



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA**

TALLER DE AUTOESTIMA PARA MUJERES  
CON CÁNCER DE MAMA.  
(UNIDAD ZARAGOZA DEL ISSSTE).

# **TESIS**

Para obtener el Título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Presenta:

**ILIANA PONCE MARTÍNEZ**

JURADO:

DR. RODOLFO H. CORONA MIRANDA.

DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA.

MTRO. SERGIO CARLOS OCHOA ALVAREZ

LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMIREZ

DR. RUBEN LARA PIÑA

MÉXICO, D.F.

2009





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## AGRADECIMIENTOS.

### A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO:

Por recibirme en su casa desde bachillerato. Gracias por darme la oportunidad de ser un puma.

### A MI MADRE:

Gracias por tu apoyo y amor, pero sobre todo por el respeto que siempre haz tenido hacia mi carrera y la confianza en mis habilidades.

### A MI PADRE:

Por su amor y apoyo, por inculcarme la curiosidad de saber.

### A MI HERMANO:

Por su amor. Por impulsarme siempre a salir adelante.

### A MI HERMANA:

Por su amor y apoyo incondicional. Gracias por la confianza que tienes en mi como psicóloga.

A todos los profesores de la FES Zaragoza que contribuyeron con sus conocimientos a realizar este trabajo. Gracias por ser tan accesibles y amables.

### A MIS AMIGOS: Alberto, Ani, Ivancito, Pili, Rafa, Ramón.

Por su amor y apoyo incondicional. Por sus palabras de aliento, por ayudarme a estudiar, por chidos. Gracias.

### A TODAS LAS PACIENTES DE CÁNCER DE MAMA.

Por la enseñanza profesional y humana.

## INDICE.

RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
CAPITULO I CANCER	7
1.1.- Concepto	7
1.2.- Formación del cáncer	7
1.3.- Causas	8
1.4.-Diagnóstico	9
1.5.- Tratamientos	11
1.6.- Cáncer de mama	12
1.6.1.- Factores de riesgo	12
1.6.2.- Diagnóstico	13
1.6.3.- Métodos de diagnóstico	13
1.6.4.- Tratamientos	14
CAPITULO II.- PSICOLOGIA Y CANCER	18
2.1.- Consecuencias psicológicas	18
2.1.1.-Consecuencias psicológicas relacionadas directamente con los tratamientos	20
2.1.2.-Consecuencias en la familia	22
2.2.- Concepto de psicología	23
2.3.- Psicología clínica	24
2.3.1.- Actividades del psicólogo clínico	24
2.4.- Psico-oncología	25
2.5.- Trabajo psicológico	26
2.6.- Estrategias terapéuticas	28
2.6.1.- Terapia Breve	29
2.6.2.- Terapia Cognitivo Conductual	29
2.6.3.-Terapia Racional Emotiva	30
2.6.4.- Terapia de grupo	31

CAPITULO III.- AUTOESTIMA	35
<b>3.1.-Concepto</b>	35
<b>3.1.1.- Formación de la autoestima</b>	36
<b>3.1.2.- Baja autoestima</b>	39
<b>3.1.3.- Beneficios de la alta autoestima</b>	42
CAPITULO IV.- METODOLOGIA	46
CAPITULO V.- ANALISIS DE RESULTADOS	51
CAPITULO VI.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	52
CAPITULO VII.- BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	62

## **RESUMEN.**

El presente trabajo se inscribe dentro del área psicológica clínica, el propósito del mismo fue el evaluar la eficacia de un taller de autoestima, el cual se aplicó a quince mujeres con cáncer de mama, no hospitalizadas, pertenecientes estas al área oncológica, de la unidad Zaragoza del ISSSTE. El taller tuvo como meta la intención de mejorar la autoestima de estas participantes, se llevó a cabo en cinco sesiones continuas, con una duración aproximada de tres horas cada una. Para ello se trabajó con un diseño cuasiexperimental, pretest-postets, aplicando el inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE),(que cuenta con tres escalas actividad, estrés y energía) antes y después del taller. Obteniendo como resultado estadístico un cambio significativo en la escala de energía, la escala de actividad se acercó a la significancia, mientras que la referente al estrés no cambio.

El cáncer merma la salud física y mental de quien la padece, afecta su integridad, emociones y seguridad. El taller se realizó con el ánimo de que las pacientes conocieran la importancia y los beneficios que les puede ofrecer la autoestima, como un apoyo para afrontar la enfermedad.

## INTRODUCCION.

La inquietud de realizar la investigación aquí presentada surge de las necesidades y consecuencias afectivas y psicológicas detectadas en mujeres con cáncer de mama, durante el tiempo que realicé el servicio social en el Hospital General de México.

Uno de cada diez casos de cáncer detectados por primera vez en el mundo cada año corresponden al cáncer de mama.

El cáncer de mama en México ocupa el segundo lugar de frecuencia después del carcinoma de cuello uterino, aunque la neoplasia del seno cobra mayor mortalidad (Paredes, 2006).

Con la finalidad de tener un concepto general del cáncer, en el primer capítulo se explicará, qué es el cáncer, cuando se habla de cáncer de mama, sus signos, diagnóstico, y tratamientos.

La indefensión e inseguridad generadas por esta enfermedad, en ocasiones, precaria condición terapéutica crea en las mujeres que la padecen miedo, inseguridad, ansiedad, depresión, etcétera, sentimientos que no le permiten afrontar su enfermedad de manera adecuada.

Ante estas reacciones la psicología y el trabajo terapéutico psicológico han desarrollado estrategias de acción que dan contención y apoyo emocional a esta área, como lo es la psico-oncología, "que trata el funcionamiento psicológico de las personas con cáncer y su entorno (Matalobos, 2007). Estas estrategias han servido en la prevención y el tratamiento de las pacientes con cáncer.

En el segundo capítulo revisaremos las consecuencias psicológicas de estas pacientes ante esta enfermedad, así como el trabajo psicológico y su relación con el cáncer.

Dentro de las consecuencias emocionales que viven estas mujeres se puede encontrar la disminución o el deterioro de la autoestima. El autoestima es importante ya que como señala Maslow (citado en Rodriguez, 1988), "la alta autoestima es un prerrequisito para confiar en el propio organismo, lo suficiente como para que éste sea el foco de su autoevaluación y la guía de su vida". A esto Yagosesky (1998), agrega "es definitivo que mente y cuerpo se comunican, que lo interno e invisible influye y hasta determina en lo corporal".

En el capítulo tercero, se describe el concepto de autoestima, autoestima baja, y alta; así como la influencia que puede tener en nuestra vida y en nuestra salud, física y mental.

La investigación tiene como objetivo por un lado mostrar que el tratamiento y rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama, puede ser "menos impactante" y más integral, si se incluye el trabajo terapéutico del psicólogo. Por otra parte tiene la finalidad de mostrar la autoestima como una herramienta viable a emplear en el proceso del cáncer de mama y recuperación de estas mujeres.

# **CAPÍTULO I. CÁNCER.**

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres que se encuentran entre los cuarenta y cincuenta años de vida en los países desarrollados. Uno de cada diez casos de cáncer detectados por primera vez en el mundo corresponden al cáncer de mama.

En México se han registrado cambios importantes en la organización y trabajo de nuestra población lo que ha provocado cambios en la demografía y epidemiología a consecuencia de esto, “el cáncer mamario constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años o más” (Cabrera y Kruse, 2007).

## **1.1.- Concepto.**

Según Khoury y Jasmin (1981) el cáncer es una enfermedad personalizada por un grupo de enfermedades caracterizadas por la multiplicación libre y desorganizada de algunas células en el organismo.

Las células del cáncer se multiplican de forma desordenada y sin control, por lo que las hacen diferentes de las células normales.

Su división y su crecimiento alterado, hace que se presenten anomalías en su constitución y comportamiento, estas anomalías varían según el tipo de células afectadas. Las células cancerosas también alteran el orden en que se construyen y organizan las células normalmente para formar un tejido, por lo que al amontonarse invaden otros tejidos y rechazan a las células sanas.

“El cáncer o carcinoma es una enfermedad maligna, caracterizada por el crecimiento rápido y desordenado de células que llegan a formar tejidos irregulares conocidos con el nombre de “tumores”, que pueden llegar a formar en cualquier parte del cuerpo. Los tumores cancerosos se llaman malignos porque son potencialmente fatales. Son peligrosos porque invaden los espacios que antes ocupaban los tejidos sanos, y porque existe la posibilidad de que se desplacen hacia otros órganos cercanos por medio de la sangre y del líquido linfático.” (Carswell, 2002).

También existen tumores benignos pero estos no ponen en peligro a las personas, ya que no pueden extenderse y afectar otros órganos.

## **1.2.- Formación del Cáncer.**

Numerosos autores coinciden en la descripción del desarrollo del cáncer; de entre ellos, Khoury y Jasmin, (1981) nos dan una explicación que es representativa de cómo aparece un nuevo cáncer. A saber: todo cáncer posee dos estadios diferentes. En el primer estadio, una célula normal se transforma en célula cancerosa;

Una célula normal posee una estructura básica común compuesta de citoplasma, membrana celular y núcleo, también contienen información que hace que varíe su tamaño, forma y función de un órgano a otro. Dentro del núcleo que es el cerebro de la célula y la parte más importante de ella se encuentran los cromosomas, los genes en los cuales se encuentra un código químico que fija la identidad de la célula, es decir determina a que órgano pertenece y que funciones puede realizar.

Una de las condiciones de las células para poder sobrevivir es el aseguramiento de la producción de nuevas células que reemplacen a las que mueren. Esta producción regula el ciclo, este se echa andar cuando la célula capta señales del organismo para acelerar la reproducción de células o la detención de las mismas según lo requiera. Los genes y los cromosomas son responsables de este ciclo ya que son los que se encargan de la herencia, es decir de la transmisión de información específica de una célula madre a una célula hija.

En ocasiones puede suceder que en el transcurso del “ vaciado de los datos consecuentes”, los cromosomas que se crean de cada división celular tengan defectos, es entonces cuando nace una mutación es decir, una modificación en el material genético.

khoury y Jasmin, (1981) mencionan que “cuando los errores son amplios, conducen a la muerte de la células cuando son menos importantes, pueden llevar a un cambio en el aspecto o función de la célula(su programa). Si este cambio del programa destruye la función de reconocer y obedecer las órdenes reguladoras del organismo, guardando intacta la función de reproducción, vemos nacer entonces una célula anárquica que se multiplica sin control y no oye las llamadas al orden del organismo: es una célula cancerosa”.

Productos químicos, virus, rayos electromagnéticos (rayos x), factores llamados de “transformación” que pueden penetrar al núcleo y provocar lesiones, favoreciendo la mutación, aunque esta puede generarse de forma espontanea.

Segundo estadio. Está célula cancerosa prolifera, produciendo un tumor.

Si una célula cancerosa no encuentra ciertas condiciones favorables para su desarrollo, tiene grandes oportunidades de morir o de no desarrollarse nunca para alcanzar el estadio de tumor clínico. Para crecer tiene necesidad de ciertos factores que favorezcan su proliferación. Estos factores pueden ser internos al organismo, por ejemplo, las hormonas. Pueden ser externos y encontrarse alrededor del sujeto, como ciertas sustancias químicas. Estos dos actos de la formación de un cáncer se realizan durante un tiempo bastante largo (probablemente varios años) (khoury y Jasmin, 1981).

### **1.3.- Causas.**

El desencadenamiento del proceso canceroso depende de muchos factores, que pueden ser ordenados en dos grupos.

a) Los factores externos. Aquellos que se encuentran en el ambiente es decir los que vienen del exterior de nuestro cuerpo, estos agentes cancerígenos están formados principalmente por:

- Las sustancias químicas: A diario se convive con muchas sustancias químicas utilizadas en la vida cotidiana, incluso algunas de ellas ya son reconocidas como la causa de enfermedades llamadas “profesionales”, se estima que hay aproximadamente un millar de sustancias químicas peligrosas con las que podemos tener contacto.
- Las radiaciones, que provienen de cuerpos radiactivos o de los rayos ultravioletas del sol.
- Los virus, que son responsables de ciertos cánceres y leucemias en diversas especies animales.

b) Factores internos. Actúan desde el mismo interior del organismo y son propios del individuo, como:

- Los factores genéticos, es decir,
- La herencia de los caracteres anatómicos, citológicos y funcionales entre los padres y los hijos, lo que puede explicar la predisposición de algunas personas a ser más sensibles a ciertas sustancias o virus. Por lo que ciertas deficiencias genéticas pueden influir en el desarrollo y aparición de determinados cánceres.
- Las hormonas, que tienen un papel decisivo en la aparición de ciertos cánceres, en particular en los cánceres de próstata y el cáncer de mama en la mujer.
- La inmunidad, una insuficiencia inmunitaria parece facilitar la aparición de ciertos tumores.
- Otros factores pueden intervenir, pero son menos conocidos, como el stress psicológico y posiblemente ciertos traumatismos repetidos (khoury y Jasmin, 1981).

## **1.4.- Diagnóstico.**

El diagnóstico del cáncer depende de que el paciente consulte a su médico. Una vez que el paciente acude por sí mismo, el médico realiza lo siguiente para establecer el diagnóstico:

Para realizar una historia clínica completa del paciente, el médico debe estar preparado para escuchar su relato. Mientras se realiza el interrogatorio de los antecedentes patológicos del enfermo, debe prestarse especial atención a los antecedentes familiares, ya que aunque la predisposición al cáncer no suele ser hereditaria, esto es obvio en algunas familias.

