregulación organísmica y el contacto. La terapia gestalt considera que el organismo tiene una capacidad de autorregulación. Esto quiero decir que el organismo, si se le deja en marcha, tiende a regular sus necesidades por sí solo, tiende a corregir sus desequilibrios e ir hacia la estabilidad. Significa que, para la terapia gestalt, el objetivo de la psicoterapia no es “reprogramar” al organismo, instruirlo en unas conductas o inhibir otras para conformarse a un criterio preestablecido de “salud”. El objetivo es más bien facilitar la recuperación de la capacidad autorregulatoria del organismo, si ésta está dañada. Es el propio organismo el que encuentra gracias a esto su propio equilibrio (Picò D, 2014).

La terapia Gestalt tiene como objetivo recuperar la capacidad de contacto de la persona para que pueda dirigirse hacia el entorno a satisfacer sus necesidades (fisiológicas y relacionales), confiando en reestablecer así una sana autorregulación. El trabajo en el contacto implica, por tanto, un trabajo sobre la percepción y el movimiento, las emociones, los aspectos cognitivos, relacionales y de vinculación. Cómo percibo al otro y a mí mismo, cómo puedo ir hacia el otro, cómo construimos la relación el otro y yo, por ejemplo, son cuestiones fundamentales en el trabajo terapéutico gestáltico (Picò D, 2014, p. 14) .

1.2.3.2 El ajuste creativo y la agresividad sana. El concepto de ajuste creativo da respuesta a la cuestión de cómo compaginar la realidad existente y la creación de novedad. En el ajuste creativo, se unen ajuste y creación en una actitud en la que la persona atiende a la realidad, adaptándose a ella, pero sin renunciar a modificar su entorno introduciendo novedad y ampliando lo que es posible. Es una adaptación que no da el entorno por sentado, sino que contempla la posibilidad de transformarlo para encontrar soluciones nuevas. El ajuste creativo necesita la posibilidad de “agredir” el entorno. En terapia gestalt se utiliza la palabra “agresividad” con una connotación más cercana a la etimología “ad-”, hacia, “gradío”, andar o ir, es decir, “ir hacia”, que a la definición habitual que implica una actitud violenta. Para la terapia gestalt hay una sana agresividad que significa “ir hacia” el entorno y atreverse a modificarlo. Es importante observar que para poder asimilar elementos del entorno es necesario ejercer antes una destrucción que haga asimilables esos elementos (Picò D, 2014, p. 15).

1.2.3.3 El *self* y sus funciones. Según el Oxford English Dictionary, *self* significa “el ser esencial de una persona que le distingue de otras, especialmente considerado como el objeto de introspección o acción reflexiva.” Es importante destacar que *self* no denota ninguna “cosa” que haya dentro de la persona. Por tanto, el uso de la palabra *self* no se refiere a ningún objeto (como da a entender la expresión “el *self*”) sino a un conjunto de características “esenciales” de la persona que le distinguen de otras. En terapia gestalt, se considera central el concepto de contacto, que nos habla de cómo se da la interacción entre el organismo y su entorno. Lo que la terapia gestalt considera “esencial” en la persona, al menos psicológicamente, se define consecuentemente como “el sistema complejo de contactos necesario para el ajuste en un campo difícil (Picò D, 2014, p. 17).

“La teoría del *self*” de la terapia gestalt divide conceptualmente el proceso del self en tres funciones distintas, la función personalidad, la función ello y la función yo, que explicamos a continuación”. (Picò D, 2014, p.18)

La función personalidad es la capacidad del *self* de construir modelos de la realidad. Incluye los procesos de memoria, la elaboración de representaciones, incluida la representación de uno mismo (la respuesta a la pregunta quién soy yo), el lenguaje y la capacidad de simbolización, la moralidad y los valores, los estilos y patrones de relación, las lealtades familiares y de grupo, la historia personal. En terapia, el terapeuta apela a la función personalidad cuando hace preguntas como “¿tú qué piensas de eso?”, “¿cómo crees que lo ve tu pareja?”, “¿con qué palabra lo nombrarías?”, “¿qué es para ti ser hombre o ser mujer?”, “¿en qué otros momentos de tu vida te has sentido así?”, “¿de qué te consideras responsable?” o, “si me miras, ¿qué ves en mí?”(Picò D, 2014, p. 18).

La función ello se define a menudo como “lo que empuja” hacia la acción, es decir, aquello que lleva al organismo a contactar con el entorno, lo que necesita ser satisfecho. Estarían aquí las necesidades, los deseos, las pulsiones, los apetitos, etc. Estas necesidades pueden activarse por una necesidad que surge del organismo (llevo varias horas sin comer y algo me “empuja” a buscar alimentos) o que surge de la situación (veo un bebé y me siento “empujado” a expresarle cariño mediante gestos y sonidos). La función ello del *self* se percibe fundamentalmente a través de sensaciones corporales. El terapeuta gestalt

interpela a la función ello, por ejemplo, cuando hace intervenciones como “¿qué sientes en el cuerpo cuando me cuentas esto?”, “mientras escuchas esto que digo ¿qué ocurre con tu respiración?”, “¿qué hacen tus manos? (señalando unas manos cerradas en puños)”. La función ello nos lleva necesariamente al presente porque sólo tiene sentido en el presente, como lo que ahora me moviliza en alguna dirección. Hablar de lo que me movilizaba el mes pasado, que ahora no siento, está más bien en el registro de la función personalidad (Picò D, 2014, p. 18).

La función yo es la capacidad del *self* de priorizar y elegir. Priorizamos nuestra percepción cuando hacemos que algo sea figura y el resto sea fondo. Identificamos lo que nos parece relevante en un momento dado y le damos prioridad, y relegamos a un segundo plano (o “alienamos”) aquello que no. La función yo incluye todas las elecciones que realizamos, sean conscientes o no (Picò D, 2014, p. 19).

Estas funciones pueden estar perturbadas de manera que impidan o dificulten una interacción sana con el entorno. Por ejemplo, una persona puede tener una idea de sí misma (función personalidad) que no corresponda con la realidad. Puede no sentir sus necesidades corporales, como el hambre o la saciedad (función ello). Puede no ser capaz de tomar una decisión y además no saber qué necesita para poder hacerlo (función yo). Puede tener sensaciones (función ello) relacionadas con la ira, e interpretarlas como tristeza (función personalidad). En cada caso, las intervenciones terapéuticas desde la terapia gestalt podrían ir dirigidas a explorar cada función para ayudar a reestablecer un contacto sano. Podría ser cuestionar un autoconcepto, resensibilizar el cuerpo, explorar las posibilidades para poder tomar una decisión, o reelaborar la comprensión de “qué estoy sintiendo” para hacerla coherente con la sensación corporal (Picò D, 2014, p. 19).

Ahora se menciona un modelo fundamental en la terapia gestalt que es el proceso de contacto, para llegar a establecer contacto con el entorno el organismo se tiene que activar y ha de movilizar su energía (Picó D, 2014).

El modelo gestáltico del proceso de contacto hace una descripción de la progresión de esta activación, que va desde el surgimiento de la necesidad, pasando por la exploración activa del entorno, hasta llegar al contacto con el

entorno que satisface la necesidad. Concibe la emoción como un fenómeno que se da en un cierto punto de este proceso (Picò D, 2014, p. 20).

La primera fase es el llamado precontacto. El organismo está en un principio en un estado de poca movilización. La situación empieza a alimentar la emergencia de una necesidad. Esta necesidad se manifiesta como sensaciones corporales: micromovimientos musculares, activación sensorial y percepciones propioceptivas. La persona empieza a “notar” algo que aún no tiene nombre, que pertenece al registro de la percepción sensorial (Picò D, 2014, p. 20).

La fase de toma de contacto comienza cuando el organismo se moviliza para explorar el entorno. La activación corporal va en aumento y empieza a haber una consciencia de buscar la satisfacción de la necesidad. Comienza una orientación hacia el entorno, para examinar las posibilidades de satisfacción que ofrece. La función personalidad ofrece un “mapa” para explorar ese entorno (qué sé de mí cuando tengo esta necesidad, qué sé del entorno) y la función yo comienza a priorizar las posibilidades, descartando algunas y poniendo de relieve otras. En la terminología gestáltica de figura y fondo, el cuerpo empieza a pasar al fondo atencional y ciertas posibilidades del entorno se van haciendo figura (Picò D, 2014, p. 21).

La fase del contacto final es en la que se realiza el intercambio entre el organismo y el entorno. Ya se ha alcanzado la solución deseada y el organismo se entrega a la satisfacción de la necesidad. Es el momento culminante, de máxima energía, y al mismo tiempo hay una relajación del control de la fase anterior (Picò D, 2014, p. 22).

La fase del postcontacto supone una bajada de la activación. Se produce una asimilación de lo tomado del entorno, y, eventualmente un descarte de lo que no es útil (excreción, olvido, etc.) Esta asimilación se produce de forma automática, no intencional, gracias a ella el resultado de la experiencia pasa a formar parte de la función personalidad: “yo soy alguien que ha vivido esta experiencia”. El organismo vuelve así a estar disponible para la emergencia de una nueva necesidad y el comienzo de un proceso de contacto nuevo (Picò D, 2014, p. 22).

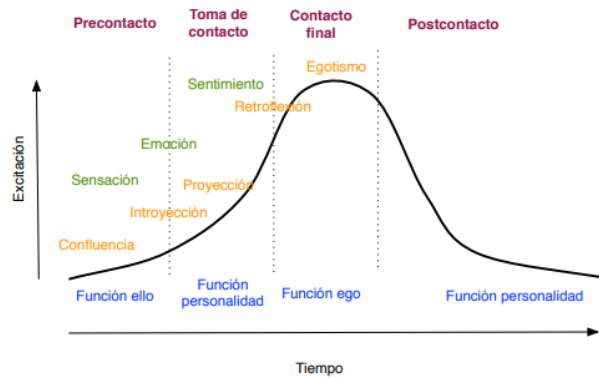


Figura 2 Fases de contacto

Fuente: (Picò D, 2014, p. 22)

En el proceso descrito anteriormente, hay un inicio que es fisiológico y que incluye percepciones, sensaciones y micromovimientos musculares. Conforme la emergencia de la necesidad va en aumento y la energía crece hay un paso de lo fisiológico a lo psicológico: lo que percibo empieza a tener nombre, las representaciones entran en juego: “quiero bailar”, “tengo hambre”, “estoy enfadado”, “creo que me he dejado algo en casa”, etc. En la toma de contacto empieza a aparecer la emoción, con una movilización corporal mucho mayor que en la fase anterior y con una orientación respecto del entorno. Las diferentes emociones, de hecho, nos sirven de orientación en el campo. El miedo nos orienta hacia la huida, el enfado hacia la defensa, la tristeza hacia el recogimiento, la alegría hacia el encuentro con el entorno. La emoción es un indicador privilegiado de nuestra necesidad. En terapia gestalt se insiste en que las emociones tienen siempre un destinatario, ya que son un fenómeno que se da en el proceso de contacto. No existe un “estar enfadado” sin estarlo con algo o alguien. No se está triste sin algún tipo de pérdida de algo o alguien. La emoción no existe per se. Tiene siempre un origen de relación con el entorno, aunque la persona no sea consciente o no lo recuerde (Picò D, 2014, p. 22).

La teoría del *self* de la terapia gestalt no solo describe este proceso ideal. Detalla también diferentes modalidades del proceso que pueden hacerlo transcurrir en formas muy distintas: la confluencia, la introyección, la proyección, la retroflexión y el egotismo. Estas cinco modalidades se pueden entender como “habilidades” del *self*, que, sirven para regular el proceso de contacto. Si estas habilidades están perturbadas pueden interrumpir el proceso e impedir o dificultar un contacto sano con el entorno (Picò D, 2014, p. 23)

La modalidad llamada confluencia se da en la fase de precontacto define, precisamente, como la no emergencia de una figura. No hay nada que movilice al self, no se llega a percibir ningún impulso que empiece a dar orientación (Picò D, 2014).

La modalidad de introyección es la capacidad del *self* de “tragar” cosas del entorno sin agredirlas, sin cuestionarlas, que permite hacer una elaboración con posterioridad. La introyección se relaciona con capacidades de aprendizaje como la imitación de modelos, la repetición o la memorización (Picò D, 2014, p. 25).

En el modelo del proceso de contacto la introyección aparece antes de la fase de toma de contacto, es decir, antes de emprender la exploración del entorno. Los introyectos modifican esta exploración en función de lo que la persona se permite o no desde lo que le dicen esos introyectos (Picò D, 2014, p. 25).

La proyección que se relaciona con la capacidad del *self* de realizar inferencias, es decir, de añadir información a la percepción para completarla. En general, el campo perceptivo es incompleto y hay mucha información que falta en él. La inferencia permite hacer predicciones y rellenar la información que no está disponible para tener una sensación de completud (Picò D, 2014, pp. 26-27).

La proyección como modalidad de contacto aparece al empezar a explorar el campo en la fase de toma de contacto. La persona mira a su entorno y “proyecta”, realiza inferencias sobre él, sobre qué es posible y qué no (Picò D, 2014, pp. 26-27).

La retroflexión es, en cierto sentido, la habilidad del *self* de retirarse en el último momento si el campo no es propicio. Es un mecanismo de seguridad que aparece antes del contacto final y permite, cuando ya está la energía movilizada y el satisfactor de la necesidad localizado, evitar un contacto con un campo que se percibe como no suficientemente seguro. La energía movilizada (que, recordemos, se manifiesta en una activación muscular y sensorial) en vez de ir hacia el entorno necesita encontrar otro destino y se redirige entonces hacia el propio cuerpo (Picò D, 2014, p. 28).

“La retroflexión patológica es aquella en la que no hay una constatación de si el entorno puede sostener el contacto o no. Puede estar debida a esquemas rigidificados o a una exploración deficiente de las posibilidades del entorno” (Picò D, 2014, p. 29).

“El egotismo es una modalidad de contacto que aparece en el contacto final cuando el entorno sigue percibiéndose como no seguro” (Picò D, 2014, p. 29).

La modalidad egotista de contacto consiste en no relajar nunca ese control, en mantener la vigilancia del entorno incluso en el momento del contacto final. Esto puede ser un mecanismo adaptativo cuando el entorno realmente no es confiable o cuando la relajación del control pudiera poner al organismo en peligro. Pero también puede tener un funcionamiento rígido y desconectado de la situación real. Por decir así, el control se puede escapar al control. La persona nunca llega a entregarse a las experiencias que se le presentan y vive con una sensación de insatisfacción sostenida. (Picò D, 2014, p. 30)

1.2.4 Psicoterapia corporal

La vida del cuerpo es la vida de las sensaciones y emociones. El cuerpo siente un hambre real, sed real, alegría real al sol o en la nieve, placer real con el perfume de las rosas o la visión de un ramo de lilas; cólera real, pena real, ternura real, calidez real, pasión real, odio real, aflicción real. Todas las emociones pertenecen al cuerpo y la mente se limita a reconocerlas.

D.H. Lawrence

La psicoterapia corporal suele ser enmarcada dentro de la psicología humanista, por su concepción integradora del ser humano, así como por su convicción en la naturaleza expansiva y autoactualizante de cada persona. Sin embargo, más que enmarcarse en la psicología humanista que surge como tal a comienzos de los 60`, se constituye como un antecedente precursor, puesto que sus orígenes se remontan a fines de los años 20` en el trabajo de Wilhelm Reich (Ramírez, 2005, p. 30).

La psicoterapia corporal, como su nombre lo indica, aún en su definición dos conceptos. Implica por un lado el concepto de la psiquis o mente, y por otro, el concepto de cuerpo, conceptos que son comprendidos en un contexto terapéutico (Ramírez, 2005, p. 26).

A través de diversas técnicas, la terapia corporal busca que la persona aumente la consciencia sobre su cuerpo, haciéndose sensible a su percepción, a la relación que establece con él, a sus patrones posturales, a sus tensiones y hábitos, entre otras cosas (Ramírez, 2005, p. 28).

En el ámbito de la terapia corporal se puede encontrar otra forma de abordaje del cuerpo que se relaciona con una función más expresiva de la corporalidad, que está representada por diversas técnicas orientadas al desarrollo humano, que se centran en el aumento del potencial expresivo y creativo. “Este tipo de acercamiento a la corporalidad conduce a las personas a través de distintos métodos a movilizarse, comunicarse, jugar, expresarse y crear. Existen diversos niveles de profundidad que están determinados por la cantidad de aspectos que pretenden abarcar” (Ramírez, 2005, p. 29).

Si por terapia corporal se entiende aquella modalidad terapéutica centrada en el cuerpo, por psicoterapia corporal se entiende aquella práctica en donde cuerpo y mente se hacen presentes en el espacio terapéutico, sin excluir nunca el uno del otro (Ramírez, 2005, p. 29).

Como modelo psicoterapéutico la psicoterapia corporal trabaja con los diversos contenidos que la mayoría de las psicoterapias considera, esto es: integra el uso del lenguaje, las fantasías, la asociación libre, exploración de sueños, reevaluación de perspectivas cognitivas, recuperación de recuerdos, etc., de igual manera considera aspectos vinculares de confianza, apertura personal y respeto recíproco, así como también explora temáticas ligadas al self, como la autoestima y el autorespeto (Ramírez, 2005, p. 29).

1.2.4.1 Las principales aportaciones, características y conceptos básicos del trabajo de Wilhelm Reich.

- El haber llevado los fenómenos psíquicos y emocionales a un terreno biológico y corporal.
- Postula que la teoría de los instintos es completamente cierta y tiene una base corporal no solo psíquica.
- La coraza muscular y los cinturones de tensión se forman al reprimir la respiración, inhibir las emociones y contracturarse los músculos del cuerpo de forma crónica, lo que provoca que se estanque la energía de vida (orgón).
- Introduce el concepto de cinturones de tensión.