En la historia clínica según Hossfel, (1992) se debe de tomar en cuenta lo siguiente:

- Los antecedentes sociales.
- El estado civil y la historia sexual.
- Los hábitos tóxicos.

- Ocupación laboral.
- Los antecedentes patológicos.

La historia clínica es la parte más importante de la consulta. Debe ser realizada por el médico y no por el estudiante que no tiene experiencia en seguir los datos importantes y descartar lo no esenciales.

A continuación Hossfel (1992) menciona los métodos más utilizados para un diagnóstico.

Aunque la ciencia a avanzado en la actualidad no existe una prueba que por si sola nos indique con certeza que una persona padezca cáncer. Sin embargo, existen pruebas que ayudan a confirmar el diagnóstico del cáncer y a cuidar el seguimiento tras un tratamiento.

a) Exploración física. La exploración física debe hacerse de forma ordenada y minuciosa. Los errores y malos diagnósticos se cometen cuando el examinador realiza exploraciones incompletas. Hay que realizar una exploración completa, ya que en ocasiones el paciente puede presentar un síntoma inespecífico, así que un buen médico sabrá reconocer con una exploración profunda, los signos y síntomas los cuales indiquen que alguien puede tener cáncer, por lo tanto necesitará de más estudios para confirmarlo.

b) Diagnóstico por imagen, como son: radiografías, tomografías, enema opaco, tránsito gastrointestinal, angiografía, tomografía axial computadorizada, resonancia magnética nuclear, ecografía, técnicas radiosotópicas, radioinmunología.

c) Endoscopia. Con la ayuda de dispositivos ópticos, las lesiones premalignas o malignas pueden ser visualizadas, fotografiadas o extraídas para examen histológico. La utilización de luz fría de alta energía permite la producción de imágenes de alta resolución que pueden ser transmitidas mediante videocámaras.

d) Citología. Consiste en el examen de las células exfoliadas en la secreciones corporales. Los patólogos de varios centros son ahora expertos en este tipo de diagnóstico citológico.

e) Biopsia. El diagnóstico de cáncer debe basarse en la evidencia histológica. La muestra de tejido puede obtenerse por cirugía o punción citológica. No debe desestimarse la importancia de obtener una muestra de tejido para estudio microscópico de cáncer, antes de iniciar el tratamiento

## 1.5.- Tratamientos.

El tratamiento mejor combinado, el más correcto, poderoso y tolerable es aquel que el médico especializado de hoy debe ofrecerle a su paciente. Aprovechando las medidas anticancerosas actuales, las técnicas, conocimientos que se derivan de la evolución de la biología y la física, estos constituyen un depósito cada vez más amplio de posibilidades para ofrecerle al paciente (khoury y Jasmin, 1981).

Las medidas y decisiones que se toman acerca de la terapéutica que se dará influye mucho en que la evolución sea la más óptima para el paciente, aunque este padezca una enfermedad crónica como lo es el cáncer.

Según Hossfeld,(1992) para plantear el tratamiento de un individuo con cáncer deben darse cuatro pasos.

- 1° Establecer una base de datos. Esta aporta la información clave para definir el mejor tratamiento y evolución
- 2° Clarificar los objetivos específicos del tratamiento
- 3° Analizar los resultados obtenidos con el tratamiento y planificar el programa terapéutico apropiado para cada individuo
- 4°. Ejecutar el programa después de informar al paciente y a su familia y haber obtenido su consentimiento

Los tratamientos anticancerosos se clasifican en función de su espectro de acción. Ellos conducen a distinguir los tratamientos locales o locorregionales y los tratamientos generales.

a) Los tratamientos locales o locorregionales como:

- La cirugía
- La radioterapia

Estos métodos terapéuticos no pueden erradicar la enfermedad cancerosa más que cuando se encuentra en realidad localizada. Son necesariamente incompletos cuando existen metástasis, tanto si se manifiestan como si se encuentran ocultas

b) Los tratamientos generales como:

- La quimioterapia, que utiliza determinados productos químicos
- La hormonoterapia o tratamiento por las hormonas
- La inmunoterapia, que se propone aumentar las defensas inmunitarias del organismo contra el cáncer

Estas terapéuticas están dirigidas, por lo menos teóricamente, al conjunto del organismo, y por tanto, en principio al conjunto del cáncer, se encuentre o no generalizado.

Todas estas terapéuticas no son específicas de las células cancerosas, sino que atacan tanto a las células sanas como a las enfermas, y en ocasiones pueden amenazar la vida del enfermo. Por lo que en cada caso determinado se elegirá con sumo cuidado el tratamiento basándose en la nivelación de la toxicidad y efectividad que pudiera tener.

Actualmente el tratamiento del cáncer ya no se puede concebir en términos de solo cirugía, solo radioterapia o solo quimioterapia. La insuficiencia de cada uno de estos grandes procedimientos, sus posibilidades y sus diferentes límites de acción conducen evidentemente a combinarlos cada vez que esta estrategia permita tener un máximo efecto sobre el tumor y un mínimo de repercusiones sobre le enfermo (khoury y Jasmin, 1981).

## **1.6.- Cáncer de mama.**

Concepto.

Cuando se habla de un carcinoma o cáncer, estamos hablando de un grupo de células que si bien, antes formaban un tejido sano que se dividía y se regeneraba ordenadamente para renovar cada parte del cuerpo empiezan a cambiar y a degenerar de un momento a otro, causando daño en el lugar donde aparecen. Cuando estos tumores se desarrollan en la glándula mamaria, se les llama carcinoma mamario o cáncer de mama. El cáncer de mama o carcinoma mamario se desarrolla principalmente en las mujeres, porque la glándula mamaria sufre muchos cambios por efecto de las hormonas. Hay casos aislados en los que algunos hombres han llegado a padecerlo, pero son raros y casi siempre están relacionados con la obesidad (Carswell, 2002).

### **1.6.1.- Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo para el cáncer de mama requieren de una historia clínica familiar de esta enfermedad maligna

- La enfermedad en una hermana o madre
- Una historia de cáncer extirpado en la otra mama
- Un primer embarazo tardío (más de 25 años) o nuliparidad. Menarquía precoz o menopausia tardía
- Tumores benignos de mama

Generalmente estos factores de riesgos están asociados a un incremento moderado del riesgo mismo (de una y media a tres veces en algunos casos), aunque el cáncer anticipado puede significar un riesgo mayor. Se ha investigado los virus del tumor mamario como posibles agentes etiológicos, pero la información no es completa (Sarna, 1986).

### **1.6.2.- Diagnóstico.**

Es necesario que las mujeres sepan realizarse la autoexploración cada mes y en caso de presentarse alguna anomalía acudir con el médico.

Además la mujeres que ya iniciaron su vida sexual, o que rebasen los 25 años de edad deben asistir al médico por lo menos una vez al año, y a partir de los cuarenta años esta revisión debe incluir una mastografía.

Según Carswell, (2002) los síntomas y signos de la presencia de cáncer de mama son:

- a) Un abultamiento o bolita, que puede sentirse con los dedos, pero que casi no puede verse en las etapas iniciales y que generalmente se presenta sola, es dura y no duele
- b) Un pezón invertido o jalado hacia adentro del cuerpo. Algunas mujeres tienen los pezones invertidos antes de amamantar a sus hijos, pero si después de haberlos tenido hacia fuera, éstos se invierten, es síntoma de alarma
- c) Piel inflamada. Cuando un fragmento de la piel cambia de color y de consistencia, se enrojece e inflama y adquiere la textura de “piel de naranja”
- d) Cuando las venas de una mama se vuelven más prominentes que la otra
- e) Cuando en la piel se presenta un hundimiento en alguna parte en donde antes no estaba
- f) Cuando hay ganglios inflamados en la axila
- g) Cuando una mujer, no está embarazada ni amamantando, tiene secreción en una mama
- h) Una irritación persistente con goteo y comezón
- i) Una lesión que no sana en el área de la areola y/o el pezón(enfermedad de Page)

### **1.6.3.- Métodos de diagnóstico.**

Examen físico.

Este método tiene una precisión del 80% para diagnosticar carcinoma. Las características físicas de los tumores de mama que parecen presentar malignidad son de masa dura, retracción de la piel o del pezón, cambios eccematoides en el pezón adenopatía axilar asociada, de cualquier forma para apoyar la prescripción se combinan distintos métodos de diagnóstico para que este sea lo más certero y claro posible.

Sarna (1986), Menciona los métodos más comunes para la detección del cáncer de mama:

- a) Mamografía.

El examen con rayos X de una masa en la mama tiene una precisión de aproximadamente el 80% para diagnosticar cáncer, con margen de error de resultados falsos negativos del 20%.

La mamografía parece ser la técnica más útil para detectar tumores pequeños (de menos de 2 cm) y tumores en mamas muy grandes. Las características mamográficas del cáncer de mama incluyen calcificaciones microscópicas y densidades nodulares específicas.

b) Termografía.

La termografía, que mide el calor radiante (y por tanto, el flujo sanguíneo) por medio de aparatos sensores de rayos infrarrojos, tiene márgenes de error de resultados tanto falsos positivos como falsos negativos de aproximadamente de 50%-60%.

La mayoría de los observadores no consideran que la termografía constituya un método de selección apropiado para el cáncer de mama.

c) Examen histológico.

El examen histológico del cáncer de mama es la única manera definitiva de confirmara o descartar la presencia de un carcinoma de mama. Hay numerosas técnicas:

- Biopsia por escisión o incisión, biopsia con aguja, escisión de una anomalía mamográfica, aspiración por aguja

Casciato y Lowit, (1990) dicen que la muestra por biopsia se realiza a cualquier mujer de cualquier edad con una masa que representa alguna característica dominante en una masa no evaluada con anterioridad debe ser biopsiada. Se puede realizar por medio de aspiración con aguja fina, biopsia escional o aspiración del quiste.

#### **1.6.4.- Tratamientos.**

El tratamiento del cáncer es multidisciplinario interviene, según el estadio, la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, etcétera (González, 1992).

a) Cirugía.

Para saber que tipo de cirugía se practicará se debe tomar en cuenta el estado físico de la paciente y el proceso de malignidad de la enfermedad. La posibilidad de operar o no también están sujetas a otros factores como la edad de la paciente o las gestaciones. También cuando se practica la cirugía por una simple acción paliativa.

Tijerina,(1986).Opina que la cirugía sigue siendo fundamental, pero hay que recordar que no es único tratamiento, que se puede apoyar con otros y en ocasiones es sustituido por ellos. La cirugía en el cáncer de mama debe de ser regional, por estar condicionada su difusión de malignidad en las primeras

colonias secundarias al foco inicial, a las texturas anatómicas y disposiciones histológicas de la región pectoral.

La operación fundamental de la mastectomía tiene distintos grados y formas de hacerla en su extensión y detalles. Quitar la mama enferma que tiene el tumor maligno comporta desde la mastectomía simple a las mastectomías superampliadas que actúan limpiando las fosas axilar y supraclavicular y el mediastino anterior.

En la medida que sea posible y si esto no pone en peligro la vida del paciente la medicina debe de ser conservadora, no mutilante.

#### b) Radiaciones.

Los efectos de las radiaciones sobre las células malignas, producen una actividad de ionización cuando chocan contra los tejidos vivos. Los iones liberados llegan a destruir el citoplasma; con dosis menores actúan alterando la actividad cromática del núcleo, y consecutivamente la multiplicación de las células madre atípicas; repitiendo periódicamente estas dosis anticromosómicas, se puede alcanzar la anulación del tumor al paralizar su crecimiento (Tijerina,1986).

La radioterapia puede utilizarse con fines erradicativos (radioterapia radical) o de forma complementaria a la cirugía (radioterapia postoperatoria) (González, 1992).

Es importante tener en cuenta que no es necesario en todos los tumores seguir el sistema utilizado desde hace tiempo cuando nos encontramos con un cáncer de mama, es decir- cáncer de mama-cirugía- radioterapia antes y después. Se tiene que tener establecida una noción real de la utilidad de este tratamiento, según la situación evolutiva de la enfermedad y de cada paciente.

Tijerina,(1986) habla del empleo de radiaciones regionales y poco profundas, como es el caso de tumores mamarios y zonas satélites, esto no llega nunca a determinar efectos generales peligrosos, no hay producción de un síndrome agudo consecutivo a dichas radiaciones; apenas ligeras intolerantes a la ionización de los tejidos. En cuanto a la reducción de las defensas inmunitarias se admiten, en principio, estos efectos locales y regionales; aunque esto también sucede en otras agresiones, como la quirúrgica y la quimioterapia.

#### c) Hormonoterapia.

El Cáncer de mama es uno de los pocos tumores humanos que responden al tratamiento hormonal. Cerca del 40% de los cánceres de mama pueden responder a este procedimiento. El mecanismo fisiopatológico de la utilidad de este método se explica por el hecho de que el crecimiento del cáncer de mama es dependiente directamente de algunas hormonas, sobre todo de los estrógenos(González, 1992).

Antes de una posible terapia, hay que determinar los receptores hormonales en las células glandulares de la mama sana, y en la que tienen procesos con potencia de malignidad, los francamente premalignos y en el cáncer ya en evolución. Las determinaciones se refieren a los receptores estrogénicos del plasma y en los núcleos, los receptores progesterónicos y los receptores androgénicos.