- A la energía de vida la llamo Orgón, al relajar el cuerpo y quitar los cinturones de tensión la coraza se afloja, restableciéndose así el reflejo del orgasmo, y por lo tanto el flujo libre del orgón en el cuerpo.
- Introduce el concepto de coraza, que son los músculos contracturados crónicamente y que en conjunto forman un tipo de armadura del cuerpo que provoca que la persona responde de forma específica emocional y conductualmente.
- La estasis emocional se da por la falta de una descarga de la tensión al 100%, lo que provoca la detención de la energía orgónica en los músculos, contracturándolos crónicamente.
- La terapia propuesta por Reich es la Vegetoterapia, es la primera terapia que incluye el cuerpo y el manipularlo directamente.
- La meta en su terapia es restablecer el reflejo del orgasmo, y es primera terapia que habla del reflejo del orgasmo.
- El concepto de unidad e identidad funcional. Visión holística del ser humano.
- El concepto bio-sistema, donde es importante apuntar que se basa y evoluciona el punto de vista económico de la teoría freudiana: Carga /Descarga de la Energía.
- El Concepto de Carácter y Coraza Muscular, aportación histórica de Reich a la Psicología y a la praxis terapéutica y piedra angular de la terapia reichiana.
- El Concepto de la teoría del Orgasmo.
- El concepto de Respiración.
- La Vegetoterapia (Solorio, 2017, pp. 42-44).

Reich comienza a pensar en una unidad cuerpo-psyque, a la que denominará unidad funcional, la psyque sufriendo las consecuencias de la no descarga de dicha energía básica del cuerpo. Se irá produciendo así un pasaje de la coraza caracterológica a la coraza muscular. De la cura por la palabra, al trabajo en el cuerpo, y de éste al trabajo con energía orgónica (Solorio, 2017, p. 44).

Es importante tener claro el concepto de carga y descarga y de cómo se da este proceso en el organismo (Solorio, 2017, p. 45).

Al inicio el organismo está en reposo o relajación La carga se da cuando un organismo recibe estimulación energética (excitación) por parte de una situación ya sea externa o interna que lo llevará a generar una respuesta que será la descarga y nuevamente estaría en relajación al haber descargado la energía generada por la excitación inicial, cuando la carga energética es manejada de forma adecuada por el organismo la repuesta será al 100 por 100 involucrando todo el organismo incluyendo emociones y respuestas físicas ya sea de desplazamiento para realizar una acción determinada o de huida (Solorio, 2017, p. 45).

Cuando por alguna razón la respuesta no es permitida o es bloqueada por otro estímulo más fuerte la descarga se inhibe y no se dará la relajación al 100 por 100. La energía generada por el estímulo inicial se quedará atrapada en el organismo contrayendo grupos específicos de músculos que estaban involucrados en la respuesta que se daría, para liberar esa energía. (Solorio, 2017, p.45) Al inicio el organismo naturalmente busca formas de descargar esta energía atorada y se relaja nuevamente para prepararse para otra acción, pero cuando al paso del tiempo es mayor la carga energética a la que ha sido expuesto el organismo que la capacidad para relajarse y de dar las respuestas requeridas al cien por ciento el organismo poco a poco se va bloqueando y tensando, de modo que al final es una amalgama de energías que son antagónicas. Y no es posible desbloquearlo y recuperar por sí solo la capacidad de total relajación a esto se le llama estasis que da como resultado la coraza muscular. Bloqueándose así el ciclo natural de la respiración (Solorio, 2017, p. 45).

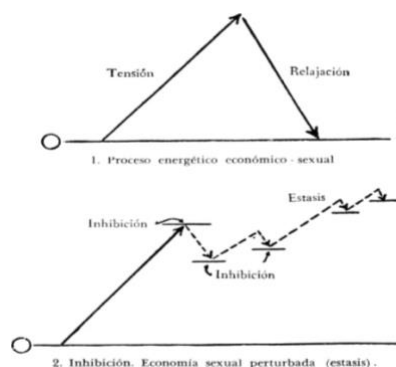


Figura 3 Carga- descarga

Fuente: (Solorio, 2017, p.46)

El primer dibujo muestra una respuesta sana, en donde la carga es idéntica a la descarga; mientras que el segundo dibujo muestra una respuesta bloqueada en donde la descarga es parcial, por lo que se acumula energía (Solorio, 2017, p. 45).

1.2.4.2 El desarrollo de la teoría del Orgasmo. Reich critica la pasividad y larga duración de la terapia psicoanalítica. Sí se requiere movilizar la coraza muscular, se requiere acción (manipular músculos, exagerar posturas, mover los patrones respiratorios); al existir la acción, se moviliza inmediatamente la estasis, con lo que la neurosis irá cediendo y, en consecuencia, no habría por qué prolongar tanto tiempo el tratamiento. Igualmente, Reich duda de las neurosis mono-sintomáticas. Este concepto concuerda con la manera de pensar acerca del malestar humano y de la enfermedad en general, que son vistos como problemas aislados, mientras que toda neurosis (concepto que sabemos ha evolucionado) responde a la globalidad de la persona (Solorio, 2017, p. 46).

Reich desarrolla su teoría del Reflejo del Orgasmo y postula que existe naturalmente en cualquier organismo y es entonces la respuesta plena de todo el organismo a un estímulo específico, dando como resultado el placer y el gozo en la vida sin restricciones, esto conlleva a una toma de conciencia plena y total de cada uno de los actos de la vida asumiendo la responsabilidad de lo que hace. Reich postula que al recuperar la capacidad de sentir sin restricciones el orgasmo automáticamente comienza a vivir plenamente (Solorio, 2017, p. 47).

Para Reich la respiración representa un papel central y básico en el proceso de Bloqueo / Desbloqueo del reflejo del orgasmo, ya que es primero que nada el vehículo de la vida y la función corporal más importante para nuestra supervivencia que mantiene un estado de salud físico y mental. Respiración significa volver al espíritu, infundir vida. La respiración es la experiencia visible de una acción continua que realizamos para permanecer conectados a la vida del planeta. El continuo dentro-fuera, carga-descarga determina los ritmos de las respiraciones, es el motor a través del cual se bloquea todo proceso de sentir y experimentar cualquier tipo de sensaciones en el cuerpo, así como nuestras funciones psicológicas. El continuo de inhalación y exhalación es como una onda. El aliento aumenta en amplitud, llega a una cima y luego, suavemente, decae. Inspiramos, la onda aparece y llega a un pico, luego suavemente espiramos, hacemos una pausa e inhalamos de nuevo. Si nos excitamos, la onda intensifica

su tono. Cuando nos relajamos, respiramos profundamente en el vientre. Cuando las circunstancias nos lo exigen, respiramos vigorosamente (Solorio, 2017, p. 45).

Demandamos más de nosotros abriendo la respiración hasta el vientre, el cuello y la cabeza, una respiración incompleta da origen a sensaciones de asfixia, derrota, desamparo y miedo. Todo el cuerpo late al ritmo de la onda respiratoria, el corazón está ligado íntimamente a la respiración, cuando el corazón se debilita hay que respirar más para compensar la deficiencia, cuando la respiración es fatigosa el corazón tiene que trabajar más. El cuerpo entero es un conducto que late con las ondas respiratorias de carga-expansión / contracción-descarga si está bloqueada por la estasis, nos veremos limitados tanto en las actividades a las que podemos dedicarnos, como en las sensaciones que permitimos. La riqueza de nuestro pensamiento y de nuestra imaginación se verá afectada. Cuando gritamos, el diafragma golpea contra el corazón y contra el esófago. Así pues, la respiración, el flujo sanguíneo y el hambre de oxígeno están entrelazados; los tubos digestivo y respiratorio dan origen a las sensaciones de hambre, de vacío, de alcanzar, de tomar, de llenarse, de expulsar (Solorio, 2017, pp. 48-49).

El miedo, la alarma, la rabia y el terror influyen sobre la respiración. Los centros corticales relajan el pecho para controlar el sollozo y a los músculos de la región bucal para ahogar el grito. El tórax se agarrota para sofocar el miedo y el diafragma se detiene de forma que no se muestre la emoción. Alternativamente, es posible estimular el diafragma para demostrar rabia o miedo. La emoción puede ser tan intensa que perdemos el autocontrol. Entonces la volición es sobrepasada y se produce el sollozo o el grito. Todas estas situaciones derivan de patrones respiratorios donde el tórax no puede moverse ampliamente por temor a sus propias sensaciones o por su propia falta de control por lo tanto para controlarnos a nosotros mismos tenemos que controlar nuestra respiración; si no hay respiración no existe oxigenación (el fuego de la vida). Si no hay oxigenación no hay combustión y sin fuego no hay vida, no hay fuerza vital y sin ella no hay espíritu. Todo esto explica porque el corazón, el cerebro y la respiración están tan íntimamente conectados. Si se logra desbloquear esta función vital (la respiración) en el organismo acorazado, la dinámica de todos los procesos naturales en el cuerpo se dará de forma espontánea como lo es el reflejo del orgasmo (Solorio, 2017, p. 49).

En la respiración natural se relajan los hombros y se mueven suave y lentamente hacia delante al final de la respiración, lo que sucede normalmente es que los hombros están tiesos justo cuando termina la espiración, o los encogen o los echan hacia atrás; en resumen, ejecutan varios movimientos de los hombros con el fin de no permitir que se dé el movimiento vegetativo espontáneo. Al inspirar profundamente (conteniendo el aliento) se contiene la energía biológica de los centros vegetativos, aumentándose así la irritabilidad refleja. La espiración repetida reduce la estasis y con ello una irritabilidad angustiosa. La inhibición de la respiración específicamente, de la espiración profunda crea así un conflicto: Cumple el propósito de amortiguar las excitaciones agradables del aparato vegetativo central, pero al hacerlo crea una mayor susceptibilidad a la angustia y mayor irritabilidad refleja. La angustia es el negativo de la excitación sexual, y al mismo tiempo es idéntica desde el punto de vista energético. La llamada "irritabilidad nerviosa" no es más que una serie de corto circuito en la descarga de la electricidad de los tejidos, causada por la contención de descarga de la electricidad de los tejidos, causada por la contención de la energía que no puede encontrar salida mediante la descarga orgástica (Solorio, 2017, pp. 50-51).

Por último, la respiración debe ser:

- Profunda, llenando la parte superior e inferior de los pulmones (respiración de vientre).
- Calmada, relajada
- Continua.
- Balanceada en el tomar y soltar el aire.
- Por la nariz, para filtrar el aire. Una respiración plena se basa en el contacto con los demás, además de con nosotros mismos. (Solorio, 2017, pp.50-51)

La coraza puede dividirse en la contracción muscular natural y transitoria y en la contracción crónica permanente. La primera ocurre en cualquier animal vivo cuando es amenazado, pero es liberada cuando la amenaza se extingue. La segunda se origina de la misma manera, pero a causa de la amenaza persistente se vuelve crónica respondiendo más a un peligro interno que a otro externo (Solorio, 2017, p. 51).

La coraza se perpetúa a sí misma, pues unos padres acorazados crían niños acorazados. La causa del acorazamiento es la necesidad por parte del niño, de aceptar las actitudes no naturales de los padres y otros medios. De acuerdo con Reich, la formación del carácter depende de (Solorio, 2017, pp. 52-53):

- El momento en el cual se frustró el impulso, antes o después de su desarrollo. Cuanto más temprana es la frustración, más completa será la represión. La frustración temprana (de la agresión y del placer en la actividad motora) conduce a un marcado desequilibrio de la actividad total y más tarde, a una reducción de la capacidad laboral.
- El alcance y la intensidad de la frustración será represiva o insatisfactoria.
- Contra cuales impulsos se dirigió la frustración central; por ejemplo, el estadio alcanzado por el impulso libidinal en el momento en el que se exigió la inhibición.
- La relación entre la tolerancia y la frustración.
- El sexo de la persona frustrante principal.

La coraza se desarrolla como el aspecto somático de la represión y siempre incluye grupos de músculos que forman una unidad funcional, resulta del miedo al castigo, contiene los roles y demandas que le han conducido a esta realidad, se desarrolla conforme a la necesidad para la adaptación y posee una disposición segmentada, contiene la historia y el significado de su origen; si es debido a un evento traumático, contendrá la memoria de tal evento (Solorio, 2017, p. 53).

Reich afirmó que la coraza corporal se encuentra dividida en siete áreas o segmentos. Estos segmentos forman bandas alrededor del cuerpo en su área, y en esa banda se estanca la energía. Las áreas son las siguientes (Solorio, 2017, p. 54):

- 1.-Ojos u Ocular
- 2.-Boca u Oral
- 3.-Cuello
- 4.-Pecho o tórax, los brazos son considerados parte del segmento torácico,
- 5.- Diafragma
- 6.-Ventre
- 7.-Pelvis y Genitales,
- 8.- piernas.

Cada segmento es un anillo que va desde la parte frontal hasta la trasera, la coraza se va formando con los bloqueos en cada segmento y se correlacionan con la estructura caracterológica (Solorio, 2017, p. 54).

Cada segmento es un anillo o cinturón de tensión que circunda el cuerpo y que también afecta los órganos internos subyacentes. La relativa independencia de estos segmentos se observa en el hecho de que toda actividad emocional o bioenergética en una parte de un segmento tenderá a influir en sus otras partes, mientras que los segmentos adyacentes a menudo mostrarán signos de incremento del acorazamiento o la resistencia, como una reacción defensiva a la presión que ejerce la energía liberada, la cual está tratando de abrirse paso (Solorio, 2017, p. 56).

Las emociones, tomando los distritos corporales a través de las estructuras neuromusculares, accionan sobre el terreno anatomo-fisiológico, y se expresan a través del lenguaje corporal. Este lenguaje, además de ser continuamente subrayado por la medicina psico-somática se le encuentra como elemento constitutivo de todas las culturas y contemporáneamente usamos expresiones en nuestro lenguaje común que, por ejemplo, afirman que un evento ansiógeno atenta "acorta la respiración" o que la espera de la persona amada hace "palpitar el corazón" o que el terror "congela las piernas", etc (Solorio, 2017, p. 57).

Tales expresiones se refieren a la respuesta de varios órganos, a continuación de impulsos nerviosos, que se articula a través del lenguaje de la función muscular. Este lenguaje se entrelaza a través de respuestas específicas en cuanto relativas a la función de órganos localizados en zonas anatomo-fisiológicas potenciales a ciertas funciones reactivas específicas (Solorio, 2017, p. 57).

Realizada la capacidad de "sentir" el propio cuerpo, se evita la deformación cultural que tiende a la intelectualización de las propias sensaciones, deformación por la cual el soma se torna una entidad alineada del Yo y su característica de estrechez, provoca un sentimiento de miedo profundo (Solorio, 2017, p. 59).

Capítulo II Patologías de mama

El cuerpo no es una cosa, es una
situación: es nuestra comprensión del mundo y
el esbozo de nuestro proyecto. Simone de
Beauvoir

Muchas veces el seno en la mujer puede sufrir cambios inesperados que pueden modificar la forma de este, no hay un factor dominante que nos pueda dar algún indicio de que se presentará dicho cambio, muchas veces simplemente aparecen y algunas de ellas se pueden ver muy aparatosas, por eso es importante tener conocimiento de aquellas patologías, cómo se clasifican y tener un panorama del tratamiento que cada una de ellas necesita.

2.1 Antecedentes

La patología mamaria se conoce en la humanidad desde épocas antiguas. Los Egipcios Antiguos eran los primeros para observar la enfermedad hace más de 3.500 años. La condición fue descrita en los papiros de Edwin Smith y de George Ebers. En 460 A.C., Hipócrates describía la patología de mama, como una enfermedad humoral. El postuló que el cuerpo consistió en cuatro humores - sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra (Méndez, 2017, p. 5).

Ahora bien se define por patología benigna mamaria a un grupo de alteraciones en el tejido mamario, las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que corresponden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida, creando un grupo de signos y síntomas muy variados que se manifiestan por dolor mamario, masas, nodularidad, irritabilidad, secreción, y descarga por el pezón y/o inflamación e infección (Méndez, 2017, p. 5).

El cáncer de mama es la patología maligna principal en la mujer, que por sus múltiples factores etiológicos se ha vuelto un problema epidemiológico, en mujeres de edades cada vez más jóvenes y prevalece en mujeres de edad avanzada. Además del diagnóstico inadecuado por retraso o por calidad del propio proceso diagnóstico se ve reflejado en el pronóstico de la paciente (Méndez, 2017, p. 5).

Los padecimientos tumorales benignos generalmente provocan cambios locales como aumento de volumen, distensión y dolor. Los padecimientos inflamatorios, e

infecciosos generalmente se resuelven de manera espontánea, o por el uso de medidas locales, antiinflamatorios, antibióticos. El cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica, es decir que solamente es detectable por estudios de imagen (mastografía, ultrasonido, resonancia magnética), en menor proporción por clínica (tumores palpables) (Méndez, 2017, p. 6).

2.2 Anatomía de la mama

Las mamas son un órgano glandular ubicado en el pecho encargadas de conducir la leche materna hasta el bebé durante la etapa inicial, además de ser un atributo característico natural de la mujer (Ilitia, 2019, s/p).

La mama está formada por tejido conjuntivo, grasa y tejido mamario bajo la piel, que contiene las glándulas encargadas de producir la leche materna. Externamente, podemos encontrar a dos componentes que sobresalen: la areola y el pezón (Ilitia, 2019, s/p).

- CAJA TORÁCICA. El tórax es la parte del cuerpo humano que está entre la base del cuello y el diafragma.
- MÚSCULO PECTORAL. El músculo pectoral mayor es un músculo superficial, plano, ubicado en la región anterosuperior del tórax.
- LÓBULOS. Parte de la mama que contiene los lobulillos, que son las glándulas que se encargan de producir la leche.
- AREOLA. Área pequeña circular coloreada que rodea al pezón.
- PEZÓN. Protuberancia pequeña en la parte más o menos central de la mama.
- CONDUCTOS GALACTÓFOROS. Formado por una serie de conductos que transportan leche desde los lóbulos mamarios al pezón.
- TEJIDO ADIPOSO. El tejido adiposo o tejido graso es el tejido conjuntivo conformado por la asociación de células que acumulan lípidos en su citoplasma: los adipocitos (Ilitia, 2019, s/p).

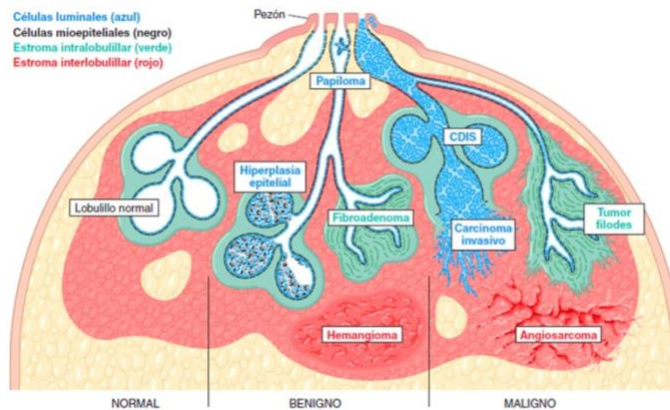


Figura 4 Estructura de la mama

Fuente: (Ilitia, 2019, s/p)

2.3 Lesiones benignas de mama

Las patologías mamarias son alteraciones en el tejido mamario que no tienen la capacidad de diseminarse, que suceden a consecuencia de mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida, creando un grupo de signos y síntomas variados como el dolor mamario, masas palpables o visibles, nodularidad, turgencia, irritabilidad, secreción y descarga líquida por el pezón y/o inflamación e infección. Algunas de estas lesiones pueden elevar el riesgo de patología mamaria maligna y pasar inadvertidas (Herrera, 2014, p.16).

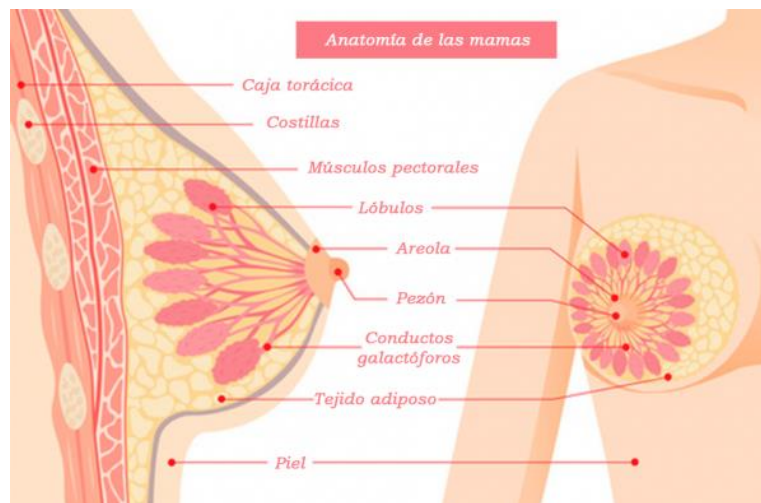


Figura 5 Modificación de la mama

Fuente: (Elsevier, 2021, s/p).

A continuación, se presentan dos tablas sobre la clasificación la Tabla 2 es una clasificación más amplia sobre las lesiones benignas de la mama, y la Tabla 3 es la clasificación de Dupont y Page respecto a las lesiones benignas para el subsecuente desarrollo de cáncer de mama.

TIPO	PUEDEN SER
ANOMALÍAS DEL DESARROLLO	Politelia, Polimastia, Atelia, Amastpia .
TRASTORNOS FUNCIONALES	Galactorrea, Telorrea.
PROCESOS INFLAMATORIOS	Mastitis, Enfermedad de Mondor (flebitis mamaria) Mastopatía fibroquística.
PROCESOS PSEUDOTUMORALES	Ectasia ductal, Necrosis grasa (esteatonecrosis).
LESIONES PROLIFERATIVAS	Fibrosis, Adenosis, Quistes.
TUMORES BENIGNOS	Adenoma, Papiloma, Fibroma, Fibroadenoma.

Tabla 2 Clasificación de las lesiones benignas de la mama

Fuente: (RedMedicavlog, 2021 , s/p)

ENFERMEDADES PROLIFERATIVAS	NO ENFERMEDADES PROLIFERATIVAS SIN ATIPIA	ENFERMEDADES PROLIFERATIVAS CON ATIPIA
Metaplasia apocrina	Papiloma intraductal	Hiperplasia ductul atípica
Quistes	Hiperplasia moderada	Hiperplasia lobulillar atípica
Ectasia ductal	Hiperplasia ductal florida de tipo usual	
Fibroadenoma	Cicatriz radial	
Hiperplasia epitelial leve	Adenosis esclerosante	

Tabla 3 Clasificación de Dupont y Page

Fuente: (RedMedicavlog, 2021, s/p)

2.3.1 Trastornos funcionales

Estos son una serie de procesos, que forman parte de la forma habitual en que funciona o está constituida la mama, ocurren de forma excesiva, o fuera del contexto normal en que deberían aparecer (RedMedicavlog, 2021, s/p).

Telorrea

Consiste en la secreción de líquido por el pezón. Es un hallazgo muy frecuente, y puede obedecer a causas muy diversas, la mayoría de ellas benignas, si bien el diagnóstico definitivo se realizará tras valorar una serie de pruebas complementarias, como la mamografía, citología de la secreción. No obstante, existen una serie de datos que apoyan la sospecha de que este hallazgo sea benigno, tales como:

- Que aparezca bilateralmente, es decir en las dos mamas.
- Que se produzca por varios orificios del pezón (pluriorifical), lo cual apoya también el hecho de que se trate de una patología difusa del tejido mamario.
- El aspecto del fluido o secreción es también determinante: si es amarillento o de aspecto purulento, es característico de un proceso infeccioso, la mayoría de las veces benigno; mientras que, si es sanguinolento, nos obliga a descartar un proceso tumoral. (Saludemia s/f, s/p)

Galactorrea

Es la aparición de secreción de leche, espontánea o provocada, fuera del periodo de la lactancia o embarazo (sexto mes). Suele ser bilateral y está producida por una estimulación anómala de las glándulas mamarias, de múltiples orígenes o causas, como son:

- Exceso de una hormona que es secretada por la hipófisis, y que su función es estimular el desarrollo mamario, posibilitando la producción de leche durante la lactancia y el embarazo, que es la prolactina.
- A veces, los niveles de esta hormona en sangre son normales y se debe a una mayor sensibilidad del tejido mamario a esta hormona.

Otras veces se debe a fármacos que se emplean para tratamientos de diferentes patologías, ya sean digestivas (como la metoclopramida), relacionados con la enfermedad de Parkinson, o por procesos neurológicos o de estrés (sulpiride). (saludemia s.f , s/p)

Tx: El medico recomendará un tratamiento dependiendo de los síntomas.



Figura 6 Trastornos funcionales

Fuente: (Elsevier, 2001, p.450)

2.3.2 Procesos inflamatorios

La causa de los procesos inflamatorios en la mama es generalmente infecciosa, aunque a veces trastornos físicos también pueden producir inflamación (Méndez, 2021, s/p).

“La reacción inflamatoria es un proceso semejante en cualquier órgano del cuerpo humano. Se caracteriza por la aparición de unos signos universales que responden a efectos humorales” (RedMedicavlog, 2021, s/p).

Estos signos son:

- Calor.
- Rubor.
- Dolor.
- Impotencia funcional.

Mastodinia

Consiste en un dolor mamario cíclico que aumenta en el periodo premenstrual y se alivia tras la menstruación. La mastodinia es el principal síntoma de la mastopatía fibroquística (RedMedicavlog, 2021, s/p).

Mastalgia

Dolor mamario en general

- Clasificación (Cardiff)
- Cíclico: Mastodinia- Patrón pronunciado; experimenta dolor alrededor de la fase lútea del ciclo menstrual; se asocia con ciclos ovulatorios; más comunes en mujeres premenopáusicas; frecuentemente bilateral; es descrito como dolor tirante, punzante, penetrante, sensación de pesantez y pulsante.
- No cíclico: Sin patrón; no se relaciona con ningún patrón menstrual; el dolor tiende a ser bien localizado frecuentemente retroareolar o medial; puede ser bilateral; frecuentemente se describe como pesado, doloroso, severo, tirante, tenebrante, quemante, sensación de opresión, dolor como puñalada y sensación de pellizcos.
- Dolor en el tórax: Sin patrón; cualquier edad, siempre unilateral, descartar costochondritis (síndrome de Tietze's) origen musculoesquelético, trauma quirúrgico, dolor reflejo (RedMedicavlog, 2021, s/p).

Tx: Meloxicam, piroxicam, Naproxeno, Tamoxifeno, Danazol, Bromocriptina, nimesulida, Linaza (Dr.Méndez, 2021, s/p).



Figura 7 Proceso inflamatorios

Fuente: (Senocuidado, 2015, s/p)

Mastitis

Las mastitis puerperales agudas son la forma más habitual de aparición. Inflamación del tejido mamario.

- No infecciosa
- Infecciosa: masa fluctuante, crepitante, cambios eritematosos --- complicación + grave = absceso mamario. Debe responder a antibióticos en poco tiempo (Dra. Méndez, 2021, s/p) .

Tipos de mastitis	Agente causal
Mastitis periductal	Enterococos, Estreptococos anaeróbicos, Estafilococos y Bacteroides
Mastitis superficial	Estafilococo y Estreptococos
Mastitis granulomatosa	De origen idiopático
Absceso de glándula de Montgomery	Pseudomonas aeruginosas, proteus sp, Estreptococo y Estafilococo

Tabla 4 Tipos de mastitis

Fuente: (RedMedicavlog, 2021, s/p)

Tx: Dependiendo el tipo de mastitis es el tratamiento que se les da a las mujeres ya sea vaciado de mama, ecografía, medicamentos o en algunos diagnósticos la cirugía.



Figura 8 Mastitis

Fuente: (Rick. A, 2015, s/p)

Enfermedad de Mondor

Aparece en mujeres entre 21 y 55 años, los desencadenantes son: Traumatismos, distensión muscular, antecedentes quirúrgicos, carcinomas y procesos febriles. Los

síntomas son: cordón subcutáneo indurado en la mitad mamaria externa, dolor local, posible retracción (RedMedicavlog, 2021, s/p).

Tx: remisión espontánea (RedMedicavlog, 2021, s/p)



Figura 9 Enfermedad de Mondor

Fuente:(Alba, B, 2013, s/p)

Mastopatía fibroquística/ Displasia mamaria

Caracterizada por alteraciones en la proliferación del estroma y parénquima mamario, desarrollando tumores o quistes palpables. Patología más frecuente en mujeres premenopáusicas, muy rara después de la menopausia. Síntomas: dolor mamario, mastodinia, dolor bilateral, induración o nódulos palpables, secreción del pezón (RedMedicavlog, 2021, s/p).

Tx: Punción-aspiración, progestágenos (RedMedicavlog, 2021, s/p)

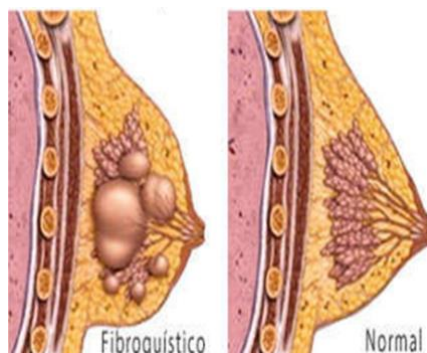


Figura 10 Mastopatía fibroquística

Fuente: (Clínica Pedrosa, 2018, s/p)

2.3.3 Procesos pseudotumorales

Las lesiones pseudotumorales son aquellas que, clínica y radiológicamente, parecen tumores, pero histológicamente, no lo son.

Ectasia ductal

La ectasia ductal, también conocida como ectasia ductal mamaria, es una afección benigna (no cancerosa) de los senos que ocurre cuando un conducto de leche se ensancha y sus paredes se engrosan. Esto puede bloquear el conducto y ocasionar acumulación de líquido. Es más común en las mujeres que están próximas a la menopausia, aunque también puede ocurrir después de la menopausia (American Cancer Society, 2019, p. 25).

A menudo, esta afección no causa ningún síntoma y se descubre cuando se hace una biopsia (extraer pequeños fragmentos de tejido para examinarlos al microscopio) debido a otro padecimiento del seno. Con menos frecuencia, la ectasia ductal puede causar una secreción del pezón, a menudo espesa y pegajosa. El pezón y el tejido adyacente del seno pueden estar sensibles al tacto y enrojecidos. Puede que el pezón se contraiga hacia adentro (American Cancer Society, 2019, p. 25).

Tx: La ectasia ductal a veces se alivia sin necesidad de tratamiento. En algunos casos se pueden utilizar compresas tibias y antibióticos. Si los síntomas persisten, puede sea necesario extirpar el conducto anormal mediante cirugía (American Cancer Society, 2019, p. 26).

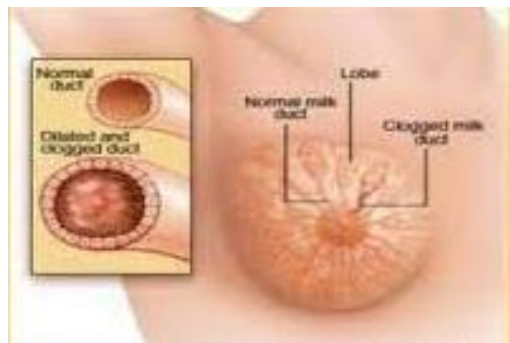


Figura 11 Ectasia ductal
Fuente: (Cáncer de seno popayán, 2016, s/p)

Necrosis grasa (esteatonecrosis).

La necrosis adiposa es una afección benigna (no cancerosa) de los senos que ocurre cuando se daña un área del tejido adiposo del seno. Por lo general se debe a una lesión en el seno. También puede presentarse después de una cirugía o del tratamiento con radiación en el seno. Es posible que la piel alrededor de la protuberancia se vea más gruesa, y esté enrojecida o amoratada (American Cancer Society, 2019, p. 21).

Tx: La necrosis grasa generalmente no necesita tratamiento. A veces, la necrosis grasa desaparece por sí sola. Sin embargo, la cirugía puede ser una opción si la protuberancia o el área del bulto llega a crecer o a causar molestias (American Cancer Society, 2019, p. 22)

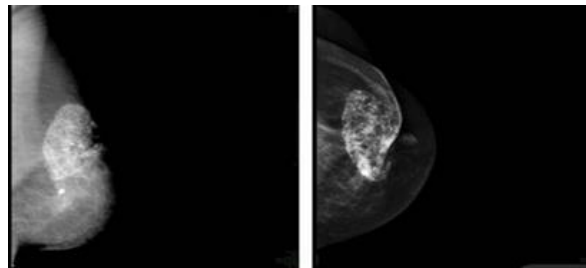


Figura 12 Necrosis grasa

Fuente (Oiseth , Jones y Maza , 2022, s/p)

2.3.4 Lesiones proliferativas

Grupo de afecciones no cancerosas que se distinguen por un aumento en la formación de ciertas células en la mama. Presentar una de estas afecciones puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.

Fibrosis

La fibrosis se refiere a una gran cantidad de tejido fibroso, el mismo tejido del que están compuestos los ligamentos y el tejido cicatricial. Las áreas de fibrosis tienen una consistencia como de hule, firme o dura al tacto. Los cambios fibroquísticos se diagnostican según los síntomas, como protuberancias, hinchazón y/o hipersensibilidad o dolor en los senos. Estos síntomas tienden a empeorar justo antes del periodo menstrual, y pueden cambiar durante las distintas etapas del

ciclo menstrual. Es posible que los senos se sientan con protuberancias, y algunas veces puede salir un flujo transparente o ligeramente turbio de los pezones (American Cancer Society, 2019, p. 2).

Tx: La mayoría de las mujeres con cambios fibroquísticos y sin síntomas que causen molestias no tiene necesidad de tratamiento, pero podrían necesitar un seguimiento riguroso (American Cancer Society, 2019, p. 3).

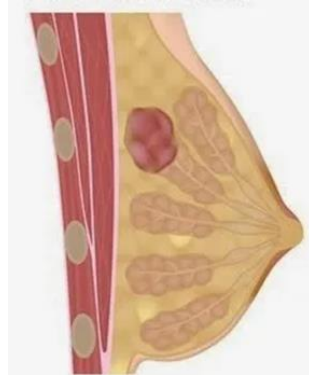


Figura 13 Fibrosis

Fuente: (Costelazo G, 2022, s/p)

Adenosis

Es una afección benigna (no cancerosa) del seno en la que los lobulillos del seno (glándulas productoras de leche) están agrandados, y hay más glándulas de lo normal. A menudo, la adenosis se detecta mediante biopsias que se realizan en mujeres que tienen fibrosis o quistes en sus senos (American Cancer Society, 2019, p. 11).

La adenosis esclerosante es un tipo especial de adenosis, en el cual los lobulillos agrandados están distorsionados por el tejido de apariencia cicatricial. Este tipo puede causar dolor en los senos (American Cancer Society, 2019, p. 12).

Si se detectan muchos lobulillos agrandados próximos entre sí, puede que estén lo suficientemente grandes para ser palpados como una protuberancia del seno. En casos como este, tal vez un examen del seno no sea suficiente para saber si la protuberancia es adenosis o un cáncer de seno (American Cancer Society, 2019, p. 12).

Tx: Por lo general, no es necesario tratar la adenosis, a menos que esté causando síntomas que provocan molestias (American Cancer Society, 2019, p. 12).



Figura 14 Adenosis

Fuente: (De los santos C, 2019, s/p)

Quistes.

Los quistes son sacos redondos u ovalados que están llenos de líquido dentro de los senos. A menudo se sienten como una protuberancia o masa (bulto) redonda y móvil, que también podría resultar dolorosa al tacto. Son más frecuentes en mujeres de entre 40 y 49 años, aunque pueden presentarse en mujeres de cualquier edad. Los quistes se originan cuando líquido comienza a acumularse dentro de las glándulas de los senos. Si el líquido continúa acumulándose, se pueden formar macroquistes (quistes de mayor tamaño) (American Cancer Society, 2019).