Las hormonas representan una ayuda en determinadas ocasiones. No se deben administrar hormonas que disminuyan la competencia de inmunidad, como son los corticoesteroides; por esta razón no hay que darlas prolongadamente. Las normas clásicas según la edad de la paciente son administrar andrógenos y géstagenos en cancerosas jóvenes premenopáusicas; estas directrices se han cambiado; no se atiende ahora a la edad, sino a la indicación de la difusión y las metástasis.

La regla fundamental es usar siempre la quimioterapia; las hormonas hay que administrarlas en períodos cortos. Se tiene que vigilar las acciones secundarias y atrogénicas, especialmente las hipercalcemias graves desencadenadas por las hormonas gonadales, que obligan a tratamientos de urgencia (Tijerina,1986).

#### d) Quimioterapia.

Según González, (1992) independientemente de la cantidad total que exista de células cancerígenas, la quimioterapia solo puede destruir una parte de ellas. Por ello es importante que después del tratamiento quirúrgico se comience lo más pronto posible con esta terapia, esperando que después de la cirugía hayan quedado el menor número posible de células tumorales residuales.

Tijerina (1986), nos dice que la habilidad de emplear la quimioterapia es de suma importancia ya que de eso dependerá parte de la eficacia de este tratamiento. Los fármacos citotóxicos y paralizantes realizan un efecto destructivo sobre las células malignas pero también sobre las células sanas, por lo que es primordial cuidar que las dosis no afecten irreversible o gravemente a estructuras y sistemas celulares que son de importancia vital.

Es fundamental salvaguardar a las células madres sanas que son la reserva de los tejidos vitales fácilmente atacables, médula ósea y sistema reticuloematopoyético. Las pausas que se dejan entre una aplicación y otra del medicamento sirven para que las células sanas no cancerígenas se regeneren.

Las dosis pequeñas repetidas producen efectos colaterales peligrosos; en cambio dosis mayores espaciadas que suman la misma cantidad de medicamentos, se toleran muy bien. La razón es no hacer coincidir el ritmo de multiplicación de células sanas(medula ósea, endotelio intestinal, etc.) con

dosis repetidas tóxicas; el ritmo de crecimiento de las células neoplásicas mamarias es más lento.

La dosificación es importante por tratarse de medicamentos que tiene un margen pequeño de actuar sin lesionar gravemente a la persona. Esta dosificación es variable, según la clase de fármaco; por lo que se debe considerar el caso de cada mujer; se acostumbra calcular la dosis de cada ciclo según la superficie corporal, que es el resultado de dos factores: peso y talla.

Las aplicaciones de la quimioterapia en el cáncer de mama hay que plantearlas en el conjunto de tratamiento; mientras que la cirugía y las radiaciones ionizadas son aún insustituibles cuando el problema tumoral es local y regional, en cambio son inefectivas en estados tumorales a distancia. Es necesario en toda enferma que se esta tratando con quimioterapia revisar antes de comenzar el tratamiento o un nuevo ciclo las observaciones clínicas necesarias. Verificar el sistema hematopoyético, el efecto sobre la piel y sus faneras, la calvicie y la fotosensibilización cutánea; efectos sobre el tubo digestivo, que resultan los más molestos y llamativos, pero que son fácilmente recuperables; en la vejiga urinaria puede provocarse cistitis, los efectos neurológicos hay que vigilarlos; efectos al miocardio; en las enfermas no menopáusicas suelen producirse amenorreas que desaparecen al término del tratamiento; las mujeres fértiles no deben concebir, por peligro de provocar una mutación teratogéneicas.

Según González (1992), la localización temprana de una lesión de mama, es decir la detección de cáncer en sus primeros estadios, se transforma en pronósticos donde las tasa de curación aumenta considerablemente, ya que el tratamiento puede ser más efectivo. Si se quiere controlar mejor la enfermedad estas medidas preventivas deberían tomarlas todas las mujeres pero sobre todo aquellas que pertenecen a un grupo de alto riesgo.

Campañas que apoyen a crear conciencia en la población mexicana y mundial acerca de la importancia que es acudir al médico de manera preventiva ayudarán a salvar la vida de muchas mujeres.

Como observamos los tratamientos mencionados son sumamente agresivos y tienen repercusiones físicas como: calvicie, mutilaciones, inmovilidad temporal del brazo, sensibilidad dental, malestares estomacales, debilidad, dolor, otras posibles intervenciones quirúrgicas o infecciones de las mismas, etc. Repercusiones psicológicas como: tristeza, depresión, enojo, baja autoestima, inseguridad, ansiedad, trastornos de la imagen corporal o en su sexualidad etc. Consecuencias que requieren de distintas terapias de recuperación, en donde el trabajo y apoyo de diferentes profesionales ayudarán a que el restablecimiento de la salud de la paciente sea más rápido pero sobre todo más completo.

## CAPÍTULO 2.

### PSICOLOGÍA Y CÁNCER.

Como observamos en el primer capítulo las mujeres que padecen cáncer de mama tienen que pasar por un largo doloroso y penoso proceso. Los procedimientos para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento son sumamente agresivos, lo que provoca que su salud física, su vida sexual, amorosa, laboral, social, familiar, etcétera cambie rápidamente, todo esto trae consecuencias psicológicas que si no son tratadas pudieran agravar su estado. En esta sección se hablará de las consecuencias psicológicas que puede crear esta enfermedad, así como de los beneficios e importancia del trabajo psicológico, y su relación con el cáncer.

#### 2.1.- Consecuencias psicológicas.

R. Leriche (citado en Jeammet,1995) afirma que “la enfermedad es aquello que molesta a los hombres en el ejercicio normal de su vida y en sus ocupaciones, pero sobre todo es aquello que les hace sufrir”.

Küblert Ross (citado en Plozza,1997) describe las cinco fases ideales del proceso por el cual deberá atravesar el enfermo:

- No aceptación y aislamiento(el paciente aparentemente a no acepta su enfermedad).
- Ira y rebeldía.
- Fase de negociación(peticiones sobre todo a los médicos).
- Depresión.
- Aceptación.

Jeammet,(1995) enuncia las reacciones psíquicas del enfermo:

a) *La regresión.* Que nace cuando una persona sufre o se siente agredida. En la cual se da la reducción de intereses, el egocentrismo(el enfermo no percibe al mundo más que en relación con él mismo), dependencia de lo que le rodea (a los cuidados corporales, bebidas satisfacciones orales), modo de pensar mágico(omnipotencia del médico, medicamentos o enfermedad). La regresión refiere abandonar sus preocupaciones y las exigencias habituales y concentrar sus fuerzas en sí mismo. Estas serán útiles para luchar contra la enfermedad y proteger al enfermo que se ha vuelto vulnerable. Sin embargo también puede tener efectos negativos, puede sobrepasar su meta y encerrar al enfermo en una conducta que le obstaculiza avanzar.

b) *La depresión.* Esta es prácticamente inevitable. Sobre todo en su componente narcisista. El enfermo pierde inmediatamente su ilusión de omnipotencia o al menos de vulnerabilidad. Se dá una vivencia psíquica de

desvalorización, de suceso incompleto, un sentimiento de fatalidad con abandono de todo proyecto, de todo deseo y una ausencia de rebelión con mala resignación.

c) *La adaptación.* Entendemos por adaptación no a una aceptación pasiva y una sumisión a la enfermedad, sino una actitud obediente y equilibrada del enfermo que le permite cambiar su modo de comportamiento habitual sin por ello desorganizarse. Supone que la reacción depresiva provocada por la enfermedad habrá podido ser elaborada y dominada por el paciente y que ha encontrado un nivel de regresión aceptable por todos: suficiente para aceptar la dependencia necesaria, pero bastante controlada para no abandonarse.

d) *La negativa de la enfermedad.* Algunos enfermos no aceptan la enfermedad; raramente de manera abierta, pero la mayor parte de las veces por una negativa inconsciente, en ocasiones camuflada bajo una pseudo-racionalización. La negativa puede traer graves consecuencias debido al rechazo de cuidados que comporta y el desconocimiento total del peligro. Demuestra a menudo una gran fragilidad psíquica, protegiéndose el paciente de un riesgo de depresión por el recurso a este mecanismo de defensa arcaico.

e) *El aislamiento.* Se traduce por la ausencia de afectos, de emociones, que acompaña la toma de conciencia de la enfermedad. El enfermo habla con mucho gusto de su enfermedad en términos científicos se documenta, pero detrae de esa pantalla, los efectos simplemente reprimidos, son confiados a ellos mismos y pueden tener efectos nefastos, sobre todo cuando no pueden estar unidos a unas palabras y volverlos así comunicables y más dominables.

Según Estapé (1991), el cáncer es tan antiguo como la historia de la humanidad y siempre se ha ligado a una unidad patológica incurable, con toda la problemática de una enfermedad crónica, mutilante, deformante y con profundas alteraciones funcionales de la persona (sexuales, laborales, sociales y económicas); Condiciones que alteran su vida emocional.

Por su parte Plozza (y otros, 1997) dice que sufrir de cáncer significa para el paciente, sus familiares y muchas veces para el médico que le trata, desarrollar ideas mágicas sobre la enfermedad. El cáncer se vive entonces como algo misterioso, como un castigo, una fatalidad que conduce irremediabilmente hacia la muerte después de producir sufrimiento y dolor.

Las cargas los peligros emocionales y vitales, a los que se ve expuesto el paciente con tumor; están determinados por la cantidad y variedad de tumores, la incerteza de su desarrollo, la propia personalidad, así como por los prejuicios y los comportamientos erróneos en el entorno del paciente.

El diagnóstico de cáncer constituye para todos los pacientes un trauma, una humillación; la retirada de las relaciones sociales, la regresión y la pasividad

pueden ser las posibles consecuencias, las cuales intensifican más la sensación de que su integridad está amenazada.

### **2.1.1.- Consecuencias que son relacionadas directamente con los tratamientos.**

Rinaldi (2001), nos dice que la cirugía comprende tres momentos:

a) *Periodo prequirúrgico.* En el cual la paciente se encuentra con temores relacionados con la cuestión de la anestesia (las fantasías de la muerte, la pérdida de control y/o, como también quedar expuesta y a merced de la inmovilidad del acto). Son comunes también las ideas sobre las pérdidas o alteraciones corporales por posibles errores del cirujano.

b) *Acto quirúrgico:* de por sí es un hecho traumático inevitable y paradójico, ya que para mejorar la salud somete al sujeto a una situación cruenta.

c) *Periodo posquirúrgico:* el dolor y la hostilidad como respuestas reactiva y reafirmativa ante el momento agresivo impuesto, son dificultades muy comunes. Situaciones depresivas frente al impacto emocional por haber sido lesionado el cuerpo, se combinan con sensaciones de armonía y placer por lo que se ha separado (la malignidad que les ha sido extirpada).

Respecto a la cirugía Haber (2000), opina que las intervenciones quirúrgicas suponen para la paciente el tomar decisiones, tales como la opción entre un tipo de operación y otra, la fecha de intervención dentro del periodo fértil, etc. Desgraciadamente, escoger implica tener el control de algo; ello provoca que algunas mujeres se culpen, todavía más, cuando los resultados no son satisfactorios.

En torno al uso de la radioterapia pueden existir circunstancias inquietantes, como el nivel de ruido que produce el aparato, durante el procedimiento la depresión y el aislamiento social pueden aumentar debido a que, por las radiaciones, la paciente transcurre su sesión en la sala de radioterapia sola. Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir fatiga y alteraciones de la piel. Los inconvenientes y los gastos que ocasiona el desplazarse diariamente para el tratamiento, provocan, a menudo, preocupaciones adicionales sobre medios de transporte, horarios laborales y cuidado de los hijos.

En la quimioterapia las enfermas desarrollan sentimientos de pena, vergüenza, dependencia, pánico y falta de atractivo. Muchas mujeres saben que la quimioterapia puede provocar la caída del cabello. Sin embargo, a pesar de saberlo, la experiencia real de la pérdida del cabello puede ser tremenda. Algunas mujeres tienen la impresión de que podrán controlar los efectos secundarios a través de su mente o de una actitud positiva. Se sienten culpables o incompetentes cuando no lo logran.

Las intervenciones, a menudo indispensables, lacerantes, mutilantes de la cirugía, refuerzan la sensación de no sentirse cómodos en su propio cuerpo, de no sentirse más deseables(Onnis,1996).

Según Tijerina(1986), la intervención quirúrgica produce dos grandes grupos de reacciones:1) Un síndrome de psicosis operatoria inmediato a la operación. 2) Un síndrome agudo o subagudo psico-orgánico, que se produce y se consolida después de la intervención más o menos tardía.

El primer grupo de reacciones se refiere al miedo creado de las fantasías de la paciente es decir el temor a morir durante la cirugía, a no despertar de la anestesia, o un error del médico. En los primeros días después de superada la cirugía la paciente se muestra alegre porque se le extirpa algo maligno y sobrevivió. Desafortunadamente a los pocos días es cuando la mujer registra la realidad de su cuerpo mutilado, debido al cáncer, es entonces cuando su ánimo decae aunque orgánicamente evolucione favorablemente.

En cuanto al empleo de las radiaciones, que en realidad son de breve duración y sin especiales molestias ni dolores, provoquen en las enfermas de mama gran impresión mental y estados de psicosis. A veces las reacciones psicológicas son más intensas cuando se enfrenta con el hecho de ser radiada que cuando sufrió la mastectomía. Ya que la mastectomía representó una liberación, en cambio, las corrientes(de radiación) significan una continuación en el calificativo de malignidad.