Tx: No es necesario extraer el líquido de los quistes, pero los quistes también pueden desaparecer con el pasar del tiempo. Para los quistes que continúan regresando y causando síntomas, la cirugía para eliminarlos puede ser una opción (American Cancer Society, 2019).

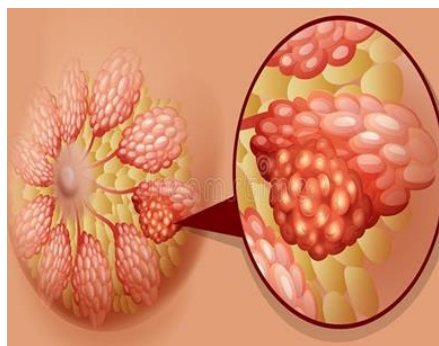


Figura 15 Quistes

Fuente: (Costelazo G, 2022, s/p)

2.3.5 Tumores benignos

Un tumor benigno de mama consiste en el crecimiento de células o tejidos benignos en el área mamaria. Son crecimientos que no tienen una naturaleza cancerígena, compuestos de tejido mamario y que ayuda a sostener la mama.

Papiloma

Los papilomas intraductales son tumores benignos (no cancerosos) semejantes a verrugas que crecen dentro de los conductos lácteos de los senos. Están compuestos por tejido glandular en conjunto con tejido fibroso y vasos sanguíneos (tejido fibrovascular). Los papilomas solitarios (papilomas intraductales solitarios) son tumores aislados que a menudo crecen en los conductos lácteos grandes cercanos al pezón. Éstos son una causa común de secreción clara o sanguinolenta, especialmente cuando proviene de un solo seno. Pueden sentirse como una protuberancia pequeña debajo o próxima al pezón. A veces causan dolor. Los papilomas también pueden encontrarse en los pequeños conductos de las áreas del seno distantes del pezón. En este caso, con frecuencia hay varios crecimientos (papilomas múltiples). Hay menos probabilidad de que causen secreción del pezón. En la papilomatosis, hay áreas muy pequeñas de crecimiento celular dentro de los conductos, pero no son tan distinguibles como los papilomas (American Cancer Society, 2019, p 19).

Tx: El tratamiento habitual es cirugía para extirpar el papiloma y un segmento del conducto donde se encuentra (American Cancer Society, 2019, p. 20).

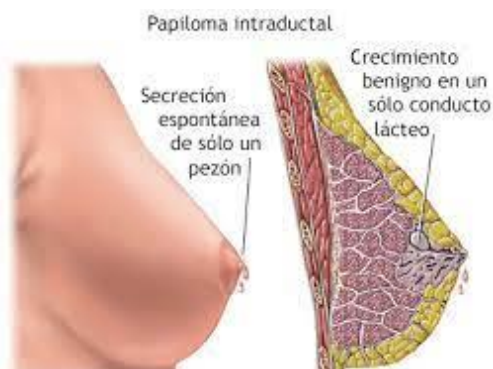


Figura 16 Papiloma

Fuente:(ADAM, 2021, s/p)

Fibroadenoma.

Los fibroadenomas son tumores benignos (no cancerosos) de los senos comunes y compuestos por tejido glandular y de tejido estromal (conectivo) (American Cancer Society, 2019, p. 13).

Estos tumores benignos son más frecuentes en mujeres de 20 a 39 años, aunque pueden presentarse en mujeres de cualquier edad. Tienden a encogerse después de que una mujer ha pasado por la menopausia. Algunos fibroadenomas son demasiado pequeños como para poder palparse, pero otros tienen varias pulgadas de diámetro. Suelen ser redondos y tienen bordes bien definidos. La mujer puede tener uno o muchos fibroadenomas. Algunos fibroadenomas se descubren solo mediante un estudio por imágenes (como un mamograma o una ecografía). Para saber si un tumor es un fibroadenoma o alguna otra dolencia, es necesario realizar una biopsia (extraer tejido mamario para examinarlo en el laboratorio) (American Cancer Society, 2019).

Tx: Muchos doctores recomiendan la extirpación de los fibroadenomas, especialmente si éstos siguen creciendo o cambian la forma del seno. Es importante que las mujeres que tengan fibroadenomas se sometan regularmente a exámenes de los senos o estudios por imágenes para asegurarse de que los fibroadenomas no estén creciendo (American Cancer Society, 2019, pp. 14-15).

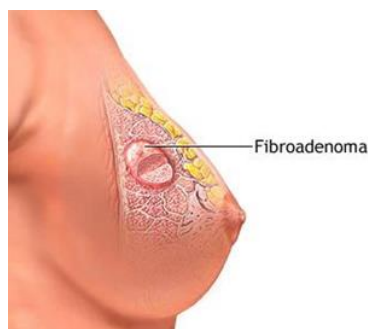


Figura 17 Fibroadenoma

Fuente: (Dr. Arjona J, 2018, s/p)

2.4 Lesiones malignas de la mama

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres en el mundo. En México, representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. En los últimos años, el número de muertes causadas por esta enfermedad ha aumentado de forma alarmante, principalmente, por el retraso en

el inicio del tratamiento, ya sea por la tardanza en la búsqueda de atención médica luego de que una mujer presenta un posible síntoma de cáncer de mama, o por la demora en el sistema de salud, particularmente al dar el diagnóstico definitivo (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, s/p).

Existen múltiples factores relacionados con el desarrollo de esta enfermedad y la modificación de alguno ayuda a prevenirla; entre ellos se encuentran los siguientes:

- Factores hereditarios, como el antecedente familiar de cáncer de mama, y mutaciones de los genes BRCA1, BRCA2, y TP53.
- Factores reproductivos, como el uso prolongado de anticonceptivos orales y terapias de sustitución hormonal, el inicio de la menstruación a edad temprana, la aparición tardía de la menopausia, el primer embarazo en edad madura, el acortamiento de la lactancia materna y no tener hijos.
- Estilos de vida, como el consumo de alcohol, el sobrepeso, la obesidad y la falta de actividad física (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, s/p).

La educación de la población sobre los signos y síntomas de la enfermedad, así como la autoexploración, han mostrado ser de gran utilidad para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo y la búsqueda de atención temprana. Además, la realización sistemática de mastografías en la población en riesgo ha demostrado ser el método más efectivo para la detección temprana de cáncer de mama (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, s/p).

Como medida de detección oportuna se recomienda que todas las mujeres mayores de 25 años exploren sus mamas después de menstruar, tratando de encontrar alguna bolita. Ante la presencia de una bolita extraña, se debe acudir a evaluación médica (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, s/p).

Para reducir el riesgo de padecer cáncer de mama, se recomienda:

- Practicar la lactancia materna por más de 12 meses.
- Consultar a su médico sobre el uso de anticonceptivos orales.
- Llevar una dieta rica en frutas y vegetales por su alto contenido de vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes.
- Reducir al mínimo el consumo de grasas, azúcar y alcohol.
- Mantener un peso adecuado.

- Realizar actividad física al menos 30 minutos al día (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, s/p).

Para lograr un diagnóstico temprano y aumentar la sobrevivencia, es importante realizar:

- Autoexploración de las mamas a partir de los 20 años, al menos una vez al mes.
- Realizar mastografía cada dos años en mujeres mayores de 40 años.
- Realizar mastografía en mujeres menores de 50 años con antecedentes familiar de cáncer de mama (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, s/p).
- El cáncer de mama se puede dividir en varios tipos en función de las características de las células de la mama a partir de las cuales se desarrolla y también, en función del grado de extensión de la enfermedad y de su evolución a lo largo del tiempo (GEicam , s.f , s/p).

Clasificación morfológica

La mayoría de estos tumores se originan en el tejido glandular de la mama, que está formado por los lobulillos, glándulas donde se produce la leche, y los conductos galactóforos, que son los conductos encargados de transportarla hasta el pezón durante la lactancia materna. Estos cánceres son de origen epitelial y se denominan carcinomas. Otros tipos de tumores menos frecuentes se desarrollan a partir de células con un origen diferente, como músculo, grasa o tejido conectivo, denominándose sarcomas. En algunas ocasiones, el tumor puede estar compuesto por células de distinto origen (GEicam , s.f , s/p).

Los tres tipos de tumores más frecuentes son:

- Carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI)
- Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante (CLI)
- Carcinoma ductal “in situ” o carcinoma intraductal (CDIS) (GEicam , s.f , s/p).

2.4.1 Carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI)

El carcinoma ductal invasivo (IDC) es el tipo más común de cáncer de seno. Aproximadamente 8 de 10 cánceres de seno son carcinomas ductales invasivos (o infiltrantes). El IDC comienza en las células que revisten un conducto de leche en el seno. A partir de ahí, el cáncer invade la pared del conducto, y

crece en los tejidos mamarios cercanos. En este punto puede tener la capacidad de propagarse (hacer metástasis) hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo (American Cancer Society, 2019, p.16).

Tx: El tratamiento del cáncer de seno invasivo depende de lo avanzado que esté el cáncer (la etapa del cáncer) y de otros factores. La mayoría de las mujeres se someterá a algún tipo de cirugía para extraer el tumor, puede que también necesite otro tipo de tratamiento (American Cancer Society, 2019, p.17).



Figura 18 Carcinoma ductal invasivo

Fuente: (Péndola L, 2021, s/p)

2.4.2 Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante (CLI)

Aproximadamente 1 de cada 10 cánceres de seno invasivos es carcinoma lobulillar invasivo (ILC). El ILC comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual que el IDC, se puede propagar (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser más difícil de detectar en un examen físico y por un estudio por imágenes, como mamograma, que el carcinoma ductal invasivo. Y en comparación con otros tipos de carcinoma invasivo, aproximadamente 1 de cada 5 mujeres con ILC pudiera tener cáncer en ambos senos (American Cancer Society, 2019, p. 16).

Tx: El tratamiento del cáncer de seno invasivo depende de lo avanzado que esté el cáncer (la etapa del cáncer) y de otros factores. La mayoría de las mujeres se someterá a algún tipo de cirugía para extraer el tumor. Dependiendo del tipo de cáncer de seno y lo avanzado que esté, puede que también necesite otro tipo de tratamiento, ya sea antes o después de la cirugía, o a veces en ambas ocasiones. (American Cancer Society, 2019, p.17)

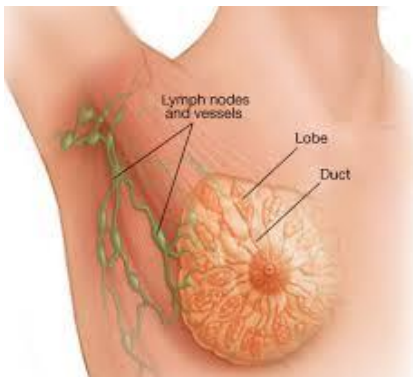


Figura 19 Carcinoma lobulillar invasivo

Fuente: (Middlesex Health, 2022, s/p).

2.4.3 Carcinoma ductal “in situ” o carcinoma intraductal (DCIS).

Aproximadamente 1 de cada 5 cánceres de seno recién diagnosticados será un carcinoma ductal in situ (DCIS). Casi todas las mujeres en esta etapa temprana del cáncer de seno se pueden curar (American Cancer Society, 2019, p. 13).

El DCIS también se denomina carcinoma intraductal o cáncer de seno en etapa 0. Es un cáncer de seno no invasivo o preinvasivo. Esto significa que las células que revisten los conductos son ahora células cancerosas, pero no se han propagado por las paredes de los conductos hasta el tejido mamario adyacente (American Cancer Society, 2019, p. 14).

Debido a que el DCIS no se ha propagado al tejido mamario que lo rodea, no se puede propagar (hacer metástasis) fuera del seno ni hacia otras partes del cuerpo. Sin embargo, el DCIS a veces puede convertirse en un cáncer invasivo. En esa situación, el cáncer se ha extendido fuera del conducto hasta tejidos cercanos, y a partir de ahí, puede causar metástasis en otras partes del cuerpo (American Cancer Society, 2019, p. 14).

Tx: En la mayoría de los casos, una mujer con carcinoma ductal in situ (DCIS) puede seleccionar entre una cirugía con conservación del seno y una mastectomía simple (American Cancer Society, 2019, p. 15).

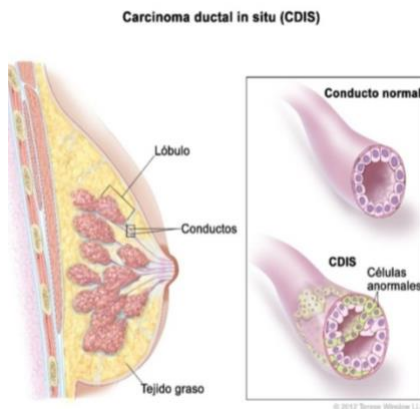


Figura 20 Carcinoma ductal in situ

Fuente: (Instituto nacional de cáncer, 2015, s/p)

Capítulo III Metodología

Planteamiento del problema

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así, en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo. En la mujer que ha sido intervenida con una mastectomía, será fundamental que pueda integrar los cambios en una nueva imagen corporal, así como encontrar soluciones alternativas a las limitaciones que conlleve, para lograr un mejor ajuste emocional, una mejor calidad de vida y adecuado funcionamiento en todos los ámbitos, no solo personal, sino también familiar, social, laboral, etc. Cuando esto no puede lograrse, puede derivar en insatisfacción con la imagen corporal, que está asociada a gran número de secuelas psicológicas, tales como baja autoestima, pobre autoconcepto, ansiedad interpersonal, problemas sexuales, trastornos depresivos (Gargantini y Casari, 2019, p. 45).

Es por ello por lo que surge la pregunta en cuestión ¿Es posible que la propuesta del taller “Sanando cicatrices” ayude a la reconstrucción del esquema corporal en mujeres con patología de mama que se han sometido a tratamientos quirúrgicos?

Objetivos

Objetivo general

Establecer una propuesta de taller de sensibilización desde un enfoque gestáltico en el que puedan participar mujeres adultas que deseen trabajar sobre la reconstrucción de su esquema corporal después de presentar una patología mamaria con tratamiento quirúrgica.

Objetivos específicos

1. Elaborar un taller de sensibilización desde un enfoque gestáltico.
2. Reconocer a través de la propuesta del taller “Sanando cicatrices” su esquema corporal en mujeres que han sufrido patología mamaria con tratamiento quirúrgico.
3. Aceptar los cambios en el esquema corporal de las mujeres que han sufrido patología mamaria con tratamiento quirúrgico.

Variables.

Variable dependiente

Esquema corporal

- 1) Definición conceptual: El esquema corporal tiene que ver con la capacidad del individuo de reconocer su propio cuerpo en relación consigo mismo y con su entorno, reconociendo cada una de las partes que lo componen independientemente de que éstas se encuentren en reposo o en movimiento. Esta construcción le permitirá al individuo poder relacionarse funcionalmente con su entorno y contribuirá en el desarrollo de su lateralidad. El conocimiento de su cuerpo le permitirá ubicarse en el espacio de manera adecuada, manejar una postura corporal relacionada a la situación particular en la que se encuentre, también empezará a tener un control de su tono muscular que será el que le permita realizar cualquier tipo de movimiento (Soler, 2016, p. 34).
- 2) Definición operacional: Se medirá mediante las respuestas de la Escala de imagen corporal BIS (Body Image Scale), de Penélope Hopwood (1993).

Variable independiente

Patología mamaria

- 1) Definición conceptual: El diagnóstico de la patología mamaria se basa en la sintomatología, la palpación, la mamografía y la biopsia. Lo que más se suele buscar en el diagnóstico de la patología mamaria son lesiones benignas como un absceso o mastopatía, o lesiones malignas o tumorales (UCM, 2013, s/p).
- 2) Definición operacional: Diagnostico que las mujeres recibieron del médico después de algunos procedimientos realizados.

Población

El taller va dirigido a mujeres en edad adulta que han sufrido alguna patología mamaria con intervención quirúrgica.

Para participar en el taller “Sanando cicatrices” deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:

1. Haber tenido una patología mamaria con tratamiento quirúrgico.

2. Mujeres con edades de 25 a 40 años
3. Mujeres con educación mínima de secundaria (saber leer y escribir)
4. No sufrir ningún trastorno psiquiátrico diagnosticado antes del taller
5. Tener nacionalidad Mexicana
6. No tener movilidad limitada
7. Tener la disposición de participar en el taller “Sanando cicatrices” a lo largo de aproximadamente dos meses, una vez por semana dos horas.

Criterios de exclusión:

1. No tener patología mamaria
2. Se menor o mayor de 25 a 40 años
3. Tener solo educación primaria
4. Tener algún trastorno psiquiátrico
5. No ser Mexicana
6. Movilidad limitada
7. No tener el tiempo para asistir al taller “Sanando cicatrices”

Recursos humanos

Las sesiones requieren la intervención de un psicoterapeuta con conocimiento y experiencia en abordaje grupal con un enfoque gestáltico, y conocimiento general sobre las patologías mamarias, teniendo la capacidad de realizar contenciones ante desbordamientos emocionales y capacidad para responder ante situaciones inesperadas.

Instrumentos de medición

Esquema Corporal. Como instrumento para medir percepción de esquema corporal se utilizó la Escala de imagen corporal BIS (Body Image Scale), de Penélope Hopwood (1993). Evalúa esquema corporal, ya que consiste en preguntar cómo se siente acerca de su apariencia y de cualquier cambio que pueda ser afectado en el resultado de una enfermedad o tratamiento. (Anexo 2) (Mella C, Silva C, 2017, p. 29).

La escala está constituida por 12 ítems que comprenden el área afectiva (feminidad y atractivo), comportamental (dificultad para mirar la cicatriz, evitar a gente por el) cognitiva (satisfacción con la apariencia y la cicatriz) de la imagen corporal, consta de 4 alternativas por pregunta. Siguiendo con la escala, se calificó como: Nada: 0 puntos; Poco: 1 punto; Bastante: 2 puntos; Muchísimo: 3 puntos. (Mella C, Silva C, 2017, p. 29) La puntuación de la Escala se estructuró en:

0 a 15 puntos: imagen corporal adecuada;

16 a 30 puntos: imagen corporal inadecuada.

Escenario

Es necesario un salón o sala amplia aproximadamente de 10 metros cuadrados, espacioso para poder moverse libremente, este escenario debe contar con iluminación, ventilación y temperatura adecuada con óptimas condiciones de privacidad, materiales como tapetes, cojines, espejos.

Nota: De acuerdo a las disposiciones emitidas para la COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud (2020) se recomienda:

- Convierta el uso de la mascarilla en una parte normal de su interacción con otras personas. Asegúrese de que le cubre la nariz, la boca y el mentón.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Al toser o estornudar cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo. Luego, tire inmediatamente el pañuelo en una papelera con tapa y lávese las manos.
- Limpie y desinfecte frecuentemente las superficies, en particular las que se tocan con regularidad, por ejemplo, picaportes, grifos y pantallas de teléfonos.
- Guarde al menos 1 metro de distancia entre usted y otras personas, a fin de reducir su riesgo de infección cuando otros tosen, estornudan o hablan. Mantenga una distancia aún mayor entre usted y otras personas en espacios interiores. Cuanto mayor distancia, mejor.

- Si se encuentra en un espacio cerrado procurar la ventilación adecuada del lugar, para permitir la circulación del aire exterior al interior y viceversa.

Tipo de estudio

Investigación documental

La investigación documental juega un papel esencial en cualquier proyecto, pues ayuda a entender los acontecimientos históricos, espaciales y temporales que rodean un estudio. Un investigador puede usar esta técnica para irse familiarizando con la problemática que estudia y detectar posibles escenarios y estrategias (UDLA 2008, s/p).

Para Roberto Hernández Sampieri y colaboradores (2000), la investigación documental consiste en: Detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio (UDLA 2008, s/p).

La investigación documental se debe enfocar exclusivamente en el tema de estudio sin perderse en otros temas ajenos al mismo. En términos semióticos, la investigación documental representa un racimo de significados, pues la información obtenida es evaluada de manera diferente dependiendo de las características del investigador. Por ejemplo un investigador social y un crítico obtienen la misma información, pero la interpretación será diferente pues el contexto en el que se desarrollan es distinto (UDLA 2008, s/p).

Con la investigación documental se puede:

- Formar parte de un contexto, sin pertenecer a él.
- Reconstruir eventos pasados, continuar con eventos que tuvieron su inicio en algún momento determinado y que ahora están en desarrollo (UDLA 2008, s/p).

Propuesta de taller

El taller de sensibilización “Sanando cicatrices” está planeado para llevarse a cabo con mujeres en edad adulta que han vivido alguna patología mamaria con requerimiento quirúrgico para trabajar con la aceptación de su esquema corporal en 8 sesiones cada una con una duración de 2 horas con la participación de 10 personas como máximo.

Capítulo IV. Taller “Sanando cicatrices “

4.1 Presentación

El esquema corporal se va transformando con el paso del tiempo, como nos vemos a nosotros mismos y como nos relacionamos con el entorno, para una mujer existen ciertas etapas cruciales en la vida donde hay modificaciones en el cuerpo, como son la menstruación, el crecimiento de vello, y una de las más significativas el crecimiento de los senos, al ser más visible este último cambio las mujeres tienen una modificación en su esquema corporal a lo largo de su vida, ya que se van modificando por la edad, cambios hormonales, embarazos etc.

Cultural y socialmente los senos tienen un impacto significativo, su principal función es proporcionar el apoyo nutritivo y la supervivencia de otro individuo, la lactante. Experimenta cambios estructurales dinámicos a lo largo de su vida: expansión del sistema lubolillar después de la menarquía; remodelación periódica durante la edad adulta, especialmente durante y después del embarazo, y, finalmente, involución y regresión. Por último, como símbolo de la feminidad.

Estos cambios suelen ser normales, pero ¿qué sucede en el esquema corporal de una mujer que sufre algún cambio repentino en la estructura visible de alguno o ambos senos?, esto a raíz de alguna patología benigna o maligna de la mama y en base al tratamiento tenga que someterse a una intervención quirúrgica que modificara el esquema corporal que tenía al principio de la enfermedad.

Por lo cual “Sanando cicatrices” surge como necesidad para poder darles herramientas, para asimilar y aceptar su nuevo esquema corporal a raíz de todos los cambios físicos y emocionales por las patologías mamarias con tratamiento quirúrgico.

Dicho taller es una propuesta que puede ser implementada en mujeres que han tenido patologías mamarias con requerimiento quirúrgico, llevado a cabo una vez por semana con duración de dos horas a lo largo de aproximadamente dos meses.

4.2 Objetivo general del taller

Establecer una propuesta de taller de sensibilización desde un enfoque gestáltico en el que puedan participar mujeres adultas que deseen trabajar sobre la reconstrucción de su esquema corporal después de presentar una patología mamaria con tratamiento quirúrgico.

4.3 Contenido del taller

Los contenidos del taller se encuentran conformados por

- Definición de esquema corporal
- Reacciones emocionales
- Creencias sociales sobre los senos en las mujeres
- Definición de feminidad
- Aceptación
- Cierre del taller

4.4 Propuesta teórica del taller

La terapia Gestalt es una forma de psicoterapia que se deriva de la escuela de pensamiento Gestalt: se trata de una terapia fenomenológico-existencial, que se guía por el principio de que cada individuo es un todo (mente, cuerpo y alma), y que se entiende mejor en relación con su situación actual tal como la experimenta. Es fenomenológica porque se enfoca en las percepciones de la realidad del paciente, y es existencial porque se considera que las personas están siempre en el proceso de devenir y redescubriéndose a sí mismos (Integra 2022, s/p).

Además, el enfoque Gestalt es experiencial, porque se enfoca en el “darse cuenta” y en el presente que vive la persona o el “aquí y el ahora”, a diferencia del enfoque psicodinámico que se basa en experiencias del pasado (Integra 2022, s/p).

En la terapia Gestalt, el darse cuenta es clave para el crecimiento personal y el desarrollo pleno del potencial del individuo. El sufrimiento mismo se entiende como consecuencia de una incapacidad de darse cuenta o tomar conciencia de las emociones, de las sensaciones corporales y del entorno que vive la persona en el aquí y el ahora (Integra 2022, s/p).

En este método de darse cuenta se trabaja a partir de la experiencia de la persona, en la percepción, el sentir y el actuar, y utiliza las emociones del paciente, y no las interpretaciones del analista, para generar los cambios cognitivos y conductuales (Integra 2022, s/p).

La Psicoterapia Corporal es una rama muy específica de la Psicoterapia. Tiene en cuenta la complejidad de las interacciones e intersecciones entre el cuerpo y la mente, La persona en su totalidad exige una unidad funcional entre mente y cuerpo. Incluye: contacto, relajación, movimiento y respiración (Álvarez 2018, p. 711).

Son elementos comunes en todas las modalidades de Psicoterapia Corporal:

- La observación del cuerpo.
- Tocar el cuerpo.
- Provocar respuestas verbales y catarsis emocionales.
- Relación paciente y psicoterapeuta corporal para interpretar y evaluar las respuestas emocionales e imaginadas (Álvarez 2018, p. 711).

El taller de “Sanando cicatrices” es fundamentado en una intervención de taller de sensibilización para el manejo emocional en la modificación del esquema corporal bajo el enfoque gestáltico y psicocorporal.

4.5 Procedimiento metodológico

En el diseño y desarrollo del taller “Sanando cicatrices” se cumplen con las siguientes fases:

- Etapa de revisión bibliográfica.
- Etapa de diseño del taller: Sesiones, objetivos, actividades, contenidos, etc.
- Etapa de diseño del manual del instructor.

4.6 Diseño del taller

El taller “sanando cicatrices” se encuentra compuesto por 8 sesiones, cada una con un objetivo y actividades específicas según el tema al desarrollar.

La primera sesión llamada “Presentación” se plantea las siguientes actividades:

- Encuadre
- Yo me siento.
- Yo espero, yo tengo, yo quiero
- Mis reglas
- Esta soy yo
- Contestar escala de imagen corporal
- Definición de esquema corporal
- Reflexión grupal

La segunda sesión llamada “Mi historia” plantean las siguientes actividades:

- “Esta soy yo, este es mi cuerpo, este es mi mundo”
- Expresión corporal

- La historia de mi cuerpo.
- Relajación y reflexión grupal.

La tercera sesión llamada “Creencias” se plantean las siguientes actividades

- ¿Qué me han dicho?
- Recordando...
- Mis emociones
- Meditación
- Reflexión grupal

La cuarta sesión llamada “Mis cicatrices” se plantean las siguientes actividades

- Viéndote, viéndome
- Te escucho
- Mi mascara
- Meditación

La quinta sesión llamada “Mi feminidad” se plantean las siguientes actividades

- Mi sombra
- Concepto de feminidad
- Preguntas y respuestas
- Mi mascara
- Reconociéndome
- Reflexión grupal

La sexta sesión llamada “MI feminidad” se plantean las siguientes actividades

- Liberándome
- Mi frase favorita
- Yo soy..
- Hablando conmigo

La séptima sesión llamada “Con todo y cicatrices” se plantean las siguientes actividades

- Bailando
- Conectando
- Mi dibujo

La octava sesión llamada “Cicatriz cerrada...cicatriz sanada” se plantean las siguientes actividades

- Moviéndome
- Cerrando cicatriz
- Contestando de nuevo el test
- Sanando mi cicatriz

4.7 Taller “sanando cicatrices”



Taller de sensibilización para la aceptación del esquema corporal después de una patología mamaria con requerimiento quirúrgico desde una enfoque gestáltico.

1. PRESENTACIÓN

El esquema corporal se va transformando con el paso del tiempo, como nos vemos a nosotros mismos y como nos relacionamos con el entorno, para una mujer existen ciertas etapas cruciales en la vida donde hay modificaciones en el cuerpo, como son la menstruación, el crecimiento de vello, y una de las más significativas el crecimiento de los senos, al ser más visible este último cambio las mujeres tienen una modificación en su esquema corporal a lo largo de su vida, ya que se van modificando por la edad, cambios hormonales, embarazos etc.

Cultural y socialmente los senos tienen un impacto significativo, su principal función es proporcionar el apoyo nutritivo y la supervivencia de otro individuo, la lactante. Experimenta cambios estructurales dinámicos a lo largo de su vida: expansión del sistema lubolillar después de la menarquía; remodelación periódica durante la edad adulta, especialmente durante y después del embarazo, y, finalmente, involución y regresión. Por último, como símbolo de la feminidad.

Estos cambios suelen ser normales, pero ¿qué sucede en el esquema corporal de una mujer que sufre algún cambio repentino en la estructura visible de alguno o ambos senos?, esto a raíz de alguna patología benigna o maligna de la mama y en base al tratamiento tenga que someterse a una intervención quirúrgica que modificara el esquema corporal que tenía al principio de la enfermedad.

Por lo cual “Sanando cicatrices” surge como necesidad para poder darles herramientas, para asimilar y aceptar su nuevo esquema corporal a raíz de todos los cambios físicos y emocionales por las patologías mamarias con tratamiento quirúrgico.

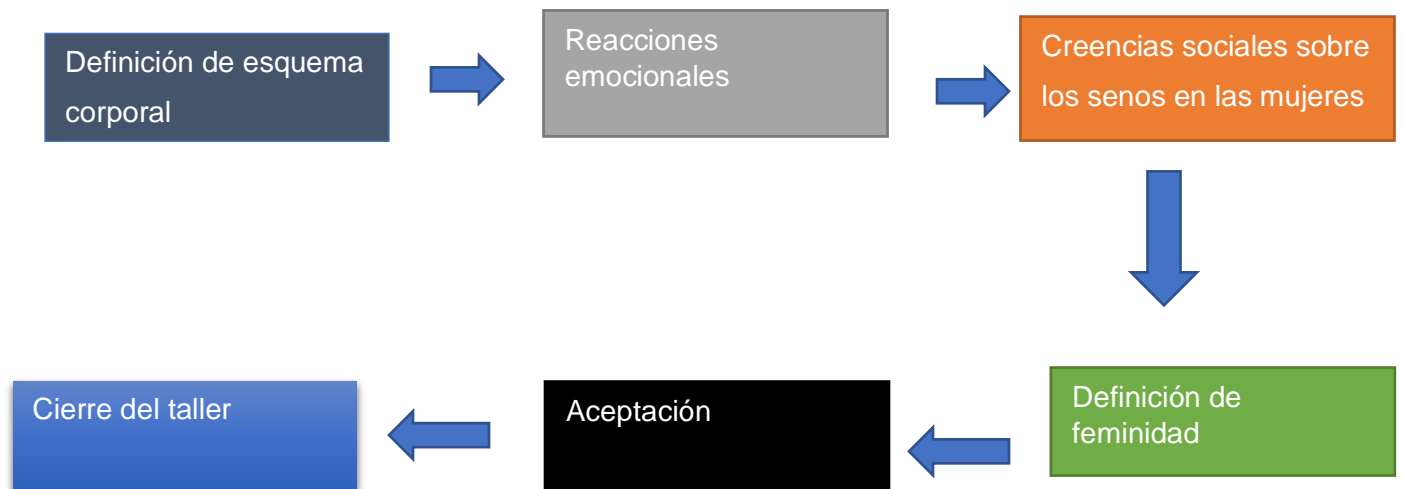
Dicho taller es una propuesta que puede ser implementada en mujeres que han tenido patologías mamarias con requerimiento quirúrgico, llevado a cabo una vez por semana con duración de dos horas a lo largo de aproximadamente dos meses.

2. BLOQUES TEMÁTICOS

Los temas para trabajar en el taller se han agrupado en 8 sesiones, cada uno con sus respectivas actividades así como su contenido:

- Tema
- Objetivos
- Actividades para desarrollar/reforzar el tema que se imparte

Dichos bloques temáticos son los siguientes:



Sesión 1

Tema: "Presentación"	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Establecer el encuadre del taller y tener un acercamiento sobre el concepto de esquema corporal.	
Nota: En todas las sesiones se utilizará el manual del instructor. En cada actividad es un tiempo aproximado, es importante ajustarlo a los tiempos y necesidades del grupo.	

1. Encuadre

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	Pizarrón, Proyector, presentación en PowerPoit, (Anexo 1) etiquetas, lapiceros.
Desarrollo	Al iniciar la sesión el instructor deberá presentarse, dar el nombre del taller, así como el significado de dicho nombre, la duración, los objetivos de la sesión y explicará el modo de trabajo que se llevará a lo largo de todo el taller. Después pedirá que en las etiquetas pongan su nombre con lapicero y se lo coloquen para poder identificarse.

2. Yo me siento....

Descripción	
Tiempo	20 min
Recursos y/o materiales	Cojines o tapetes
Desarrollo	El instructor deberá sentar a las 10 participantes en círculo pedirá que alcen los dedos de una mano y que cada una diga alguna situación de como se ha sentido a raíz del cambio que se ha presentado, por ejemplo "yo me siento.... incompleta después de la operación" si las demás ha sentido

	<p>eso bajan un dedo y así hasta que pasen todas.</p> <p>Al final el instructor hace una pequeña reflexión sobre la actividad.</p>
--	--

3. Yo espero, yo tengo, yo quiero

Descripción	
Tiempo	20 min
Recursos y/o materiales	Hojas blancas con silueta de mujer (Anexo 2).
Desarrollo	<p>El instructor después de haber explicado los objetivos y el taller en general, dará una hoja con la silueta de una mujer donde pedirá que escriban su nombre en la parte superior y la respuesta a una serie de preguntas en la parte donde dice Yo espero van a poner la respuesta a la pregunta ¿cuáles son las expectativas que tienen del taller?, en donde dice yo tengo poner la respuesta a ¿porque decidieron asistir? Y en donde dice yo quiero van a poner la respuesta a ¿qué cree que aprenderá después del taller?, después opcionalmente pueden compartir sus respuestas y al finalizar pegaran las siluetas de cada una en un lugar visible del salón.</p>

4. Las reglas

Descripción	
Tiempo	15 min
Recursos y/o materiales	Rotafolio, plumones de pizarrón, cinta adhesiva.
Desarrollo	<p>A través de una lluvia de ideas cada una propondrá una regla para la convivencia y desarrollo del taller entre todo el grupo se llegará a un acuerdo para aceptar o negar dicha regla. Una vez llegado a los acuerdos todo el grupo los escribirán</p>

	en un rotafolio y se colocará al frente del grupo de manera que sea visible para todos.
--	---

5. Esta soy yo...

Descripción	
Tiempo	15 min
Recursos y/o materiales	Cojines o tapetes , pelota pequeña de plástico, música alegre.(anexo 3)
Desarrollo	El instructor da la indicación a las participantes vamos a jugar a la papa caliente, él instructor pondrá música y cuando la detenga a quien se le quede la pelota va a decir su nombre, como le gusta que le digan, un defecto, una virtud y una frase o palabra que defina en ese momento como se siente en relación con su cuerpo. Al terminar la presentación de cada una el instructor finalizara diciendo que todos nosotros somos los que conformaremos este taller y que en este espacio estamos seguros para expresarnos y compartir experiencias que nos ayudaran a cada uno.