Existen también consecuencias psicológicas al postratamiento.

*a) Sensación de pérdida.*

- La estructura y el soporte. La mujer puede sentir la pérdida de su parapeto de protección
- De la normalidad cuando descubre que es diferente, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, a como era antes de pasar por la experiencia del cáncer de mama
- La confianza de la mujer en sus sensaciones corporales puede quedar rota.
- La pérdida o modificación del aspecto de la mama pueden cambiar la imagen corporal y la identidad de la mujer. El significado simbólico de la mama varía de una mujer a otra
- La mujer soltera se verá afectadas su relaciones con nuevas parejas
- La mujer que trabaja puede tener problemas laborales como: cambios en la asignación de funciones, los compañeros se pueden relacionar de forma distinta con ella o se pueden presentar dificultades para obtener cobertura sanitaria
- La mujer casada o que vive en pareja puede experimentar pérdidas con respecto a su compañero. En sentido figurado, la relación que un día tuvo la pareja nunca más será la misma

- La sexualidad de la mujer quedará alterada por la experiencia del cáncer de mama. La mujer puede experimentar cambios sexuales como consecuencia de la mastectomía, así como la maternidad y la fertilidad

#### *b) Enfado y depresión.*

Es al terminar el tratamiento cuando la mujer se da cuenta de los permanentes cambios y las pérdidas. Ello puede ocasionar un estado de enfado o depresión. Las emociones se exacerban si en un momento inicial la mujer se sentía responsable de haber causado la enfermedad. Tras el tratamiento, se puede sentir de nuevo responsable de causarse la enfermedad, de las pérdidas y cambios que hayan afectado no ya sólo a su persona, sino también a los más allegados.

#### *c) Redefinición del yo.*

Aquí la mujer aprende que el cáncer es una enfermedad crónica, incluso cuando el tratamiento ha tenido éxito. Descubre que su fantasía de que cuando se terminara el tratamiento se sentiría igual que antes no es más que un mito. Para la mayoría de las mujeres la intensa experiencia que representa el postratamiento se centra en preocupación por la recaída (Haber,2000).

Como observamos las intervenciones así como los tratamientos representan una grave y real amenaza a la integridad física y emocional de las pacientes lo que puede provocar sentimientos negativos que obstaculizan su recuperación.

Las distintas etapas y tratamientos conducen a diferentes consecuencias psicológicas en la paciente, estas dependerán del pronóstico, la cultura, prejuicios, posición social, historia clínica familiar, etc. Así que las consecuencias no sólo son generales para todas las mujeres, también son únicas e individuales.

Por lo que estamos de acuerdo con Tijerina (1986), cuando dice que todo enfermo de cualquier clase necesita completar su curación y su rehabilitación, que implica toda clase de ayudas. Las enfermas de cáncer de mama después de los tratamientos fundamentales necesitan unos cuidados especiales. Hay que descargar la mente de la enferma del contenido trágico, sustituyéndolo por fuerza y esperanza.

### **2.1.2.- Consecuencias en la familia.**

Cabe mencionar que las consecuencias psicológicas que puede despertar esta enfermedad no solo las sufren las pacientes, también familia y las personas más allegados a ellas las pueden padecer.

Etapé (1991), menciona al respecto que la familia es una parte esencial dentro de los cuidados, pues contribuye a los cuidados del enfermo, por lo que al

mismo tiempo deberían de recibir la atención e instrucción necesaria para no influir negativamente en la evolución del paciente.

Lubon(1997), sugiere para la atención de la familia los siguientes aspectos:

- 1.- Evitar la doble información en el sentido de distintos niveles de información en la familia
- 2.- Movilizar las reservas del grupo familiar afectado
- 3.-Comenzar el trabajo para superar la pena del paciente y de los componentes de su familia
- 4.- Ofrecer ayuda a los familiares incluso después de la muerte del paciente

## **2.2.- Concepto de psicología**

Para comprender mejor la finalidad de la psicología daremos algunos conceptos de ella.

“Psicología viene dos voces griegas: psique que cuyo significado es el alma o espíritu, y logos, que equivale a estudio o tratado. Etimológicamente, pues psicología quiere decir estudio del alma” (Velázquez José M, 2001).

“La psicología trata de la conducta del hombre, de sus experiencias íntimas y de las relaciones entre ambos, también se ocupa de los organismos que ejercen influencia entre la experiencia y el comportamiento, así como sus conexiones con el ambiente” (Wolff, 1967).

“La psicología es la ciencia de los fenómenos psíquicos, o sea de las funciones cerebrales que reflejan la realidad objetiva”(Smirnov,1960).

“La psicología esta en el centro de comprender el comportamiento de todo ser viviente; acumula comportamiento observado y midiendo cuidadosamente mediante la experimentación. Este conocimiento se clasifica en categorías que permiten establecer principios que describan la conducta; entendiendo esto no como un simple conjunto de acciones no coordinadas y separadas sino como un proceso continuo” (Haller, 1974).

De Acuerdo con lo anterior podemos resumir que la Psicología es aquella ciencia que estudia la conducta de los seres vivos, incluyendo al hombre, y la relación que estos tienen con su medio; así como aquellos factores que influyen en su comportamiento (biológicos, sociales, culturales, etc.). Gracias a las investigaciones de esta ciencia se ha podido predecir, explicar y describir la relación del entorno con el sujeto.

## **2.3.- Psicología clínica.**

Las actividades del psicólogo abarcan distintas áreas importantes, para fines de este trabajo se basara el área clínica psicológica.

Carswell (2002), dice que la psicología clínica es aquella que estudia la mente y sus patologías. Estos profesionales como psicólogos y psiquiatras se desempeñan en diferentes campos de trabajo, que abarcan áreas diversas como: la educación, la capacitación, la tanatología, el apoyo emocional y la orientación especialmente durante algunas etapas difíciles de la vida como podrían ser: el embarazo, la infancia, la adolescencia, la crisis de la edad adulta, el climaterio y específicamente durante las enfermedades y su convalecencia.

La psicología clínica es según Pérez (1988), una rama de la psicología general, que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter único de una persona –cliente, paciente, consultante o como se le quiera llamar- que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social.

La psicología clínica explica los principios psicológicos en el diagnóstico y tratamiento de problemas emocionales y de conducta mediante un enfoque de rehabilitación y reeducación (Vidales Ismael, 1996).

### **2.3.1.- Actividades del psicólogo clínico**

Las actividades del psicólogo clínico contemporáneos se pueden agrupar en cinco categorías:

- 1.- Evaluación y diagnóstico, a nivel de personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes, etc
- 2.-Evaluación aplicada y fundamental en personalidad, psicología anormal y evaluación de técnicas y métodos de intervención clínicos
- 3.-Consultoría y psicoterapia a nivel de individuos, grupos y familias
- 4.- Selección, entrenamiento y supervisión de no profesionales de la psicología como personas que pueden prestar una ayuda valiosa para el desenvolvimiento de su trabajo y sin las cuales muchas veces no es posible manejar ciertos problemas.
- 5.-Crear programas de intervención a nivel comunitario (Pérez 1988).

A estas actividades de la psicología clínica le podemos sumar solo por mencionar algunas: la tanatología, la psicología hospitalaria, prevención y tratamiento de adicciones, desordenes alimenticios, la psico-oncología; También se encuentran psicólogos que son entrenados para negociar con

terroristas, dar apoyo después de un desastre natural, etcétera. Como podemos ver poco a poco y gracias a la detección, investigación, evaluación, planeación, prevención, intervención y rehabilitación, el trabajo clínico psicológico ha ido ganado terreno prestando un gran servicio a la sociedad.

## **2.4.- Psico-oncología**

Según Sanz (2004) la Psico-oncología surge de la necesidad imperiosa de dar apoyo psico-emocional a todas las personas afectadas por la enfermedad. Existen dos grandes dimensiones psicológicas en las que debe incidir la Psico-oncología. Una es atender la respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de enfermedad (psico-social). Otra detectar e intervenir en aquellos factores psicológicos, de comportamiento, y aspectos sociales que puedan influir en la morbilidad (calidad de vida) de los pacientes con cáncer.

Almanza (2001) menciona que la psico-oncología es la disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico, con el objetivo de coadyuvar con el equipo médico-oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que afectan al paciente con cáncer incluyendo a su familia. La atención de los factores psicosociales que incluyen el manejo de la familia y de los aspectos relativos al equipo médico(dimensión psicosocial), además de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la aparición del tumor y en su progresión (dimensión psicobiológica). Es una labor interdisciplinaria que incluye psiquiatría de enlace, enfermería, trabajo social, psicología, manejo de dolor y cuidados paliativo, apoyo espiritual (servicio pastoral), así como la valiosa participación de voluntarios (sobrevivientes del cáncer).

Por su parte Carswell (2002) dice la psico-oncología es la ciencia aplicada a la recuperación de los enfermos de cáncer, desde el punto de vista emocional. En estas terapias se abre un espacio para hablar y analizar los sentimientos que estaban presentes en la paciente antes de enfermar, durante los tratamientos y más adelante, durante la convalecencia para alcanzar una mejoría íntegra y duradera. La persona que puede aplicar estos tratamientos recibe el nombre de psicooncólogo, y es un psiquiatra o psicólogo especializado en las reacciones emocionales que el cáncer produce en los pacientes y las personas que los rodean.

Podemos concluir entonces que la psico-oncología es aquella disciplina que estudia al paciente con cáncer, descubriendo y actuando en los factores que pueden intervenir en la enfermedad (aspectos sociales, psicológicos y conductuales), tomando en cuenta también otras partes que integran a una persona (biológica, cultural, espiritual, emocional, etc). Este estudio y apoyo abarca también a la familia así como al equipo de salud interdisciplinario que

trabaja con ellos; esto con la finalidad de brindar la contención psicológica necesaria que le permita al paciente sobrellevar el proceso de la enfermedad y aumentar así su calidad de vida.

## **2.5. Trabajo psicológico**

Aparte de iniciar una orientación adecuada para llegar a un diagnóstico exacto y evaluación del tratamiento más oportuno, debe ya comenzar con una terapia tranquilizadora. el golpe afectivo depende fundamentalmente del enfermo, del medio donde se va desarrollando el suceso, y así mismo de las noticias que ya se tengan, directas o indirectas a través de amistades, acerca de otras enfermas que han padecido cáncer de mama(Tijerina, 1986).

Según Devita (1988), se pueden realizar diferentes intervenciones psicológicas y sociales bajo la supervisión de profesionales con experiencia. Se puede empezar con una entrevista persona a persona con el psicólogo o el asistente social. Si la ayuda psicológica y social no se proporciona de forma adecuada y en el momento adecuado, no se puede considerar, independientemente de los resultados médicos obtenidos, que el tratamiento y la rehabilitación hayan sido un éxito. El consejo profesional debe formar parte desde el inicio del tratamiento y las necesidades vocacionales del paciente deben detectarse lo más pronto posible.

Este consejo profesional o acompañamiento puede y debería darse desde el diagnóstico. Ya que como menciona Tijerina (1986), ir a la operación con una idea aproximada de lo que va a ser esta intervención, es preferible a una sorpresa y total caída en la desesperanza, si la operada creía tener solo un proceso leve. Debe decirse a la enferma, antes de ser operada, que podrá perder su mama. Descubrir la amputación después de la intervención, sorprende y conmociona mucho más a la paciente, y deja un ánimo de agresividad latente prolongada y una desconfianza, que la hace creer que siempre se la engañara.

Rinaldi (2001), Opina al respecto que “el paciente debe de enterarse de cuáles van a ser los pasos por los que deberá transitar desde que se interna la paciente hasta su alta. Si se ha de premedicar, por qué y con qué; cómo será su traslado al quirófano; qué encontrará allí”; Lo ideal sería que un equipo multidisciplinario se entrevistase con la paciente conjuntamente o por turnos, para darles los diferentes enfoques. Es importante que quienes van a relacionarse con el paciente hablen del dolor.

Nos referimos a dolor de acuerdo con lo que Saunders (citado en González,2003) dice “ en el paciente con cáncer el dolor es el producto o resultante de varios factores: carencias físicas (limitaciones, amputaciones, etc.), problemas psicológicos (depresión, ansiedad, rabia, y cólera, frustraciones, etc.), causas sociales ( problemas laborales, de familia, de

situación económica y posición social disminuida, etc.), factores espirituales (miedo al más allá, percepción de la enfermedad como castigo, sentido de culpabilidad, etc.). Esto produce sufrimiento que es como mencionan Chapman y Gravin (citados en González ,2003), “Un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacerle frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que les permiten afrontar dicha amenaza”.

El psicólogo debe de estar preparado para ayudar al paciente a sobrellevar este sufrimiento, teniendo en cuenta que el dolor físico, como el moral son uno mismo. El psicólogo por tanto no solo debe de contar con un entrenamiento psicoterapéutico, debe tener conocimientos médicos básicos acerca de el cáncer, su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y las repercusiones físicas que puede causar.

Recibir un diagnóstico tan impactante como cáncer produce sufrimiento, este se puede ver disminuido si aparte del médico, un profesional como el psicólogo, se encuentra presente. Así se estaría atendiendo tanto el sufrimiento físico como el emocional.

Respecto al diagnóstico Plozza (1997) opina que los pacientes no se interesan tanto por el diagnóstico médico como por las consecuencias que tiene para su vida, su esperanza de vida, el sufrimiento que se avecina y las consecuencias terapéuticas.

Rinaldi,( 2001) menciona que decir la verdad es prevenir, y prevenir no es evitar el dolor sino “reconocerlo” como sufrimiento, ponerlo en palabras y compartir, dándole un marco que lo configure y lo delimite. Lo desconocido siempre es más persecutorio y, por lo tanto, generador de mayor ansiedad que lo conocido, lo esclarecido y lo compartido. El hecho de anticipar el dolor, esclareciendo el curso esperanzable de su magnitud, el tiempo de duración, el tipo de tratamiento que se utilizará y la forma en que el paciente puede demandar de sí misma, lo que atenúa notablemente la intensidad del dolor. Creemos que la prevención física y psicológica que recibe un paciente disminuye notablemente el carácter de complicaciones en estos dos aspectos.

A pesar de las ventajas que puede traer consigo saber con anticipación y precisión un diagnóstico, hay que recordar que la información se va a dar durante todo el proceso de enfermedad, por lo que las noticias se deben ajustar a cada persona, respetando el derecho a lo que el paciente pregunte y quiera saber.

## 2.6.- Estrategias terapéuticas.

González (2003), menciona que para lograr el objetivo de reducir el sufrimiento, eliminar la amenaza, aumentar la percepción de control en las pacientes se tiene que:

- a) Detectar los síntomas biopsicosociales percibidos por la enferma como amenazantes, el significado que el paciente les atribuye y, en lo posible, reducirlos o suprimirlos
- b) Evaluar y potenciar los recursos de la paciente para favorecer el máximo control sobre todos los aspectos de su vida diaria
- c) Valorar conjuntamente con el paciente su actitud ante la situación, identificar algunas de las metas inalcanzables a las que está aferrado, por las que quizá siga aún luchando, definir metas alcanzables y planificar actividades que le ayuden a mantenerse activo, a normalizar su vida, a no sentirse inútil a y disfrutar del día a día
- d) Facilitar la búsqueda de significado o sentido a su vida El proponerle un cambio, al igual que recordarle lo que ha hecho en su pasado y cómo lo ha hecho, puede ayudarle a dar sentido a su presente e integrar la experiencia de su enfermedad en el contexto de su vida
- d) Informar adecuadamente a las pacientes de su diagnóstico, tiempos de espera, cambios, alternativas de tratamientos, intervenciones.

Lubon (1997), sugiere aplicar el siguiente procedimiento terapéutico en cuanto a una terapia de apoyo.

1. Elaborar una transmisión positiva en el marco de una relación estable con el paciente
2. Disponibilidad de atención constante
3. Procurar posibilidades de verbalizar las imaginaciones secundarias hipocondríacas, los sentimientos y la agresión frustrada de la enferma
4. Apoyo psicológico complementario del programa de terapia somática; a este ámbito también corresponde la eliminación de los posibles conflictos y depresiones, así como las ofensas entre el paciente y el equipo sanitario

Almanza (2001), nos dice que hay que ayudar a reducir la ansiedad del paciente y esto incluye: a) proporcionar información clara y generar confianza en el equipo de atención; b) intervención en crisis, psicoterapia (educacional, interpersonal; de apoyo, cognitivo conductual, imaginación guiada, relajación e hipnosis;) manejo farmacológico, siendo indispensable explicar y clarificar al paciente sus dudas respecto a “aspectos adictivos”.

### **2.6.1.- Terapia Breve.**

Garner, citado en Small, (1971), define la terapia breve como el tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas así como la duración total de la intervención, se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el paciente.

La terapia breve se orienta hacia los síntomas, y trata de mejorar la situación psicodinámica del individuo en la medida de lo suficiente para que este continúe funcionando y la “naturaleza pueda completar el proceso de curación”. Haber(2000), por su parte propone el apoyo y consejo a corto plazo así como la psicoterapia.

Apoyo y consejo a corto plazo. El psicólogo está ahí para ayudar a la mujer a desarrollar un plan de supervivencia. La ayuda a la paciente puede comprender el desarrollo de nuevas definiciones para el sentido y los propósitos de la vida, incluida una definición de la existencia donde quepa la enfermedad, pero que no esté basada en ella. Es necesario incorporar a esa definición un plan de vigilancia indefinida, desvinculada de la posible obsesión.

El psicólogo puede sugerir lecturas estas son especialmente valiosas si la mujer es reacia a participar en grupo de apoyo.

psicoterapia. Es más fácil para el psicólogo trabajar los aspectos psicodinámicos y los cambios de comportamiento cuando la enferma de cáncer se encuentra en la fase de postratamiento que cuando está en una crisis. Si no hay una recaída o una metástasis de la enfermedad, el psicólogo puede desarrollar su labor habitual con la mujer individualmente o con la pareja que ha sufrido la experiencia.

El psicoterapeuta psicodinámico puede centrarse en recordar problemas pasados, que con anterioridad podían encontrarse latentes en la enferma de cáncer de mama.

### **2.6.2.- Cognitivo conductual**

Terapia cognitiva: Esta terapia pretende favorecer un cambio enfocado hacia lo positivo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación(Prieto,2004).

González(2003), nos da como opción las siguientes técnicas cognitivas, conductuales psicológicas para apoyar al paciente con cáncer.

1. Reestructuración cognitiva. Consiste en reevaluar las creencias erróneas y pensamientos distorsionados sobre el control y el significado que el paciente atribuye al dolor
2. Control atencional. Se hace reflexionar a la paciente acerca de que la focalización excesiva en una sensación dolorosa la amplifica y la

desfocalización de está la disminuye. El aprender a focalizar su atención, cuando aparezca el dolor, a algún otro pensamiento la ayudará a controlar sus reacciones

3. Hipnosis. Se la define como un estado mental que se caracteriza por la disminución de la atención y concentración de la paciente, de relajación y aumento de la susceptibilidad. Con la hipnosis se puede modificar la percepción subjetiva del dolor
4. Relajación. Se ha comprobado que en pacientes oncológicos la relajación aumenta el umbral del dolor; facilita el desacoplamiento de la dimensión sensitiva de la experiencia dolorosa; potencia el sentimiento de autocontrol del paciente y con todo ello la reducción del sufrimiento. La relajación es más efectiva si se emplea preventivamente o cuando el dolor no es intenso.
5. Visualización e imaginación. Se utiliza para aumentar la relajación, transformar la percepción del dolor y propiciar el afrontamiento. Se parte de la premisa de que el recuerdo de una situación agradable provoca la emoción asociada
6. Desensibilización sistemática. Consiste en que el paciente haga frente a situaciones que ha tenido y de ese modo desarrolle o vuelva adquirir respuestas adaptadas y desaprenda respuestas inadecuadas
7. Musicoterapia. Consiste en focalizar la atención en estímulos auditivos agradables, lo que disminuye la percepción dolorosa y aumenta el autocontrol. Tiene efectos físicos y psicológicos ya que disminuye la tensión muscular, la ansiedad, el temor y la soledad; promueve la relajación; aumenta la tolerancia al dolor; mejora el estado de ánimo, refuerza la identidad y la autoestima, facilita el recuerdo de momentos significativos y la expresión de los sentimientos y emociones
8. Biblioterapia. Es un recurso terapéutico que consiste en la lectura dirigida del material escrito, evaluado previamente por los profesionales. Aquí se puede encontrar modelos de lucha y afrontamiento, buscar esperanza y consuelo, dar sentido a la vida, disminuir ansiedad, aumentar su estado de ánimo y quizás con ello aliviar el dolor

### **2.6.3.- Terapia Racional Emotiva.**

Por otro lado Prieto (2004), nos presenta la opción de trabajar la terapia cognitiva y la racional emotiva en apoyo a los pacientes oncológicos.

Según la terapia Racional Emotiva: las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan. Las alteraciones emocionales tienen su origen en el pensamiento irracional o erróneo que impide, obstaculiza o dificulta la consecución de metas. La meta de esta terapia es el reemplazamiento irracional, por uno más asertivo.

La terapia racional emotiva emplea para conseguir su finalidad las siguientes técnicas:

1. Técnicas puramente cognitivas:

- a) Entrenamiento en detección de creencias irracionales
  - b) Técnicas de persuasión verbal
  - c) Entrenamiento en autoinstrucciones
  - d) Distracción cognitiva
2. Técnicas conductuales
- a) Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: entrenar al paciente en el desarrollo y adquisición de habilidades nuevas o conductas alternativas orientadas a la superación de problemas
  - b) Programación de actividades: promover el aumento de la motivación del paciente
  - c) Entrenamiento en la resolución de problemas: resolver las dificultades que se presenten en los pacientes a lo largo del enfrentamiento con la enfermedad
  - d) Intervención del rol racional
  - e) Exposición de situaciones temidas
3. Técnicas emotivas:
- a) Imaginación racional emotiva: emplea la visualización como medio de enfrentarse a las situaciones más temidas por el paciente y lograr su inversión
  - b) Técnicas humorísticas: Reducir las exageraciones del paciente con respecto a su enfermedad a través del empleo del sentido humor
  - c) Biblioterapia. Ofrecer la lectura como forma de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias

#### **2.6.4.- Terapia de grupo.**

Irvin Yalom (citado en Kaplan,1998), define cohesión de grupo como un concepto que abarca la relación del paciente con el terapeuta, con los demás miembros del grupo y con el grupo como conjunto. La cohesión implica una identificación no sólo con otros y con el líder, sino también con los objetivos y valores del grupo; es la manifestación de la idea de psicología individual de identificación de grupo, la noción de psicología social de cultura común y el concepto sociológico de mantenimiento de pautas y orientación motivacional y de valores.

Para Weiner (1992), los procedimientos de esta terapia se apoyan menos en la historia personal de los pacientes y en sus datos genéticos, es más breve y no se utiliza con el fin de “reconstruir la personalidad”. Entre las terapias de grupo más utilizadas se encuentran:

- Psicoterapia de grupo centrada en el individuo
- Psicoterapia analítica de grupo, de Slavson
- Psicoanálisis en grupo, de Wolf
- Análisis transaccional
- Terapia conductual de grupos

- Psicoterapia centrada en el grupo
- Terapia gestalt de grupo
- Psicodrama
- Terapia breve

a)Terapia grupal cognitivo –conductual. Estos grupos ofrecen a los pacientes muchas oportunidades para aprender y practicar conductas y cogniciones, a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución. En los grupos cognitivos-conductuales los pacientes aportan a los otros pacientes feedback y consejos. Como resultado, los pacientes desarrollan importantes habilidades de liderazgo. Ayudando a otros pacientes, generalmente, aprenden a ayudarse a sí mismos de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular.

Se puede identificar un mínimo de actividades que pertenecen a la esfera del terapeuta en la terapia grupal cognitivo-conductual. Como: organizar el grupo, construir la cohesividad del grupo, determinar que conductas constituyen problema, evaluar el progreso de tratamiento, planificar y llevar a la práctica las técnicas específicas para el cambio, modificar los atributos grupales para mejorar el proceso terapéutico, y establecer los cambios y el mantenimiento del programa para producir modificaciones conductuales y cognitivas en el grupo(Kaplan, 1998).

b) Terapia breve de grupo. La terapia breve de grupo sugiere que sus objetivos coincidan con los de otras formas de terapia. Típicamente tales objetivos son: (1) aliviar el diestrés(reducir las molestias sintomáticas);(2) restablecer el equilibrio psíquico del paciente;(3) favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente y (4) incrementar la comprensión del paciente acerca de los trastornos actuales y la habilidad para manejarse en el futuro.

La mayoría de los terapeutas que utilizan abordaje a corto plazo subrayan que los objetivos deben de ser limitados, específicos, explicados y estar de acuerdo con ellos tanto el terapeuta como los participantes de grupo. El terapeuta clarificar el enfoque y los objetivos de grupo para adoptar las decisiones oportunas respecto a los criterios de selección, la estructura del grupo y el cribaje y preparación de los pacientes. En general los resultados registrados en la literatura tienden a apoyar el empleo de los grupos breves, que parecen ofrecer efectos idóneos con mayor eficacia que los grupos a largo plazo, a la vez que son menos costosos(Kaplan,1998).

Haber (2000), menciona al respecto para algunas pacientes, especialmente para aquellas que no padecen una recaída, el proceso de curación del cáncer de mama les brinda la oportunidad de vencer sus defensas y profundizar en el trabajo psicológico. El énfasis aquí se hace recaer no tanto en la enfermedad como en la mejoría general de su funcionamiento a nivel psicológico.

El principal objetivo de trabajar con enfermas de cáncer de mama, es facilitar la comunicación fluida con la paciente y el desarrollo de técnicas con las que pueden sobrellevar la enfermedad. El terapeuta puede ayudar a que las

pacientes se mantengan firmes y que éstas contribuyan a que el grupo se comporte con entereza. Es importante identificar y respetar las defensas de las pacientes, pero también lo es darse cuenta de cuál es la realidad externa. El desempeño de esta función se acompaña, en ocasiones, con la divulgación de información médica en sesiones abiertas. El líder modera el debate, cuida de que exista el debido respeto, procura que el grupo se mantenga dentro de sus objetivos y anima a todas las asistentes a participar.

En cuanto al tratamiento en grupo de los estados de ansiedad, preocupación y depresión, tiene en general ventajas positivas. Nadie se ve a sí propio en la realidad, como puede ver a los demás en parecidas condiciones. Las amistades que se hacen en dichos centros de recuperación entre las enfermas, suelen mantenerse después (Tijerina,1986).