6. Contestar escala de imagen corporal

Descripción	
Tiempo	15 min
Recursos y/o materiales	Escala de Imagen Corporal (BIS) de Penélope Hopwood, bolígrafos (Anexo 4)
Desarrollo	Se les entregara a cada participante una copia de la escala de imagen corporal para saber cómo llegan al taller respecto a la relación con su cuerpo, se les da la indicación “contestaremos este pequeño test si tienen alguna duda pueden hacérmelo saber para poder ayudarlas se les lee cada uno de los reactivos y se les da 15 segundos para contestar cada reactivo, al finalizar se hace la reflexión de cómo se sintieron al contestar, si se les hizo complicado o si

	alguna vez se habían puesto a pensar su sentimiento hacia alguno de los reactivos que se presentaron.
--	---

7. Definición de esquema corporal

Descripción	
Tiempo	15 min
Recursos y/o materiales	Proyector, pizarrón, presentación de power point
Desarrollo	Se presentará una breve definición de esquema corporal, la relación que tiene con el taller y la importancia de poder reconstruir dicho esquema después de los cambios que se han presentado en cada una a raíz de la enfermedad. Al terminar se realizarán las siguientes preguntas; ¿tú conocías este término?, ¿consideras que se modificó tu forma de reconocer tu cuerpo a raíz de los cambios que presentaste?; ¿Por qué?

8. Reflexión grupal

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	
Desarrollo	El instructor preguntará a los participantes si tienen dudas y las responderá; preguntará cómo es que se sienten y dará una retroalimentación sobre la sesión.

Sesión 2

Tema: "Mi historia"	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Sensibilizar a las participantes ante las experiencias que le han dado forma a su cuerpo.	
Nota: En todas las sesiones se utilizara el manual del instructor. En cada actividad es un tiempo aproximado, es importante ajustarlo a los tiempos y necesidades del grupo.	

1. "Esta soy yo, este es mi cuerpo, este es mi mundo"

Descripción	
Tiempo	30 min
Recursos y/o materiales	Tres hojas tamaño carta por persona y lápices de colores, acuarela, y de fondo música relajante (Anexo 3)
Desarrollo	Se le proporciona tres hojas tamaño carta a cada participante. Y se le dirá que vamos hacer una obra de arte la primera se les pide que expresen dibujando: "Este/a soy yo". En la segunda hoja: "Este es mi cuerpo". En la tercera hoja se les pide que expresen: "Este es mi mundo". Al finalizar cada una presentará al grupo compartiendo lo que expresó. Y se hace la reflexión que todas son una obra de arte quien mejor y más debe apreciar la obra es quien la pinta.

2. Expresión Corporal

Descripción

Tiempo	30 min
Recursos y/o materiales	Una bocina y música alegre. (Anexo 3)
Desarrollo	<p>Se les da la siguiente instrucción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ “Vamos a comenzar caminando por el espacio, sintiendo cada paso que damos, soltando las tensiones del cuerpo. Vamos a ir relajando el cuerpo cada vez más hasta que parezca que estamos hechos de gelatina. (3 min) ➤ Ahora vamos a apretar el cuerpo y a movernos mecánicamente como si fuéramos un robot.(3 min) ➤ Ponemos atención en qué sensación tenemos, ahora vamos a caminar muy encorvadas, con la cabeza abajo, mirando de reojo (3 min) ➤ Ahora nos erguimos, levantamos el pecho y la cabeza y miramos a todos desde arriba, ponemos atención en cómo nos sentimos. (3 min) ➤ Ahora adoptamos una posición intermedia, equilibrada entre arriba y abajo, vemos al frente, nos sentimos cómodos con nosotros mismos (3 min) ➤ Ahora voy a transmitirle a mis compañeros algo acerca de mí mismo usando mi lenguaje corporal, con mi movimiento voy a expresar lo que se me ocurra acerca de mí mismo (3 min) ➤ Nos tomamos de las manos y hacemos un círculo. Vamos a ir moviendo cada parte de nuestro cuerpo empezando por los pies, las rodillas, las piernas, la cadera, el pecho, los brazos, los hombros, el cuello y por último la cabeza. Inhalamos profundo y miramos a los compañeros a nuestro alrededor. Con la mirada les vamos a agradecer que están aquí para compartir y aprender juntos, nos soltamos de las manos y finalizamos el ejercicio.(7 min)

	Se les pide que en pocas palabras compartan cómo se sintieron realizando la dinámica.
--	---

3. La historia de mi cuerpo.

Descripción	
Tiempo	40 min
Recursos y/o materiales	Una bocina, música relajante (Anexo 3), manta o tapete.
Desarrollo	<p>Se les pide que se pongan en una posición cómoda, que cierren sus ojos y que se pongan en contacto con su respiración. Se les explica que vamos a hacer un recorrido por todas las partes de su cuerpo desde sus pies hasta la cabeza y que tienen que ir observando y sintiendo cada una de las partes. Así, se guía la relajación comenzando por los pies, subiendo por los tobillos, pantorrillas, rodillas, muslos hasta la cadera, pasando por los órganos sexuales, la cavidad abdominal y los órganos internos, subiendo por el pecho, los pulmones, el corazón hasta los hombros, bajando por los brazos hasta las manos y regresando por el cuello hacia la cabeza y por último la cara. Al finalizar se les da unos momentos para que sientan su cuerpo completo y se les pide que abran los ojos. Posteriormente se les pide que se pongan por parejas, y para empezar uno de los participantes se acuesta y el otro se queda sentado a su lado. Se les pide que vayan eligiendo partes de su cuerpo para darles voz y expresar algo de lo que le pasa a esa parte o de lo que le ha tocado vivir. Entonces se les indica que el que está acostado cierra los ojos, se pone en contacto consigo mismo y con su cuerpo, y comienza nombrando una parte de su cuerpo a la cual quiera darle voz para compartir algo de sí mismo. La función del</p>

	<p>otro participante es escuchar y acompañar. Por ejemplo: “Soy el pecho de..., soy amplio, guardo su corazón, cuando me siento lastimada me cierro, etc.” El participante que está hablando tiene 10 minutos para darle voz a las partes de su cuerpo que elija. Al terminar se cambian los roles y se les da otros 10 minutos. Ya que ambos se han expresado a través de su cuerpo se les da 10 minutos para que compartan su experiencia por parejas. Y luego opcionalmente compartir su experiencia con el grupo.</p>
--	---

4. Relajación y Reflexión grupal

Descripción	
Tiempo	20 min
Recursos y/o materiales	Bocina y música relajante(anexo 3)
Desarrollo	<p>“Vamos a cerrar los ojos y a entrar en nuestro espacio personal. Vamos a observar cómo nos sentimos después del trabajo realizado el día de hoy. Reconocemos qué de todo esto nos sirve y queremos incorporar a nuestra vida. Le agradecemos a nuestro cuerpo por estar presente, por permitirnos movernos y estar vivos y por habernos traído hasta aquí. Cuando nos sintamos listos podemos abrir los ojos”. Y finalizamos la sesión.</p>

Sesión 3

Tema: "Creencias"	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Identificar las creencias aprendidas sobre la importancia del cuerpo en las mujeres.	
<p>Nota: En todas las sesiones se utilizara el manual del instructor.</p> <p>En cada actividad es un tiempo aproximado, es importante ajustarlo a los tiempos y necesidades del grupo.</p>	

1. ¿Qué me han dicho?

Descripción	
Tiempo	20 min
Recursos y/o materiales	Cojines o tapetes , etiquetas , lapiceros, música alegre (Anexo 3)
Desarrollo	<p>Él instructor da la bienvenida, da una pequeña introducción sobre algunas creencias sociales que se tienen sobre el rol de las mujeres y la importancia sobre la estructura del cuerpo por ejemplo todas las mujeres deben ser mamás a cierta edad, la menstruación hace que las mujeres se pongan siempre de mal humor, tener los pechos grandes hace que la mujer sea más sexi entre muchas otras.</p> <p>A cada una le daré 3 etiquetas donde pondrán tres creencias que tengan cuando terminen elegirán a que compañeras le pegaran una o las 3 etiquetas. (se pone música)</p> <p>Para finalizar se hace una reflexión, se elige a quien más etiquetas tenga y a quien menos y se les preguntara como se sintieron y por qué creen que se las hallan puesto las</p>

	etiquetas, el instructor ara énfasis en lo importante es cómo nos percibimos nosotras mismas que como en el ejercicio lo que las otras personas piensen no tiene que ver con nosotras si no con ellas.
--	--

2. Recordando...

Descripción	
Tiempo	30 min
Recursos y/o materiales	Manta o tapetes, bocina y música. (Anexo 3)
Desarrollo	<p>Él instructor va a dar las siguientes indicaciones:</p> <p>Vamos a empezar cerrando los ojos y nos ponernos en una postura cómoda profundizamos en nuestra respiración y sintiendo el aire cuando entra y cuando sale, vamos a hacer un viaje en el tiempo para mirar cómo se ha manifestado en las diferentes etapas de nuestra vida estas creencias, vamos hacia nuestra infancia. Vamos a recordar ¿cómo éramos en esa etapa? ¿Cómo vivíamos esas creencias cuando éramos niños? ¿Qué imágenes surgen? ¿Recuerdas cómo se sentía tu cuerpo ante esa creencia? Vamos a quedarnos con esa imagen o sensación y vamos a seguir recorriendo las etapa de nuestra vida para revisar cómo vivimos eso mismo posteriormente, en otras situaciones, con otras personas, ahora vamos a la adolescencia ¿Fue igual mi forma de reaccionar o cambió? ¿Cómo se sentía mi cuerpo ante estas experiencias?</p> <p>¿Qué efectos tuvo en mi manera de ser? ¿Cómo reaccionó mi cuerpo? ¿Qué hice o qué evite después de esa experiencia? ¿Cómo le fui dando forma a mi cuerpo a partir de esto? Y ahora en la etapa en la que estamos ¿Fue igual mi forma de reaccionar o cambió? ¿Cómo se sentía mi</p>

	<p>cuerpo ante estas experiencias? ¿Qué efectos tuvo en mi manera de ser? ¿Cómo reaccionó mi cuerpo? ¿Qué hice o qué evite después de esa experiencia? ¿Cómo aprendí a ser como soy? Ahora, poco a poco nos vamos a ir despidiendo de todos estos recuerdos e imágenes y vamos a volver al momento presente. Guarda en tu memoria lo que te parezca importante y poco a poco ve abriendo los ojos”.</p> <p>Hacemos una pequeña reflexión.</p>
--	---

3 Mis emociones

Descripción	
Tiempo	25 min
Recursos y/o materiales	Plastilina de colores, música suave (Anexo 3)
Desarrollo	<p>El instructor les proporciona una plastilina del color que ella elija, les indica que van a moldear la plastilina de la forma que ellas crean representa lo que va a preguntar el instructor</p> <p>El instructor pregunta cómo me sentía con mi cuerpo antes de que se presentara la enfermedad. Elige a 3 participantes para que expliquen porque moldearon así la plastilina.</p> <p>Después pregunta cómo me sentí con mi cuerpo durante el proceso de la enfermedad, y se eligen otras 3 participantes para que expliquen su moldeado.</p> <p>Y al último pregunta y ahora como me siento con mi cuerpo después de la cirugía y las participantes faltantes comparten su explicación del moldeado.</p> <p>El instructor hace una reflexión donde enfatiza los cambios físicos y emocionales que resaltaron en todo el proceso. Si aún no han identificado o le han puesto nombre a esas emociones es hora de hacerlo, recordándoles que este es un</p>

	lugar seguro y que aquí nadie va a ser juzgado.
--	---

3. Meditación

Descripción	
Tiempo	35 min
Recursos y/o materiales	Bocina, música relajante (Anexo 3), tapetes o manta para acostarse.
Desarrollo	<p>El instructor les pedirá que se acuesten sobre el tapete o la manta que lleve cada una de las participantes, pondrá la música en un volumen bajo y dará las siguientes indicaciones:</p> <p>Vamos hacer tres respiraciones de tres tiempos y en la última respiración irán cerrando los ojos, ya todas tenemos los ojos cerrados van a prestar atención solamente de mi voz, imagínense que están en lo más bajo de una escalera se encuentran en un lugar muy oscuro y hasta arriba de las escaleras se ve una pequeña luz empiezan a subir poco a poco, empiezan a reconocer su cuerpo empezando por sus piernas que fuertes son para poder subir poco a poco cada escalón se empieza a sentir un pequeño cosquilleo que después recorre la cadera va subiendo poco a poco y llega al pecho ahí el cosquilleo se vuelve calor sigues subiendo los escalones , el calor ahora recorre tus manos que van haciendo que tu cuerpo se vaya sintiendo más ligero hasta llegar a tu cabeza y ojos, tu cuerpo entró en un estado muy liviano sientes como que vas flotando sobre esos escalones , al subir el último escalón te das cuenta que tienes frente a ti un espejo donde puedes ver todo tu cuerpo, empiezas a observarlo lentamente como esa luz recorre todo tu cuerpo y te sientes tan bien, tan liviana te observas bien cada parte de</p>

	<p>tu cuerpo, cada uno de tus poros, de tus cambios que tal vez no habías notado, de ese nuevo lunar del que no habías prestado atención antes, acaricias cada parte de tu cuerpo y das gracias por todo lo que te ha brindado, vez como esa mujer que esta frente a ti en el espejo se va acercando a ti y te abraza diciéndote lo orgullosa que está por todos los escalones que has subido tal vez con miedo porque no veías nada, pero lo has logrado llegaste hasta el último escalón y lograste ver cosas que no has notado antes; te despides de ella agradeciendo el mensaje, él instructor da la indicación de que va ir en cuenta regresiva del 10 al 1 y llegando al uno iremos abriendo poco a poco los ojos haciendo nuevamente tres respiraciones en tres tiempos y en la última respiración abrimos los ojos. Al abrir los ojos nos quedamos un momento acostadas y a continuación pregunta si alguien quiere dar su reflexión.</p>
--	--

4. Reflexión grupal

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	
Desarrollo	Nos ponemos en círculo y con una sola palabra decimos como nos vamos de esta sesión.

Sesión 4

Tema: "Mis cicatrices"	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Reconocer el impacto emocional de los cambios en el cuerpo.	
Nota: En todas las sesiones se utilizará el manual del instructor. En cada actividad es un tiempo aproximado, es importante ajustarlo a los tiempos y necesidades del grupo	

1. Viéndote, viéndome

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	Música suave, bocina, grabadora, celular . (Anexo 3)
Desarrollo	<p>El instructor les pondrá música y les pedirá que caminen por toda la sala cuando se dé la indicación "paren y pónganse en parejas", cada una elegirá a la persona que esté más cercana a ella se pondrán de frente una de la otra y se dirán tres aspectos entre físicos, emocionales y actitudinales que les agraden de la otra persona, primero empezará una y cuando termine la otra, cuando ambas terminen la actividad agradecerá y viceversa, finalizarán con una muestra afectiva.</p> <p>Al azar se seleccionan a 3 participantes para que nos compartan como se sintieron.</p>

2. Te escucho

Descripción	
Tiempo	60 min
Recursos y/o materiales	Música suave (Anexo 3), bocinas, cojines para sentarse,

	pañuelos.
Desarrollo	<p>El instructor les dará la indicación que se sienten en círculo pasará una bolsa con pequeños papelitos que indican un número, les da la indicación de que el número que les salió es el orden en que van a pasar en la siguiente actividad, cuando pasen se sentarán en alguna de las sillas, imaginarán que frente de ustedes está sentada su yo en el proceso de la enfermedad, díganle todas esas cosas que quisieran decirle a esa mujer que estaba pasando por un momento difícil, exprésale todo lo que necesites decirle (se va dando un tiempo aproximado entre cada participante de 5 min) al finalizar cada ejercicio le pides a la participante que haga tres respiraciones, que se agradezca en voz baja si gusta el permitirse expresarse y realizar el ejercicio y posteriormente pasa a su lugar , así con cada una hasta que pasen las 10 participantes .</p> <p>Se eligen a dos participantes, la que más flujo en la actividad y a la que le costó más hacerla, se les pregunta ¿Qué sentiste? , ¿Por qué? Y al final el instructor hace la reflexión final.</p>

Nota: Estar pendiente para dar contención emocional de ser necesario.

3. Mi mascaró

Descripción	
Tiempo	30 min
Recursos y/o materiales	Música alegre (Anexo 3), bocinas, cartulinas, pintura, pinceles, tijeras, elástico.
Desarrollo	El instructor dará la indicación que se les entregarán materiales para que realicen una máscara la cual debe representar la cicatriz más dolorosa que traen (literal o

	<p>metafóricamente), de la forma que cada una lo sienta, se les pedirá que usen su creatividad, pueden ocupar los materiales que necesiten a cada una se le entrega la mitad de una cartulina para realizar la actividad.</p> <p>El instructor da la indicación que al terminar entreguen la máscara porque la ocuparemos en la próxima sesión. También preguntará si se les dificultó plasmarlo en la máscara.</p>
--	---

4. Meditación

Descripción	
Tiempo	20 min
Recursos y/o materiales	Música suave (Anexo 3), bocina, manta o tapete, 1 botella con boquilla
Desarrollo	<p>El instructor dará las siguientes instrucciones ; se acuestan sobre la manta y a la cuenta de tres cierran sus ojos, dan tres respiraciones profundas y solo presten atención en mi voz, imaginen un paisaje donde vean un jardín con sus flores favoritas, un jardín verde con muchos árboles, solo se escuchan el canto de los pájaros, empiezan a sentir una gran paz se acuestan en el pasto y empiezan a sentir el aire en su cuerpo y en su rostro, empiezan a sentir su cuerpo más liviano, empezando por las piernas, la cadera, los brazos, la espalda, la cabeza y te quedas así por un momento solo acostada y tranquila, a la cuenta de tres abrimos los ojos y hacemos tres respiraciones profundas . Y nos sentamos, luego el instructor girará una botella y a la participante que le caiga el lado de la boquilla nos dirá cómo se siente, como se va de la sesión, y así con 4 de las participantes.</p>

Sesión 5

Tema: "Mi feminidad"	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Identificar el concepto de feminidad entorno a su cuerpo.	
Nota: En todas las sesiones se utilizará el manual del instructor.	