Una intervención grupal a corto plazo tal vez ayude a estas mujeres a reducir sus niveles de ansiedad, confusión, depresión y fatiga. De manera concomitante, ayudar a las personas con cáncer a que expresen sus sentimientos y aprendan nuevos métodos de afrontamiento. El grupo contribuye a que dichos pacientes utilicen estrategias activas de enfrentamiento, conductuales y cognoscitivas, y reduce su dependencia en la evitación desadaptativa. Es frecuente que la terapia de grupo sea abierta y a largo plazo. En ocasiones también translaboran el enojo provocado por el equipo médico, basadas en la actitud impersonal y autoritaria con las han sido tratadas. Al enfrentarse con el deceso de otros miembros del grupo, las participantes están en mejor posición para hablar de su propia muerte y analizarla en lugar de evitarla (Alonso,1993).

El terapeuta que desee crear un grupo donde se favorezca la catarsis, debe trabajar cuidadosamente para animar a las pacientes a que expresen sus sentimientos de dolor. La terapia de grupo es especialmente efectiva e importante como intervención psicosocial en los pacientes con cáncer. La terapia de grupo ayuda a reducir la angustia de los pacientes, aumenta la capacidad de afrontamiento activo y la sensación de bienestar; ayuda a las pacientes a resolver problemas interpersonales, y sirve de catalizador para una mejora de la calidad de vida haciéndola, más rica y con experiencias más profundas. El trabajo del psicólogo clínico es una herramienta auxiliar importante para que las pacientes y sus familias se apoyen y logren el objetivo de tener la calidad de vida que desean a pesar y con las limitantes que pueden tener. El participar en un grupo donde su aportación se considere necesaria y con un valor único ayuda al paciente a conseguir la tan necesaria renovación de la autoestima (Kaplan,1998).

El psicólogo ha de ser consciente de los efectos debilitantes de la opresión que conlleva la pérdida de la autoestima. Son beneficiosas las intervenciones psicológicas que admiten la existencia y los efectos negativos de opresión y que están encaminados a aumentar la autoestima (Haber,2000).

Por lo anterior estas terapias grupales se sugieren para trabajar con pacientes que padecen cáncer, ya que son una buena opción para el terapeuta que busca una alternativa que puede sumar a la terapia individual de las pacientes con cáncer de mama. Y de igual trascendencia es ayudar a las pacientes a que se conozcan así mismas, se quieran y respeten, es decir que tengan una autoestima alta, que les auxiliara en su proceso de enfermedad. En el tercer capítulo se hablara de importancia de la autoestima y los beneficios que nos puede ofrecer.

## **CAPITULO III AUTOESTIMA.**

Como se mostró en el anterior capítulo nuestra salud corporal influye en nuestro estado de ánimo, pero las emociones también influyen en nuestra condición física. Algo que forma parte fundamental del estado emocional es el autoestima o sea la opinión que tengo de mi mismo. En este capítulo se revisara más ampliamente a que nos referimos con autoestima, su formación, autoestima baja y alta, así como la influencia que puede tener no solo en la forma de ver la vida, sino también en nuestra salud.

### **3.1.- Concepto.**

La autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en:

1. Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.
2. Confianza en nuestro derecho de ser felices, el sentido de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos (Branden,1992).

Satir (1995), nos dice que la autoestima es una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta. Es la capacidad de valorar el yo, y tratarnos con dignidad, amor y realidad.

Yagosesky (1998), la describe como el resultado del proceso de valoración profunda, íntima y personal que cada quien hace sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos.

Autoestima puede entenderse también como:

El juicio que hago de mí mismo

La sensación de que encajo y de que tengo mucho por dar y recibir

La convicción de que con lo que soy me basta para funcionar, y que no necesito incorporar nada nuevo a mi vida sino conocer los aspectos de mí que no he concientizado, para luego integrarlos

La reputación que tengo de mí mismo

Una manera de vivir orientada hacia el bienestar, el equilibrio, la salud y el respeto por mis particularidades y por la de los demás

Maslow (citado en Kimble,1992) nos dice que existen necesidades representadas por el deseo de una evaluación positiva de uno mismo. Expresiones tales como la autoestimación, autorespeto, orgullo, confianza en sí mismo y dignidad personal, representan e identifican este conjunto de motivos. Estas necesidades se asocian con la conducta de logro, el desarrollo de las

habilidades de competencia, la aceptación de la aprobación de los demás así como la presencia de una evaluación estable realista y positiva de uno mismo.

La autoestima constituye uno de los principales factores del desarrollo humano. Puede definirse como la conciencia del valor personal que uno se reconoce. Se manifiesta por un conjunto de actividades y de creencias que nos permiten enfrentarnos al mundo y a las dificultades de la vida (Beauregard,2005).

La autoestima es la base y centro del desarrollo humano; la autoestima que es conocimiento, concientización y práctica de todo el potencial de cada individuo(Rodríguez,1998).

La autoestima tiene dos aspectos interrelacionados:

- 1.Un sentido de eficacia personal (autoeficacia)
- 2.Un sentido de mérito personal (autodignidad)

Autoeficacia significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad de pensar, en los procesos por los cuales juzgo, elijo, decido; confianza en mi capacidad de comprender los hechos de la realidad que entran en la esfera de mis intereses y necesidades; confianza cognoscitiva en mí mismo.

Autodignidad quiere decir seguridad de mi valor; una actitud afirmativa hacia mi derecho de vivir y de ser feliz; comodidad al expresar apropiadamente mis pensamientos, deseos y necesidades; sentir que la alegría es mi derecho natural(Branden,1992).

Podemos concluir entonces que la autoestima es la aceptación, valoración, el concepto, respeto, amor, que cada persona tiene de sí misma y la seguridad de merecer vivir la vida plenamente.

### **3.1.1 Formación de la autoestima.**

Los padres son el primer contacto que tienen los niños en el mundo. Ahí aprenden a relacionarse y socializar, por lo que se puede decir, que el ambiente familiar, puede favorecer en buena parte o no la autoestima de los individuos(Satir,1995).

Los padres y las figuras de autoridad serán piezas claves para el desarrollo de la autoestima del niño quien, dependiendo de los mensajes recibidos, reflejará como espejo lo que piensan de él y se asumirá como un ser apto, sano, atractivo, inteligente, valioso, capaz, digno respetado, amado, apoyado o, por el contrario, como alguien enfermo, feo, ignorante, desvalorizado, incapaz, indigno, odiado y abandonado. Como éstas sensaciones que luego serán reforzadas en forma de palabras, etiquetas o calificativos, inundarán la mente del niño que busca su camino, su identidad, basándose en el mundo que le

rodea, que al fin y al cabo es el que le dice quién es y cómo debe de funcionar (Yagosesky, 1998).

Branden (1992), nos dice al respecto que los padres en ocasiones pueden crear obstáculos para el crecimiento del autoestima como:

- Transmitir que el niño no es “suficiente siendo él”
  - Le castigan por expresar sentimientos “inaceptables”
  - Le ridiculizan o humillan
  - Transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancias
  - Intentan controlarle mediante la vergüenza o la culpa
  - Le sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo
  - Educan al niño sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo, o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas. En ambos casos inhiben el crecimiento adecuado
  - Tratan hechos evidentes como irreales, alterando así el sentido de racionalidad del niño
  - Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas
  - Cuando se presenta abuso sexual
- Le enseñan que es malvado indigno o pecador por naturaleza.

No se quiere decir con esto que la forma en que nos traten nuestros padres determina el nivel de nuestra autoestima. Sin embargo, es evidente que el medio familiar puede producir un profundo impacto para bien o para mal. Los padres pueden alimentar la confianza y el amor propio o colocar enormes obstáculos en el camino del aprendizaje de tales actitudes; transmitir que creen en la capacidad y bondad de su hijo o bien lo contrario; crear un ambiente en el cual el niño se sienta seguro, o uno de temor; Fomentar el surgimiento de una buena autoestima o hacer todo lo concebible para subvertirla.

Yagosesky (1998), nos dice que, con la llegada de la pubertad y la adolescencia, se da la bienvenida a la sexualidad del joven, al deseo de independizarse psicológicamente y encontrarse a sí mismo. Esta etapa es crucial ya que en ella surgen con fuerza la competencia y el deseo de ser mejor que los demás. El joven experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden, y a huir de quienes lo critican o abuchean. Desarrolla conductas muy específicas con tal de ser querido, y muchos generalizan esos comportamientos hacia la vida adulta.

El ingreso a la vida laboral complica la formación y manifestación de la autoestima, ya que en ese contexto se nos mide por lo que hacemos y no por lo que somos.

Pensemos en una paciente con cáncer que ve mermada por la enfermedad su vida laboral, sea cualquiera su actividad, ya sea por un corto tiempo o por tiempo indefinido, el pensar que probablemente no va a hacer o producir, en su trabajo como antes, la hace sentir inútil, incapaz, insegura, esto aunado al miedo de la posibilidad de que la releguen de funciones (que creen que ya no va a poder realizar), la cambien de puesto, o despidan, provocando que su autoestima baje y aumente la probabilidad de que se entristezca o deprima.

Rodríguez(1988), explica que para desarrollar la autoestima se deben de seguir los siguientes pasos.

-Autoconocimiento. Es conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades y habilidades; las distintas experiencias que vive el individuo y a través de las cuales ; conoce por qué y cómo actúa y siente. Al conocer todos sus elementos, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada

-Autoconcepto. El autoconcepto es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta

-Autoevaluación. La autoevaluación refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si lo son para el individuo, le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien, y le permiten crecer y aprender

-Autoaceptación. Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello

-Autorrespeto. El autorrespeto es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse,. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgullosa de sí misma.

-Autoestima La autoestima es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si acepta y respeta, tendrá autoestima

A estos pasos vale la pena agregar la necesidad de amor y la autorrealización descritas por Maslow(citado en Kimble,1992).

-Necesidad de amor. Si están satisfechas las necesidades biológicas y de seguridad, el individuo tiene más posibilidades de que las necesidades de amor que se relacionan con la afiliación, la aceptación y la pertenencia aparezcan. El individuo seguro será capaz de buscar amigos, afiliarse a un grupo y en última instancia, adoptará responsabilidades en el matrimonio como cónyuge y como padre de familia

-Necesidades de autorrealización. Una persona necesita tener una finalidad en su vida y sentir que está haciendo cosas para realizar está finalidad. Esta es la cualidad esencial de la autosatisfacción o de la autorrealización y el acto de concretar todo lo que uno es capaz de llegar a ser

A esto se le puede sumar la Autoafirmación de la que habla Beauregard (2005).Es la manifestación de una persona como ser autónomo, distinto e

independiente que desea satisfacer sus necesidades de autoestima y de reconocimiento de los demás, es la expresión de esta actividad sobre el entorno. En resumen la autoafirmación es la prolongación y la manifestación concreta de la autoestima; es en cierto modo la autoestima en acción.

Todas las personas contamos con autoestima, la diferencia radica en que no todos sabemos que existe, que se puede desarrollar, fortalecer o deformar. A lo largo de nuestra vida podemos vivir circunstancias difíciles, (como padecer de cáncer) que pueden lesionarla y provocar que nuestra autoestima baje.

### **3.1.2 Baja autoestima.**

Branden(1992), nos indica que cuando la autoestima es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida. Nos derrumbamos ante vicisitudes que un sentido más positivo del uno mismo podría vencer. Tendemos a estar más fluidos por el deseo de evitar el dolor que de experimentar la alegría. Lo negativo ejerce más poder sobre nosotros que lo positivo. La autoestima se proclama como necesidad en virtud de que su ausencia(relativa) traba nuestra capacidad para funcionar.

Cuanto más dudemos de la eficacia de nuestras mentes y desconfiemos de nuestro pensamiento, en vez de perseverar seguramente nos rendiremos. Será más frecuente el fracaso que el triunfo, con lo que confirmaremos nuestras autoevaluación negativa o baja. La baja autoestima busca la seguridad de lo conocido y poco existente; limitarse a ello debilita la autoestima. Cuanto más baja es nuestra autoestima, a menos aspiramos y menos logros obtenemos.

Cuando la autoestima es baja o inexistente: se piensa que uno vale menos que los otros. En el extremo opuesto hay arrogancia y grandiosidad: se piensa que uno es alguien especial y superior a las otras personas. Estas personas con baja autoestima ignoran sus propias necesidades y deseos, ni siquiera tienen conciencia de esa expectativa. No tienen la menor idea de cómo atender sus propias necesidades. Una persona que confunde las necesidades con deseos no es como otra que no percibe sus necesidades(no sabe lo que necesita), pero tiene deseos sanos, y en apariencia los conoce y los atiende. En la satisfacción de sus deseos estos individuos suelen perder el control, y caen en el juego o el gasto compulsivos, la dicción al sexo, la ingesta excesiva, la bebida o las drogas, es decir se consienten en exceso(Mellody,1994).

Rodríguez (1988), menciona al respecto que existen muchas personas con una autoestima baja, por que piensa que no valen nada o muy poco. Estas personas esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás y como se anticipan a lo peor, lo atraen y por lo general les llega. Como defensa se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Aisladas de los demás se vuelven apáticas, indiferentes hacia si mismas y hacia las personas que las rodean. Les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad, por consiguiente tienen mayor propensión a pisotear y despreciar

a otros. El temor es un compañero natural de esta desconfianza y aislamiento. El temor limita, ciega y evita que el hombre se arriesgue en la búsqueda de nuevas soluciones para los problemas, dando lugar a un comportamiento aún más destructivo.

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas con autoestima baja, las llevan a sentir envidia y celos de lo que otros poseen, lo que difícilmente aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación, o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento, separando a los individuos, dividiendo parejas, familias grupos sociales y aun naciones.

Yagoesky (1998), nos menciona algunas tendencias de actitud típicas en personas con autoestima baja.

-Inconsciencia. Ignora quién es y el potencial que posee. Ignora las motivaciones, creencias, criterios y valores que le hacen funcionar

-Desconfianza. El individuo con baja autoestima no confía en sí mismo, teme enfrentar las situaciones de la vida y siente no capaz de abordar exitosamente los retos cotidianos

-Irresponsabilidad. Niega o evade sus dificultades, problemas o conflictos. Culpa a los demás por lo que le sucede y se niega a ver, oír o entender todo aquello que le conduzca hacia su responsabilidad. Suele recostarse en la mentira, engaña y se autoengaña para no asumir las consecuencias de sus actos

-Incoherencia. El desestimado dice una cosa y hace otra. Asegura querer cambiar pero se aferra a sus tradiciones y creencias antiguas aunque no le estén funcionando

-Inexpresividad. Reprime sus sentimientos y estos se revierten en forma de resentimiento y enfermedad. Carece de maneras y estilos expresivos acordes con el ambiente, porque no se lo enseñaron o porque se negó a aprenderlos

-Irracionalidad. Vive de las creencias aprendidas y nunca las cuestiona, Asume las cosas sin buscar otras versiones ni ver otros ángulos. Acusa sin buscar otras versiones ni ver otros ángulos, sin comprobar y se defiende. Todo lo usa para tener razón aunque se destruya y destruya a otros

-Inarmonía. El desestimado tiende al conflicto y se acostumbra a éste fácilmente. Se torna agresivo e irracional ante la crítica, aunque con frecuencia critique y participe en coros de chismes. Se evidencia en estados ansiosos que desembocan en adicciones y otras enfermedades

-Dispersión. El desvalorizado no tiene un destino claro, sin propósito definido. No planifica, vive al día esperando lo que venga

-Dependencia. El desestimado necesita consultar sus decisiones con otros porque no escucha ni confía en sus mensajes interiores

-Inconstancia. Puede que inicie y avance en ocasiones, pero si el camino es largo o grande el esfuerzo requerido, abandonará y buscará otra senda menos atemorizante

-Rigidez. La persona desvalorizada lucha porque el mundo se comporte como ella quiere. Le cuesta comprender que vivimos interactuando en varios contextos con gente diferente a nosotros en muchos aspectos, y que la verdad no está en mi o en ti, sino en un nosotros intermedio que requiere a veces "estirarse"

-Pesimismo. Se basa en el prejuicio de que algo, mucho o todo va a salir mal. El pesimista poco intenta porque poco cree

-Inacción. Apenas se mueva ocasionalmente por que lo estimulan y suele hacerlo sin corte ni coordinación

Se mencionó los obstáculos que los padres pueden provocar en el desarrollo del autoestima del niño pero existen otros que creamos nosotros y pueden influir en la autoestima baja.

Según Mellody (1994), existen sabotajes que nos impiden relacionarnos con los otros y con uno mismo, obstaculizando el desarrollo de la autoestima, son:

-Control negativo: nos damos permiso para determinar la realidad de otro, poniéndola al servicio de nuestras propia comodidades

-Resentimiento: tenemos necesidad de devolver los golpes o castigar a alguien por las heridas percibidas en nuestra autoestima que nos hacen avergonzarnos de nosotros mismos

-Evitación de la realidad: empleamos adicciones, enfermedades físicas o mentales para no hacer frente a lo que nos sucede a nosotros y a otras personas importantes de nuestra vida

-Deterioro de la capacidad para sostener la intimidad: nos cuesta comunicar a otros lo que somos, y escucharlos cuando ellos nos comunican lo que son, sin obstaculizar su comunicación ni interferir en el contenido de está

Podemos concluir entonces que las personas que tienen una baja autoestima son aquellas que no se conocen y respetan. Que les da miedo hacerse responsables de ellos mismos, evitan la responsabilidad y tienden a ser dependientes. Ignoran su potencial así como sus límites. Su falta de seguridad les impide disfrutar de lo que si poseen. Desvalorizan sus capacidades y sus

habilidades. Una paciente que se siente de esta forma le será más difícil salir adelante ante el reto de padecer cáncer.

### **3.1.3 Beneficios de la alta autoestima.**

La autoestima “sana” es la experiencia interna de que uno tiene valor como persona. Proviene de dentro y pasa al exterior en las relaciones. Las personas sanas saben que son valiosas aunque cometan un error, alguien se encolerice con ellas, se las estafe, se les mienta o rechace, en esas circunstancias, los individuos sanos quizá sientan otras emociones (por ejemplo, culpa, miedo ira y dolor), pero su autoestima queda intacta (Mellody, 1994).

Rodríguez (1988), nos dice que una persona con una autoestima alta, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valer está dispuesta a aquilatar y respetar el valer de los demás; por ello solicita su ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta totalmente a sí misma como ser humano.

La autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo sano por las habilidades. Tener confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones. Toda persona tiene momentos difíciles, pero una persona con autoestima alta toma estos momentos de depresión o crisis como un reto que pronto superará para salir adelante con éxito y más fortalecida que antes, ya que lo ve como una oportunidad para conocerse aún más y promover cambios.

Branden (1992), comenta al respecto que cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor equipados estaremos para enfrentarnos a la diversidad en nuestras vidas personales; seremos más ambiciosos, no necesariamente en sentido profesional o económico, sino en cuanto a lo que esperamos experimentar de la vida: emocional, creativa y espiritualmente. Si nuestra autoestima es alta, más dispuestos estamos a entablar relaciones positivas y a rechazar las nocivas. Más inclinados estaremos a tratar a los demás con respeto, benevolencia, buena voluntad y justicia, ya que no tendemos a percibirlos como una amenaza y el respeto a nosotros mismos es la base del respeto a los demás.

Branden (1992), también nos brinda una lista de algunas formas simples y directas de cómo se manifiesta el alta autoestima en nosotros:

- Serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente, ya que mantenemos una relación amistosa con los hechos
- Comodidad al dar y recibir cumplidos, expresiones de afecto, aprecio, etcétera.
- Apertura a la crítica y comodidad para reconocer errores porque nuestra autoestima no está atada a una imagen de perfección
- Armonía entre lo que decimos y hacemos y nuestro aspecto y gestos
- Una actitud abierta y de curiosidad hacia las ideas, experiencias y posibilidades de vida nuevas
- Surgen sentimientos de ansiedad o de inseguridad, es menos probable que nos intimiden o abrumen, ya que no suele ser difícil aceptarlos, dominarlos y superarlos
- Capacidad para gozar los aspectos humorísticos de la vida, en nosotros mismos y los demás
- Flexibilidad para responder a situaciones y desafíos, movida por un espíritu inventivo e incluso lúdico, ya que confiamos en nuestra mente y nos vemos la vida como una fatalidad o derrota

De acuerdo con Yagosesky (1998), cuando la vida se vive desde la autoestima todo es diferente, nos conectamos con nosotros y con el mundo, desde una perspectiva más amplia, integral equilibrada, consciente y productiva. Menciona las características que presenta una persona que tiene una autoestima desarrollada (alta):

- Conciencia. Es alguien que se ocupa en conocerse y sabe cuál es su papel en el mundo, está dispuesto a darse cuenta de que piensa, siente, dice o hace
- Confianza. Cuando se confía en lo que se es, no se necesitan justificaciones ni explicaciones para poder ser aceptado. Cuando surgen las diferencias de opinión, confiar en uno hace que las críticas se acepten y sean utilizadas para el crecimiento
- Responsabilidad. Cuando una persona asume responsabilidad por su propia vida (pensamientos, palabras, sentimientos, acciones y consecuencias). Promueve los resultados deseados y se moviliza para obtenerlos
- Coherencia. Permite que nuestras palabras y actos tengan un mismo sentido. Una persona coherente sus actos respaldan tanto o más que sus palabras.
- Expresividad. Los que viven confiados en su poder, aman la vida y lo expresan en cada acto. No temen liberar, mostrar afecto, decir “te quiero” halagar y tocar físicamente, son comportamientos naturales en quienes se estiman, ya que disfrutan de sí mismos y de su relación con las personas
- Racionalidad. Quien se respeta busca alcanzar un mínimo control de su existencia y para eso confía y usa su inteligencia y capacidad de discernimiento, con la intención de lograr sus objetivos al menor costo

-Intuición. La intuición es una forma de acceder por las vías no lógicas al conocimiento, el cual parece descender directamente a la mente, nuestro cerebro tiene dos hemisferios: uno lógico y otro intuitivo

-Armonía. Es equilibrio, balance, ritmo y fluidez. Favorecer las relaciones sanas y plenas mediadas por la honestidad, la suerte, la ausencia de conflicto

-Rumbo. Las personas con autoestima alta definen un rumbo, un propósito, una línea de objetivos y metas, un plan para ofrendarlo a la existencia y decir "esto es lo que soy y esto es lo que ofrezco"

-Autonomía. Tiene que ver con la independencia para pensar, decidir y actuar

-Perseverancia. Traza un rumbo, inicia acciones para lograr esos objetivos y desarrollar un esfuerzo sostenido

-Optimismo. No es un iluso, sabe que no todo lo puede lograr ni en todo momento, pero confía en acercarse al máximo a sus sueños

-Acción. La persona que vive desde el amor propio actúa en vez de sentarse a llorar y a esperar que otro venga a vivir su vida y a resolverle sus problemas

La alta autoestima también puede influir en nuestra salud.

Goleman (1995), nos indica al respecto que al igual que el optimismo, la esperanza tiene un poder curativo. La gente que tiene muchas esperanzas es, como resulta comprensible, más capaz de resistir en circunstancias penosas, incluidas las dificultades médicas. La forma en que reaccione emocionalmente tendrá enormes consecuencias para el grado en que hará esfuerzos que puedan proporcionarle un mejor funcionamiento físico y social.

Todos y cada uno de nuestros pensamientos y estados emotivos afectan consciente o inconscientemente el cuerpo a favor o en contra, al igual que afectan nuestra calidad de vida. Es posible concientizar esas pautas y reanudar el viaje hacia la salud, incorporando conciencia y amor a todas las partes de nuestro intrincado sistema de funcionamiento. Incluye una reconciliación con nosotros mismos, con nuestros familiares, amigos y compañeros de trabajo, así como una serie de revisión de nuestros deseos, intereses, necesidades, creencias y hábitos.

Si decidimos poner nuestra atención en las cosas negativas o deprimentes, envenenamos el organismo y nos infligimos enfermedades. Si dirigimos nuestra atención a las cosas buenas, bonitas y positivas de la vida, o al menos hacemos lo posible por sacar lo mejor de cada situación estaremos produciendo estados emocionales favorables y estaremos generando como consecuencia estados de salud corporal (Yagosesky, 1998).

De acuerdo con lo anterior podemos decir que la alta autoestima es un bienestar íntimo, es valorarnos y creer firmemente que somos dignos de buscar y recibir lo mejor de la vida. Es pensar que contamos con toda la capacidad para hacernos responsables de nuestra existencia y felicidad, podemos desarrollar herramientas que nos permitan alcanzar lo que realmente merecemos, queremos y necesitamos. Tener una alta Autoestima nos facilita tomar conciencia que de nuestras virtudes, cualidades, dones, incluso de nuestras malas experiencias y limitaciones podemos hechar mano, para crear, aprender y sentirnos bien con nosotros mismos.

Si a las personas que ven amenazada su integridad, como la pacientes que padecen cáncer de mama ,se les enseña a crear representaciones positivas de la vida, comenzando por mejorar la opinión que tienen de sí mismas, esta capacidad podrán utilizarla para hacerle frente a los desafíos que se les presenten en la vida, de forma más activa, asertiva, real y llena de esperanza.

## **CAPITULO IV. METODOLOGÍA.**

Se observó en los capítulos anteriores que el cáncer de mama es una enfermedad grave que ha crecido en los últimos años de forma alarmante, desafortunadamente México no es la excepción y el número de mujeres que fallecen por esta causa ha aumentado considerablemente.

El cáncer afecta de manera física, social, económica, y psicológicamente a las pacientes que la padecen, por lo que se requiere de un tratamiento multidisciplinario para que las mujeres tengan calidad en su vida. El psicólogo como parte de este equipo no obstaculiza el trabajo de los especialistas, por el contrario fortalece, apoya a la rehabilitación.

La inquietud de realizar esta investigación nace de la necesidad observada en las pacientes ante el temor, la inseguridad y tristeza que les provoca padecer esta enfermedad.

### **Planteamiento del problema:**

¿El cáncer de mama afecta el autoestima de las mujeres que lo padecen?.

¿El taller de autoestima aplicado a mujeres que padecen cáncer de mama elevará el concepto que tienen de sí mismas?

### **Hipótesis de trabajo:**

La aplicación de un taller de autoestima a mujeres que padecen cáncer de mama, les ayudara a elevar el concepto que tiene de si mismas.

### **Hipótesis conceptual:**

Las pacientes con cáncer de mama que no reciben apoyo psicológico, tienden a tener una autoestima baja.