1. Mi sombra

Descripción	
Tiempo	15 min
Recursos y/o materiales	Música alegre, bocinas (anexo3)
Desarrollo	El instructor dará la indicación que se pongan en parejas se pondrá música y cuando el instructor diga ahora, una participante se pondrá de espaldas y la otra parecerá la sombra de ella , la que esta adelante hará movimientos que la participante que es la sombra copiará, podrán moverse por toda la sala después de 5 minutos cambiarán de roles y se le da también 5 minutos a la otra participante al finalizar elegiremos 3 parejas donde cada una de las participantes nos contarán la experiencia que tuvieron.

2. Concepto de feminidad

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	Diapositivas de PowerPoint. (Anexo 5) , cañón y computadora
Desarrollo	El instructor presentará unas diapositivas donde explicará el significado de feminidad. Habrá una diapositiva vacía donde

	<p>cada una de ellas pondrán ejemplos personales sobre en qué circunstancias han sentido que el concepto de feminidad ha tenido impacto en ellas.</p>
--	---

3. Preguntas y respuestas

Descripción	
Tiempo	15 min
Recursos y/o materiales	Hojas recortadas de 5 x10, lapiceros, recipiente
Desarrollo	<p>El instructor dará 3 recortes de hojas de papel donde pondrán en cada papelito una pregunta sobre el tema de feminidad, después se meterán las preguntas de todas en un recipiente, se dividirán en dos grupos, un grupo hace las preguntas y el otro grupo las contesta cuando acabe la ronda de 5 preguntas cambian de roles, las que contestaban las preguntas ahora las hacen y las que hacían las preguntas ahora contestan.</p> <p>Al final el instructor hace una reflexión con todos los puntos comentados en la actividad.</p>

Nota: En caso de dificultad será el instructor que apoye primero en un equipo y luego en otro.

4. Mi mascaró

Descripción	
Tiempo	40 min
Recursos y/o materiales	Mascara, música suave (anexo 3) , bocina
Desarrollo	<p>El instructor dará la indicación : se les entregará la máscara que hizo la sesión pasada , se pondrán en círculo, cada una contará su historia como si fuera esa cicatriz, se pondrán la</p>

	<p>máscara, y todas empezarán a caminar por toda la sala, cada una se pondrá un nombre o apodo, el instructor empezará contando la historia de las cicatrices,- cada una tenemos y estamos aquí tal vez por la misma cicatriz o por diferente, pero queremos cambiar esos sentimientos que tenemos por esa razón, cada cicatriz contará su historia (él instructor llevará la historia), “empezamos con ____ ella contara su historia _____” mientras siguen caminando por la sala, las demás guardarán silencio y pondrán atención, cada una pasará dependiendo lo que él instructor diga al finalizar cada una podrá hacer una pregunta a la cicatriz que ella decida.</p>
--	--

Nota: El instructor pueda hacer referencia a la importancia de aceptar la cicatriz y hacer una reconciliación con ella. Estar pendiente de la contención emocional.

5. Reconociéndome

Descripción	
Tiempo	30 min
Recursos y/o materiales	Manta , música suave (anexo 3), bocinas
Desarrollo	<p>El instructor dará las siguientes instrucciones :</p> <p>Nos pondremos cómodos voy a pedir que cierres los ojos, y que empieces a respirar muy profundamente inhalando por la nariz y exhalando por la boca, vamos a hacer unas cuantas respiraciones para que notes como poco a poco tu cuerpo se relaja y tu mente se aquieta, y alejando poco a poco de los estímulos externos, y hacemos un viaje hacia adentro, en el escaneo corporal voy a ir nombrándote cada una de las partes de tu cuerpo para que poco a poco hagamos un recorrido llevando la atención a cada lugar que nombre, vamos a comenzar poniendo la atención en los pies quiero que cheques cómo se sienten tus pies tienes toda la tensión</p>

en los dedos cómo se siente cada parte de tus pies, nota tu pie derecho y el izquierdo, ahora subimos poco a poco hasta los tobillos , como se sienten ambos tobillos, poco a poco subimos por la pantorrilla hasta la rodilla y céntrate en ambas rodillas pon atención y fíjate cómo se siente, si están relajadas o tensionadas, vamos a seguir subiendo un poco más a las piernas, a todo el muslo completo nota como están como se sienten, están relajados o tensionados si están tensionados permíteles relajarse, vamos a ir poco a poco respirando muy profundo a la zona de la ingle, como se siente esa parte, ahora vamos a ir a la parte de las caderas, vemos cómo se siente de ambos lados, pon mucha atención si están tensionadas relajarlas, vamos poco a poco y lentamente a la parte pélvica vamos a checar como esta cómo se siente, vamos ahora hacia las nalgas, como están si están relajadas o no, si no relajalas, ahora vamos hacia los genitales, si están relajados o no, ahora a la zona lumbar para notar como esta, vamos a dirigir nuestra atención a nuestro abdomen, nota cómo se siente esa parte abdominal si hay relajación o tensión, ahora nos dirigimos a la parte alta de la espalda, toda la caja torácica, como se sienten tus pulmones al inhalar y exhalar, las costillas, relaja si hay tensión no te olvides de respirar muy profundo, ahora nuestra atención a los hombros y las clavículas si están tensionados relajarlos conscientemente, vamos a llevar ahora la atención a nuestros brazos comenzando por el brazo derecho vas a notar las puntas de la mano derecha la palma y su reverso la muñeca derecha el antebrazo y la parte alta del brazo derecho y el hombro, ahora el brazo izquierdo nota como se siente las puntas, la palma, todo el antebrazo izquierdo , la muñeca izquierda, la parte del brazo alta del brazo izquierdo y el hombro izquierdo, fíjate si tus brazos están relajados, ahora tu atención hacia tu cuello y garganta, fíjate si están relajados, ahora en el rostro fíjate en tus cejas si hay tensión relajar, tus ojos, tu nariz, tus pómulos, tu boca, abre un poco tu boca, relájala , permite que tu lengua también se relaje, quiero que te fijas si alguna parte de tu rostro tiene tensión y la relajes, vas a

	<p>hacer ahora tres respiraciones bien profundas inhalando por nariz y exhalando por la boca, disfrutar el estado de relajación que tiene tu cuerpo, mientras respiras vas a ir moviendo tus pies, los dedos, vas a mover poco a poco tus manos, vamos a poner atención en el afuera , en el lugar donde estamos y cuando te sientas lista puedes abrir los ojos.</p> <p>Al finalizar la actividad cada una dirá cómo se siente.</p>
--	--

6. Reflexión grupal

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	
Desarrollo	El instructor preguntará a los participantes si tienen dudas y las responderá; preguntará cómo es que se sienten y dará una retroalimentación sobre la sesión.

Sesión 6

Tema: MI feminidad”	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Modificar el concepto de Feminidad	
Nota: En todas las sesiones se utilizará el manual del instructor.	

1. Liberándome

Descripción	
Tiempo	15 min
Recursos y/o materiales	Música alegre (Anexo 3) bocinas.
Desarrollo	El instructor dará la indicación de que pondrá música para que cada una baile como decida, pero cuando pare la música dirá el nombre de alguna participante la cual tendrá que decir fuerte una pequeña frase agradeciendo algo a su cuerpo por ejemplo “ le agradezco a mi cuerpo por déjame bailar en este momento” y las demás participantes gritaran “gracias” cuando ella finalice su frase, luego volverá a poner la música y nombrara a otra hasta que pasen todas las participantes, al finalizar cada una gritara su frase.

2. Mi frase favorita

Descripción	
Tiempo	30 min
Recursos y/o materiales	Hojas blancas, plumones de colores, diurex, música alegre, bocinas
Desarrollo	El instructor dará las siguientes indicaciones: caminarán por toda la sala a cada una se les entregará 10 pedazos de hoja uno más grande que los otros 9 (aproximadamente 1 de media hoja y los otros de un cuarto de hoja) y un plumón de

	<p>diferente color para cada una, se les pedirá que cada una en la hoja del tamaño más grande pongan una frase corta que les ayudó en los momentos más difíciles de su proceso, esa hoja la pegarán con un pedazo de diurex sobre su ropa encima de su pecho, ya cuando todas tengan pegada su frase, caminando por toda la sala irán poniéndole frases a las otras 9 participantes en la parte del cuerpo que ellas decidan (espalda, cabeza, hombros, piernas, rodillas) y cada que se acerquen a escribirles la frase les dirán hoy tengo un mensaje para ti y escribirán el mensaje lo pegaran en la parte del cuerpo que elijan y se irán con otra participante. Al finalizar se hará un círculo y se despegarán todas las hojitas que recibieron pasarán en medio cada una y leerán alguna que les haya gustado, compartiendo como se sintieron al recibir estos mensajes.</p>
--	--

3. Yo soy..

Descripción	
Tiempo	40 min
Recursos y/o materiales	Un espejo de cuerpo completo y música suave, bocinas una hoja blanca y un lapicero.
Desarrollo	<p>El instructor sentará en medio círculo a las participantes, les entregará una hoja y un lapicero y pedirá que escriban 5 yo soy... positivos , ya que ahora son los que nos interesa reafirmar , cualidades, logros, destrezas, conocimientos, capacidades, les dará un ejemplo yo soy... divertida, se les dan 10 min para escribir sus 4 yo soy.. y cuando todas finalicen al azar irán pasando una por una frente al espejo a decirse sus 4 yo soy... en voz alta.</p> <p>Al finalizar se hace la reflexión , se les pregunta si se les dificultó elegir sus 4 yo soy.. ¿Por qué? , y hacer énfasis que cuando nos pasa algo que modifica nuestra forma de vernos</p>

	o de sentirnos , nos cuesta reconocernos pero al indagar dentro de nosotros nos podemos dar cuenta que esas modificaciones solo nos hicieron sacar lo mejor de nosotras mismas. Y como opción se les da que estas hojas las peguen en algún lugar de su casa donde las puedan ver con facilidad.
--	--

Nota: Estar pendiente del tiempo,

4. Hablando conmigo

Descripción	
Tiempo	35 min
Recursos y/o materiales	Bocina y dispositivo para reproducir el episodio de podcast (Anexo 3) , tapete o manta.
Desarrollo	El instructor pedirá a las participantes que se acuesten en su manta o tapete, que se pongan en una postura cómoda y guarden silencio, y pongan atención al siguiente podcast que se les presentará. Realicen cada una de las cosas que dice. Al final cada una dirá con una palabra de cómo se encuentra en ese momento.

Sesión 7

Tema: “Con todo y cicatrices”	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Reconocer las herramientas emocionales que tengo	
Nota: En todas las sesiones se utilizará el manual del instructor.	

1. Bailando

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	Música alegre (Anexo 3) bocinas
Desarrollo	El instructor dará la indicación de ponerse de pie y en círculo cuando escuchen la música cada una por turnos irá poniendo un paso de baile, empieza el instructor hace un paso de baile, la siguiente participante hace el paso del instructor y su paso, así hasta que pasen todas y damos 1 min de baile libre.

2. Conectando

Descripción	
Tiempo	90 min
Recursos y/o materiales	Música relajante (Anexo 3) manta o tapete, bocinas
Desarrollo	El instructor les pide que tomen una postura cómoda, que cierren los ojos y que visualicen su situación actual. Se les guía con las siguiente instrucción: “Toma unos momentos para visualizar cómo es tu vida actualmente, cómo son tus actividades, cuáles son aquellas que disfrutas y aquellas otras que te preocupan o te estresa. Identifica qué situación

te genera más sensaciones corporales. ¿Cuál llama más tu atención? Trata de concentrarte en lo que esta situación le produce a tu cuerpo. Observa ¿Cómo es tú respiración, superficial o profunda? ¿Qué partes de tu cuerpo se mueven cuando respiras? ¿Tensas alguna parte? Ahora haz un recorrido de los pies a la cabeza observando cómo está cada parte de tu cuerpo. Pon atención a cualquier tipo de sensación corporal que tengas y cada que reconozcas una, utiliza la siguiente frase y repite para ti: “Me doy cuenta de que mi _____ está _____” Y así para cada sensación que vayas descubriendo.” De las sensaciones que has percibido ¿cuál es la que más llama tu atención? ¿Cómo está esa parte en este momento? Ahora vas a cambiar la frase y en vez de decir: “Me doy cuenta de..” vas a decir: “Yo estoy...” Vas a asumir que eres tú quien le está haciendo esto a tu cuerpo. Vas a repetir la frase. Observa cómo te sientes al asumir la responsabilidad de lo que le está pasando a tu cuerpo. Ahora vamos a ver qué características tiene esta sensación ¿cómo es? ¿Qué te hace? ¿Te aprieta, te tensa, te ata? Aclara dentro de ti mismo lo que esta sensación te está provocando Ahora vamos a darle un sentido más personal a esta experiencia. Te propongo que retomes la característica principal de tu sensación y una vez más expresas esta experiencia en primera persona:” Yo estoy...” Si es tensión lo que sientes, la declaración sería: “Yo estoy tensando mi...”. Repite la frase varias veces para ti mismo y observa cómo te sientes” “Hasta ahora ya identificaste esa sensación corporal que es significativa en el momento presente y que está relacionada con alguna situación que estás viviendo. Ahora es momento de elegir qué quieres hacer con esto. Tómate unos momentos para preguntarle a tu cuerpo qué necesita ¿Cómo puedes exteriorizar lo que necesitas expresar o descargar? ¿Qué tendrías que hacer para ello? Antes de llevar a cabo lo que hemos elegido hacer hay que

prepararnos. Primero vamos a visualizar lo que queremos hacer, vamos a imaginarnos haciendo aquello que nuestro cuerpo nos está pidiendo ¿De dónde sale la energía que vas a utilizar, con qué parte de tu cuerpo está relacionada? En este ensayo mental, cómo te observas, qué estás haciendo, cómo es tu lenguaje corporal? Lo siguiente es prepararte físicamente para llevar a cabo esta acción. Comienza por avisarle a tu cuerpo que vas a moverte, que necesitas levantarte. Puedes abrir los ojos. Pon atención en los movimientos que tienes que realizar para incorporarte Una vez que te hayas plantado con firmeza en el piso, busca que tu postura te brinde seguridad y estabilidad. A continuación respira continua y profundamente para cargarte de energía. Haz lo que sientas necesario para llenarte de vitalidad. Comienza a mover aquellas partes del cuerpo involucradas con lo que quieres hacer, sincroniza tu respiración con tus movimientos...“Ahora vas a hacer uso de tu cuerpo y tu imaginación para accionar con tus movimientos y tu voz aquello que te visualizaste haciendo. Evoca la situación que imaginaste y cómo te veías actuando en ella. Puedes tener los ojos abiertos o cerrados. Permite que tu cuerpo haga uso de sus recursos, tus movimientos, tu respiración, tu voz, para llevar a cabo lo que necesitas realizar.” Se les dan 5 minutos para que exploren cómo traducir aquello que visualizaron en movimientos y sonidos. Se les pide que se pongan por parejas y que se turnen. Elijan quién va actuar primero y quien va a recibir. Ahora a quien le toca actuar, le va a expresar verbal y corporalmente al otro lo que ha sentido que necesita. Traten de que su cuerpo refleje con movimientos lo que su voz va expresando.

Permítanse hacer o decir cualquier cosa que necesiten. Quien recibe va a escuchar y a acompañar con atención a la persona que se está expresando. Ahora pueden pedirle a su compañero su ayuda o participación para completar su

	<p>necesidad ¿Qué te gustaría recibir de tu compañero? Exprésale de qué forma te puede apoyar para que completes tu necesidad.” Se les dan 7 minutos y se les indica que cambien de rol poco a poco se van a preparar para finalizar con el contacto. Váyanse despidiendo y separando de la persona con la que están. Poco a poco regresen al lugar en el que comenzaron. Tomen asiento y cierren los ojos Permítanse regresar a su espacio personal y recontactarse consigo mismos. Tómense un momento para sentir cómo se encuentran y cómo está su cuerpo después de haber interactuado. Ahora es el momento de recapitular: ¿Qué acabo de vivenciar? ¿Cómo me sentí? ¿Cómo siento ahora mi necesidad inicial? ¿Qué aprendí de esta experiencia? Para finalizar dirán una palabra o frase para saber cómo están.</p>
--	---

3. Mi dibujo

Descripción	
Tiempo	20 min
Recursos y/o materiales	Hoja blanca, plumones, pinceles, pinturas, música suave. (Anexo 3) bocinas
Desarrollo	Después de realizar el ejercicio anterior el instructor les dará material para realizar un dibujo representando como se sintieron en la actividad, que movió en cada una, se les dará 10 min para realizarlo al finalizar cada una dirá en una frase o de manera breve lo que representa su dibujo y como se va de la sesión.

Sesión 8

Tema: "Cicatriz cerrada...cicatriz sanada"	
Duración	120 Min (2 horas)
Objetivo de la sesión: Aceptar su nuevo esquema corporal	
Nota: En todas las sesiones se utilizará el manual del instructor.	

1. Moviéndome

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	Música libre ,bocinas
Desarrollo	El instructor les pone música libre y les da la indicación de caminar por toda la sala, al ir escuchando la música van a ir moviendo su cuerpo como ellas prefieran, prestando atención en cada una de las partes de su cuerpo, como se mueven, como se siente, Al finalizar realizarán respiraciones para entrar en un estado más relajado y se sientan en círculo, el instructor hace mención de que es la última sesión del taller.

2. Cerrando cicatriz

Descripción	
Tiempo	70 min
Recursos y/o materiales	Manta, música suave (anexo 3) bocinas
Desarrollo	El instructor les pondrá la indicación que se sienten en círculo pasará una bolsa con pequeños papelitos papelitos que contienen un número, les da la indicación de que el número que les salió es el orden en que van a pasar en la siguiente actividad, a cada una se le da una hoja y un

	<p>lapicero y se les pide que escriban una carta para su cuerpo, principalmente al seno agradeciéndole todas las enseñanzas que les ha dejado, en lo que cada una siente que ha evolucionado de manera personal y emocional, todas esas cosas que quieran agradecer, les damos 15 minutos a cada una para realizar su carta, al finalizar ese tiempo dependiendo el número de papelito que les salga es el turno donde pasará cada una a leer su carta (se va dando un tiempo aproximado entre cada participante de 5 min) al finalizar cada ejercicio le pides a la participante que haga tres respiraciones, y posteriormente pasa a su lugar , así con cada una hasta que pasen las 10 participantes .</p> <p>Se eligen a dos participantes, la que más fluyó en la actividad y a la que le costó más hacerla, se les pregunta ¿Qué sentiste? , ¿Por qué? Y al cierre el instructor hace la reflexión final sobre lo importante que es hacer consciente todos los sentimientos que tenemos y agradecernos a nosotras mismas los avances que tenemos.</p>
--	--

3. Contestando de nuevo el test

Descripción	
Tiempo	10 min
Recursos y/o materiales	Escala de Imagen Corporal (BIS) de Penélope Hopwood, bolígrafos (Anexo 4)
Desarrollo	Se les entregará a cada participante una copia de la escala de imagen corporal para saber cómo evolucionaron con sus respuestas al finalizar el taller respecto a la relación con su cuerpo, se les da la indicación “contestaremos este pequeño test se les lee cada uno de los reactivos y se les da 15 segundos para contestar cada reactivo, al finalizar se hace una pequeña reflexión sobre los cambios que hubo en las respuestas ahora que finalizó el taller.

4. Sanando mi cicatriz

Descripción	
Tiempo	30 min
Recursos y/o materiales	Silueta de mujer mediana (Anexo 6), un espejo de cuerpo completo, fotos de las participantes tamaño mediano, música suave, bocinas.
Desarrollo	<p>El instructor agradecerá la participación de cada una de las mujeres, hace comentarios de cada uno de los avances, hace algunas recomendaciones si así lo ve necesario y da las siguientes indicaciones: vamos a pasar frente al espejo y nos vamos a agradecer el haber sido constantes y haber terminado el taller, y todo lo que quieran agradecer en ese momento, en la pared esta una silueta, vamos a colocar las fotos de cada una de nosotros que traemos, ya que cada una pase, hacemos la reflexión de que entre todas nos ayudamos a sanar la cicatriz que traíamos, he hicimos posible el taller, esperado el haberse encontrado y conocido de nuevo, aceptando y respetando el nuevo esquema corporal que tenemos. Cada una dice cómo se va y como se siente después del taller. Y así damos por terminado el taller sanando cicatrices.</p>

Conclusiones, limitaciones y sugerencias.

Como vimos en los diferentes capítulos, cuando alguna mujer pasa por una patología de mama y esta requiere una intervención quirúrgica el esquema corporal se ve afectado por el impacto visual que este cambio tiene, es importante tener un adecuado acompañamiento para poder aceptar el cambio que tiene el esquema corporal. Por lo cual es importante asimilar y aceptar dicho proceso y poder proponer talleres y programas para resolver dichas problemáticas. Por estos motivos en la presente investigación se estableció una propuesta de taller de sensibilización “Sanando cicatrices” para mujeres que han presentado enfermedades benignas de mama con intervención quirúrgica.

La pregunta de investigación que se planteó fue ¿Es posible que la propuesta del taller “Sanando cicatrices” ayude a la reconstrucción del esquema corporal en mujeres con patología de mama que se han sometido a tratamientos quirúrgicos? , razón por la cual se plantea un taller que cumpla con esas características.

Algunas de las limitaciones que se puedan presentar al momento de realizar el taller “Sanando cicatrices”, poder reunir a las mujeres con patologías de mama benignas que hallan requerido intervención quirúrgica, también que las participantes no tengan una asistencia constante a lo largo del taller, otra limitante que se puede presentar son las disposiciones sanitarias ante la COVID-19 que establezca la Organización Mundial de la Salud (OMS) ante la reunión de determinado número de personas de acuerdo al semáforo epidemiológico en el estado del país en que se quiera llevar a cabo el taller; tener a disposición un espacio con los requerimientos necesarios para poder garantizar la seguridad sanitaria de las asistentes.

Como sugerencia poder llevar acabo el taller “Sanando cicatrices” con la población de mujeres adultas con patologías benignas de mama con tratamiento quirúrgico, poder hacer alguna investigación y taller con patologías de mama en varones que también es un tema del cual se habla y se tiene poca información así que un taller enfocados a esta problemática sería de gran utilidad, poder medir el impacto que se tiene antes y después de recibir el taller.

Así mismo poder sensibilizar sobre la importancia de la modificación del esquema corporal ayudando a sus participantes en la aceptación del cuerpo, la mejora de su

autoestima, un mejor manejo de sus emociones, mejoras en las relaciones interpersonales y la búsqueda de su bienestar integral, en cada una de las sesiones y con la constancia de las participantes poder lograr los objetivos planteados en cada una de ellas y en el taller en sí; por último el poder realizar algunas adecuaciones en algunas de las sesiones del taller, respetando las líneas de trabajo, ajustándolas a las características de la población.

En conclusión, pensar en el desarrollo e implementación de una taller de sensibilización con enfoque gestáltico, puede resultar enriquecedor, interesante y de mucha ayuda para las mujeres que han pasado por una situación como estas y que necesitan ayuda para poder asimilar y aceptar su nuevo esquema corporal y así llevar una vida mucho más plena en cuanto puedan convivir con mujeres que han pasado por una situación similar a ellas y ayudarse mutuamente durante ese proceso.

Se recomienda dos líneas para continuar trabajos grupales, si existieran los espacios y condiciones suficientes para llevarlas a cabo, como grupos de autoayuda, y por otro lado si no se contara con espacios de grupos de autoayuda poder canalizar a las mujeres que han atravesado por esta situación al acompañamiento terapéutico a consideración que deben de trabajarse los aspectos del esquema corporal de la aceptación de sí mismas, de la elaboración del duelo si es que hubo alguna pérdida masiva, etc.

Referencias

- ADAM. (2021). *Papiloma intraductal*.
<http://thnm.adam.com/content.aspx?productid=618&pid=5&gid=001238>
- Aguilar, M. Neri, M. Mur, N. Gómez E y Sánchez, A. (2014). Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. *Revista española de nutrición comunitaria*, 20(1). 2-6.
<https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Web%20RENC%202014-1-art%201.pdf>
- Alba, B. (2013), *síndrome de mondor*, Todo sobre cirugía plástica, estética y Reconstructiva: <http://bdealba.blogspot.com/2013/02/el-sindrome-o-enfermedad-de-mondor.html>
- Álvarez M. (2008). la vivencia corporal y sus trastornos abordaje psicossomático. . *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 7.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwigwrOP5tP5AhVqK0QIHjED0gQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2744794.pdf&usq=AOvVaw13G-L8P8B6ikKbba4EC-nJ>
- American Cancer Society (2019) *Acerca del càncer de seno*:
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9017.00.pdf>
- American Cancer Society. (2019). *Afecciones no cancerosas del seno*:
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/5034.96.pdf>
- Beltrán, J, Torres I, Saldívar H, Martínez G, Vázquez F y Barrientos C, (2006). *El Taller como Estrategia de Intervención Preventiva Su aplicación en el caso de niños con TDAH*. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/TallerHiperactividad2.pdf>
- Breastcancer. (2022). *Tipos de càncer de mama*:
<https://www.breastcancer.org/es/tipos/carcinoma-ductal-invasivo>
- Càncer de Seno Popayán [Dr. Valencia, F]. (2016). *Ectasia ductal*. [Publicación] Facebook
<https://es-la.facebook.com/495270157314283/photos/ectasia-ductales-un-bloqueo-o-taponamiento-del-conductos-mamario-s-detr%C3%A1s-del-pe/518215125019786/>

- Clínica Pedrosa (2018) *Mastopatía fibroquística*. <https://cpedrosa.com/mastopatia-fibroquistica/>
- Costelazo G. (2022). *Fibrosis quística de mama en CDMX*. <https://drcastelazomastologia.com/fibrosis-quistica-de-mama-en-cdmx/>
- De los santos C. [Dra. C. De Los Santos] (2019). *Edenosis*. [Publicación]. Facebook <https://m.facebook.com/cirurgiaoncologiacard/posts/si-usted-se-ha-hecho-una-biopsia-de-mama-con-aguja-por-protuberancia-mamaria-y-o/2249846345294570/>
- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Ediciones Paidós.
- Dr. Arjona J. ginecólogo y obstetra. (2018) *Fibroadenomas: qué son, diagnóstico y tratamiento*. <https://www.ginecologocordoba.es/blog/fibroadenomas-que-son-diagnostico-y-tratamiento/>
- Elsevier (2001) La paciente sintomática: motivos de consulta en atención primaria, *medicina integral*. 38. (10): <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13024496>
- Elsevier Connect. (2021). *Mama: anatomía y lesiones benignas y malignas*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/patologia-edu-mama-anatomia-y-lesiones-benignas-y-malignas>
- Fernández, M. (2009). comportamiento de diagnóstico de patologías mamarias mediante mamografía. *Revista Información Científica*. 64,(4),: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757307027>
- Gargantini A, Casirì L (2019) Imagen Corporal y su Influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción, *Psicooncología*. 16(1). 43-60. https://www.researchgate.net/publication/334605643_Imagen_Corporal_y_su_Influencia_en_la_Calidad_de_Vida_en_mujeres_con_mastectomia_2019
- GEicam. (s/f). *¿Qué es el cáncer de mama? Tipos de tumores* <https://www.geicam.org/cancer-de-mama/tengo-cancer-de-mama/conoce-mejor-tu-enfermedad/tipos-de-tumores>
- González G, (2001) Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido, *Perinatol Reprod Hum*. 15. (2) : <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2001/ip012f.pdf>

- Herrera, V y García, A, (2014) Manejo de Lesiones Benignas de Mama. *Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)*. <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2020/02/MODIFICACIONES-GPC-LESIONES-BENIGNAS-DE-MAMA.pdf>
- Iltia. (2019) *conoce tu mamas: anatomía, cambios y patologías*: <http://iltiaginecologia.com/conoce-tus-mamas/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020) *Cáncer de mama, una prioridad para la salud de las mexicanas*: <https://www.insp.mx/avisos/5090-octubre-cancer-mama-19.html>
- Instituto Nacional del cáncer. (2015). *Riesgo de muerte por cáncer de seno es bajo después de diagnóstico de carcinoma ductal in situ*: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2015/cdis-riesgo-bajo>
- Integra (2022) *terapia Gestalt humanista* sitio web: <https://www.integra-psicologos.com/terapia-gestalt-humanista/>
- Juárez D. y Landero R. (2012). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia*, 4 (7). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052012000100002
- Mella C. Silva C. (2017). *Relación entre Esquema Corporal y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama*, [otorgar título en psicología, Universidad de las Américas] Repositorio:<https://repositorio.udla.cl/xmlui/bitstream/handle/udla/502/a40901.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Méndez, R, (2017) frecuencia de patología tumoral mamaria en el hospital materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz en 2015, Universidad Autónoma del Estado de México, Sitio web: [RECUCENCIA DE PATOLOGIA TUMORAL MAMARIA EN EL HOSPITAL MATERNO PERINATAL MÓNICA PRETELINI SÁENZ EN 2015](https://uaemex.mx/RECUCENCIA-DE-PATOLOGIA-TUMORAL-MAMARIA-EN-EL-HOSPITAL-MATERNO-PERINATAL-MONICA-PRETELINI-SAEENZ-EN-2015) (uaemex.mx)
- Middlesex Health. (2022). *Carcinoma lobulillar invasivo*. <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/carcinoma-lobulillar-invasivo>

- Nápoles, D. (2013). Atención a pacientes con afecciones benignas de la mama durante 11 años. *Medisan*, 17 (12), pp.9146-9155:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368444999015>
- Nepsa rehabilitación Neurológica (2021) *El Homúnculo cortical de Penfield*:
<https://nepsa.es/que-es-el-homunculo-cortical/>
- Oiseth S, Jones L, Maza E, (2022) *Necrosis Grasa de la Mama*.:
<https://www.lecturio.com/es/concepts/necrosis-grasa-de-la-mama/>
- Péndola L. [Dr.Luis Péndola Gómez]. (2021). *El carcinoma ductal invasivo (CDI)*. [Publicación]. Facebook <https://www.facebook.com/drluispendola/posts/el-carcinoma-ductal-invasivo-cdi-a-veces-denominado-carcinoma-ductal-infiltrante/336334671312466/>
- Picò, D (2014) Una introducción a la terapia Gestalt. *Centros de Psicología y Terapia Gestalt Valencia, España*:
<https://gestaltnet.net/sites/default/files/articulos/apuntesgestaltterapiados-20.pdf>
- Poortmans. P (2019). Manual de práctica clínica en senología. *Sociedad Española de Senología y Patología Mamaría 4ª*: <https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2020/02/MANUAL-SESPM-2019-web-prottegido.pdf>
- Prieto M, (2016) *concepto de esquema corporal perspectivas teóricas, implicaciones en la psicología escolar*.
<https://revistas.um.es/analespedagogia/article/view/288551/209731>
- Psicooncología online (2018) *Cáncer e Imagen Corporal: Frente al Espejo*:
<https://www.psicooncologiaonline.com/cancer-e-imagen-corporal-2/>
- Ramírez, A (2005) *psicoterapia corporal: revisión de los aportes teóricos y clínicos de wilhelm reich, el análisis bioenergético de alexander lowen y la biosíntesis de David boadella*, [obtener el título de psicología, Universidad de Chile]
Repositorio: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/RAMIREZ-A.-Psicoterapia-Corporal.-Tesis-.pdf>
- Ramirez, M, (2018) cáncer de mama, *Revista Médica Sinergia*, 2 (1) pp. 8 - 12:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>

- RedMedicaVlog. (2021) *Patología benigna de la mama* [video] YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=uegtGyRQvEQ>
- Rick, A, (2015), *mastitis*: <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkid=103589>
- Saludemia (s.f.) *Enfermedades de la mama- trastornos Trastornos funcionales de la mama* consultada el 27/07/22:<https://www.saludemia.com/enfermedades-mama/telorrea-galactorrea>
- Sebastián J, Manos D, Bueno, M, Mateos N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Scielo*, 18 (2): https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002
- Senocuidado (2015) *Dolor en los Senos o Mastalgia*: http://www.senocuidado.com.mx/enfermedades_benignas/enfermedades_benignas_dolor_en_seno_mexico.html
- Silva P, Miranda C (2013) *evolución de la autoimagen y esquema corporal a través de la Danza educativa: efectos y desafíos en la práctica a partir de un estudio con niñas de 8 a 9 años situadas en contextos vulnerables*, [Título de Profesor Especializado en Danza, Universidad de Chile facultad en artes].Repositorio: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116582/paula%20silva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soler A, (2016) *la conciencia corporal y su influencia en el proceso grafomotor y los problemas en la escritura*. [Maestría en educación con énfasis en orientación educativa Bogotá, universidad libre].Repositorio: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/8260/Tesis%20Andres%20Soler%20%20abril%5B1%5D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Solorio E, (2017) *taller de lectura psico corporal para establecer una impresión diagnóstica en psicoterapia corporal*,[título en licenciatura en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México] Repositorio: <http://132.248.9.195/ptd2017/febrero/0755272/Index.html>
- UCM (2013) *Patología mamaria*. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-27-Patologia%20mamaria.pdf>

UDLA (2008) *Capítulo IV metodología:*
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/mendez_r_jj/capitulo4.pdf

Anexos



DEFINICIÓN

- Es la representación mental que tenemos de nuestro propio cuerpo, cuando se modifica sufre cambios psicológicos que alteran esta representación.

Anexo 2



Anexo 3

Música sugerida

- Música alegre rainbeary (2022) 80s music that will give you memories of your childhood [Video] YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=pTnNKSvVLUs>
- Musica alegre: DJ Eduardo (2018) Salsa para bailar y romántica [Video] YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=3zqCcsdZJII>
- Música relajante : Musicoterapia (2022) MUSICA ZEN ULTRA RELAJANTE *
Relajación Curativa del Estrés y Ansiedad, Música para Calmar la Mente [video]
YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=263Vb6xiifo>
- Música relajante: Music for Body and Spirit (2022) Deja ir emociones negativas,
culpa, arrepentimiento, miedo, conflicto interno, meditación, sanación [video]
YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=GLIL3CtS3vI>
- Música relajante: Beautiful Relaxing Music (2021) Relajación Curativa del Estrés,
Ansiedad y Estados Depresivos | Sanar Mente, Cuerpo y Alma [video] YouTube
<https://www.youtube.com/watch?v=u-MVEwd00NA>
- Música suave: Disney relaxing piano collection (2019) Sleep Music, Study Music,
Calm Music (Piano Covered by kno)
https://www.youtube.com/watch?v=g8NVwN0_mks&t=1386s
- Podcast . (Molina N. 2021, 23 feb; “tenemos que hablar con nosotros mismas
episodio 7” Ve a terapia un podcast para todes”)
[Video] YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=oA6QD356MAg>

Anexo 4

Escala de Imagen Corporal (BIS) Penélope Hopwood

En este cuestionario se le preguntara cómo se siente acerca de su apariencia y de cualquier cambio que pueda ser afectado en el resultado de su enfermedad o tratamiento. Por favor lea con cuidado y coloque una X en la línea junto a la respuesta que se aproxime a la forma en que se ha sentido sobre sí mismo durante la última semana.

1. Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

2. Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

3. Me siento algo deformada o mutilada.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

4. Evito que los demás vean mi cicatriz.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

5. Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

6. Cuando me baño o me ducho evito mirar la cicatriz.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

7. Me repugna la cicatriz.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

8. Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy desnuda.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

9. Me siento menos femenina después de la operación.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

10. Estoy satisfecha con mi cuerpo cuando estoy vestida.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

11. Creo que a los demás les gusta mi aspecto.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

12. Creo que el pecho juega un papel importante en la relación sexual.

Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
------	---------	----------	-----------

(Mella C, Silva C, 2017, p. 59)

Anexo 5



FEMINIDAD

- ◉ Conjunto de características físicas, psíquicas o morales que se consideran propias de la mujer o de lo femenino, en oposición a lo masculino.

EJEMPLOS

Anexo 6