### **Objetivo general:**

Aplicar un taller de autoestima a mujeres con cáncer de mama para elevar la opinión que tienen de sí mismas.

### **Objetivos particulares:**

Crear un taller de autoestima

Medir el autoestima antes y después del taller con la prueba IDDA-EA

Aplicar el taller a mujeres con cáncer de mama

Conocer si el taller incrementa el autoestima de estas pacientes

## Variables.

### Variable independiente:

Taller de autoestima.

Definición conceptual.

“Un taller es un lugar donde se enseñan y practican técnicas”(Moccio,1994). Según Diamondstone (1991) en ellos se introduce conceptos nuevos, métodos o estrategias de aprendizaje, en estas sesiones se induce a los participantes a procesar y poner en práctica lo que aprendieron.

### Definición operacional:

Se evaluará de acuerdo con las respuestas emitidas por los sujetos en la aplicación de la prueba IDDA-EA (Inventario diferencial de adjetivos para el estudio del estado de ánimo).

### Variable dependiente.

Autoestima.

Definición conceptual:

Autoestima: es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le denota organización y direccionabilidad en todas sus funciones y procesos, ya sean estos cognitivos, emocionales o motores(Renny Yagosesky, 1998).

### Tipo de investigación:

#### Cuasi experimental.

Un diseño cuasiexperimental puede conceptualizarse como una clase de diseño preexperimental, dando como características principales las siguientes: a) el empleo de escenarios naturales, generalmente de tipo social; b) la carencia de un experimental completo; específicamente la imposibilidad para controlar una o varias clases de VE; c) el uso de procedimientos- como aleatorización o el de producir múltiples observaciones y d) su disponibilidad; es decir, por una parte, pueden utilizarse cuando no sea posible emplear un diseño experimental, y por otra, algunas veces pueden explorar la conformación de alguna situación social ( Castro, 1975).

### Nivel de investigación.

Descriptivo. La investigación descriptiva fue muy utilizada entre investigadores o en aquellos que han obtenido poca información sobre las características del

método científico y sus implicaciones filosóficas. Puede producir excelentes resultados siempre y cuando no sea solo descriptiva. En otras palabras consiste, en esencia, en describir una cosa, fenómeno, proceso, etc., lo cual puede hacer creer al investigador que basta hacer una descripción para concertar una investigación (Sosa- Martínez, 1991).

## Diseño.

De un grupo con pretest y postest. Este diseño exige el conocimiento previo (O1) de los sujetos del estudio antes del tratamiento (X) y su comparación con lo observado (O2) después del tratamiento. El estudio se hace en un solo grupo en el que se efectúa una prueba antes y otra después de introducir una variable independiente (tratamiento): O1 X O2 (Sosa- Martínez, 1991).

## Población.

Mujeres con cáncer de mama, atendidas en el hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

## Muestra.

14 mujeres.

No importando edad, o estado civil.

Pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Ignacio Zaragoza de ISSSTE.

En tratamiento médico, no importando la fase de la enfermedad o tipo de tratamiento.

## Tipo de muestreo.

Intencional por cuota. El llamado muestreo por cuota, se utilizan conocimientos de los estratos de la población -sexo, raza, región u otros- para seleccionar muestras de miembros que sean representativos, "típicos" o adecuados para unos fines de investigación. El muestreo intencional, se caracteriza por el empleo del criterio y de un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas atípicas o grupos supuestamente típicos en la muestra (Kerlinger, 1987).

## Escenario.

Se nos asignó la sala 1 de seminario del Hospital Ignacio Zaragoza, en la cual se realizó el taller, que contaba con 20 sillas, un escritorio y pizarrón.

## Procedimiento:

Fase I. Captación de 14 mujeres con cáncer de mama. La captación de las pacientes fue posible gracias a la invitación que los médicos realizaron en consulta externa, la convocatoria que realizaron las enfermeras por teléfono y diez carteles que anunciaban el taller.

Fase II: Aplicación del pretest inventario IDDA-EA, que se realizó después de la presentación de la psicóloga y del taller.

Fase III: Aplicación del taller de autoestima que se llevó a cabo, en un tiempo aproximado de tres horas diarias, durante cinco días continuos (ver anexo).

Fase IV: Aplicación del postest inventario IDDA-EA, que se aplicó después del cierre del taller.

## Instrumento:

El IDDA-EA. Inventario Diferencial de Adjetivos para la Evaluación del Estado de Ánimo, fue creado por Josep M. Ral y Antonio Andrés Pueyo, quienes forman parte del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Barcelona España.

Este inventario es una forma de evaluación objetiva y comprensiva de tres factores (o dimensiones) de la autopercepción individual del potencial de energía que experimenta cada persona en todo momento. El primer factor llamado de Activación relacionada con la acción, interdependiente con las demandas de la situación y las expectativas positivas o neutrales del propio individuo sobre aquélla. El segundo factor denominado de Estrés o más específicamente de tensión provocada por la interdependencia negativa entre las demandas de la situación y las expectativas del propio sujeto que aumenta su proceso dual y le hacen experimentar el nivel de energía como desagradable. El tercer factor denominada Arousal o más específicamente de vigilia – sueño según los ritmos circadianos y nictamerales del individuo y con otras características biofisiológicas del mismo que describen más disponibilidad general de energía que no los cambios de la misma provocados por las situaciones específicas o por las cogniciones y motivaciones secundarias.

Consta de 28 pares de adjetivos antónimos, separados entre sí por una escala de 7 puntos (mucho 1, bastante 2, poco 3, nada 4, poco 5, bastante 6, mucho 7) que adquiere los valores bipolares (-3, -2, -1, 0, 1, 2, 3) al considerar el signo positivo para el adjetivo descriptor del estado de ánimo y el signo negativo para el antónimo correspondiente al mismo. Se constata mediante los análisis factoriales la validez convergente y discriminante de cada par de adjetivos para cada uno de los factores, y se hace un proceso de tipificación de cada una de las dimensiones, para hombres y mujeres por separado. El inventario se

contesta en 10 minutos promedio y se puede aplicar de manera individual o en grupo, en adolescentes o adultos.

Se eligió esta prueba por que según Tous Ral y Pueyo(1991), proporciona al psicólogo un instrumento ventajoso en costo y tiempo, para determinar de forma analítica es estado de ánimo personal en un momento dado.

En el campo profesional los autores dicen resulta útil en las siguientes áreas específicas y situaciones de intervención: En el área industrial y educativa En psicología clínica complementa eficazmente la modificación de conducta por que es un buen indicador de la relajación, como indicador del efecto de supresión de hábitos. En terapia cognitiva permite el seguimiento y evaluación de reestructuración cognitiva, relacionada con los contenidos mentales, toma de decisiones y autocontrol de los cambios de humor y modificación de los estilos de afrontamiento. En psicoterapia tiene relevancia para el seguimiento y control de los sentimientos, afectos y emociones. Está muy indicado en todos aquellos cuadros en que la ansiedad, la depresión, el estrés y el desequilibrio euforato-  
nía son significativos.

Procesamiento de la información:

Al termino de la captación de los datos, se pasó a la etapa de codificación del inventario IDDA-EA. El proceso electrónico de la información codificada y la concentración de la información se realizó a través del paquete estadístico SSPS.

## CAPÍTULO V ANÁLISIS DE RESULTADOS.

### RESULTADOS DE PRUEBA T POR SUBESCALAS

Subescala	T	Grados de libertad	Significancia
Actividad	-2.082	13	.058
Estrés	1.249	13	.234
Arousal	-2.416	13	.031

Como se puede apreciar la única subescala que resulto significativa es la relacionada con Arousal (energía); Otra subescala que se acercó a un nivel aceptable de significancia fue la referente a la actividad, mientras la de estrés no resulto significativa.

### RESULTADOS DE PRUEBA T TOTAL

Prueba	T	Grados de libertad	Significancia
Estado de Animo	-1.814	13	.093

En el resultado final de la prueba T en su totalidad se obtuvo un resultado no significativo sin embargo denota el hecho de alcanzar .09, es probable pensar que si se tuviera una mayor población se hubiera alcanzado el nivel de significancia adecuado que sería de .05.

## **CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

### **DISCUSIÓN.**

De acuerdo con los resultados que se presentan y tomando en cuenta la hipótesis planteada al principio de la investigación, se puede decir que el taller realizado influyo significativamente únicamente en la escala de energía, aunque la escala de actividad se acercara a una significancia aceptable y la del estrés no mostró cambio. De forma global, estadística y cuantitativamente no hubo un cambio significativo, sin embargo a las pacientes se les pidió que contestaran por escrito qué se llevaban del taller como aprendizaje (ver anexo), Se presenta a continuación un resumen de sus comentarios.

-“Me di cuenta de que puedo llegar a donde quiera con constancia y persistencia”.

-“Gracias por escuchar”.

-“Espero que hagan más talleres”.

-“Que en los talleres participen enfermeras y doctores, para que nos entiendan mejor”.

-“Gracias por hacerme ver lo bueno que hay en la vida, por las risas, los buenos momentos y el amor”.

-“Las prácticas fueron asertivas, me gustaría que dieran otro taller”.

-“Aprendí a valorarme, y ahora sé que somos muchas ya no me siento sola”.

-“Me voy sabiendo que la vida es bella, por más tropiezos que tengamos, debo salir adelante”.

-“Recordé momentos felices”.

-“Me llevo la experiencia de poder perdonar”.

-“Me hizo bien convivir con personas con mi mismo problema”.

-“Me gusto, aprendí a quererme, no estoy sola, aprendí a vivir con mi enfermedad”.

-“Me llevo una experiencia mas de bienestar de alegría y de mucha tranquilidad”.

-“Aprendí a valorarme y a quererme”.

-“Me voy tranquila con mucho deseo de vivir, valorándome aún más”.

-“Me llevo tranquilidad, el saber que puedo desechar todas las cosas que me causan mal”.

-“Ahora yo puedo decir estoy sana”.

-“Me llevo las experiencias de mis compañeras aprendí a que hay otros horizontes en la vida, no nada más esperar la muerte”.

-“Valgo mucho más de lo que me imagine, debo quererme más”.

Basándonos en sus respuestas las cuales están llenas de frases esperanzadoras, positivas, de confianza, empatía, seguridad, sentimientos y actitudes que denotan una autoestima positiva, podemos decir que hubo un cambio cualitativo en la manera de vivir la enfermedad.

## CONCLUSIONES.

Los elementos que a continuación se mencionan pudieron haber influido en los resultados de la investigación.

Si bien la población entera de mujeres eran atendidas en el mismo hospital y padecían cáncer de mama, cada una vivía una etapa distinta de la enfermedad, por lo que el estado de ánimo, las expectativas y los temores también eran diferentes

La selección de la población se realizó como ya se ha mencionado sin discriminar el grado escolar de las pacientes (desde mujeres que no sabían leer y escribir, hasta profesionales), por lo que probablemente para varias de ellas los adjetivos de la prueba no fueron muy claros.

El salón donde se llevó a cabo el taller, se encontraba en medio de otras dos salas las cuales son utilizadas para dar clase, por lo que el ruido de los alumnos provocaban distracción en las participantes.

El número de la muestra fue pequeño debido a que, había pacientes que estaban hospitalizadas o programadas para algún tratamiento u intervención en la misma fecha que se produjo el taller. Algunas estaban dadas de alta pero tenían que guardar reposo o su condición física no les permitía en ese momento salir de casa solas, y no contaban con nadie para que las acompañasen. Otras mujeres a pesar que no tuvo cuota alguna el taller, no pudieron pagar el costo del transporte para asistir.

Las contribuciones que resaltan en la presente investigación son las siguientes:

Autoestima. El autoestima puede ser un instrumento importante de aplicación en el tratamiento de estas pacientes ya que como menciona Mellody (1994), las personas que sufren una enfermedad, lo que les produce muchos de sus síntomas físicos, es la tensión de evitar el dolor de asumir su propia realidad, y de no aprender a experimentar y expresar sus sentimientos. Branden (1992), nos dice que nuestra necesidad de autoestima es el resultado de dos hechos básicos, ambos inherentes a nuestra especie. El primero es que nuestra supervivencia y nuestro dominio del medio ambiente dependen del uso apropiado de nuestra conciencia. Nuestras vidas y nuestro bienestar dependen del uso apropiado de nuestra capacidad de pensar. El segundo es que el uso correcto de nuestra consciencia no es automático, no está "construido" por la naturaleza. Existe un elemento crucial de elección en la regulación de su actividad y, por lo tanto, de responsabilidad personal. Rodríguez (1998), menciona que el autoconcepto o autoestima es el conjunto de creencias que una persona tiene acerca de lo que es ella misma. Cada persona se forma, a lo largo de su vida, una serie de ideas o imágenes que la llevan a creer que así es.

Entonces y de acuerdo con estos autores el autoestima nos permite la supervivencia, el uso adecuado de nuestra consciencia, y además el autoestima no es algo con lo que se nace, sino se aprende y se va construyendo a lo largo de nuestra vida, también entonces se puede modificar.

Es decir si nuestro autoconcepto esta debilitado o bajo, podemos aprender a edificar una estima más positiva, creativa y productiva, que nos permita hacerle frente a los retos que se nos presenten a lo largo de nuestra existencia, como por ejemplo mejorar nuestra salud.

Goleman (1995), al respecto menciona que de algún modo la emoción positiva es curativa, la risa, la felicidad pueden cambiar el curso de una enfermedad grave. La ventaja que las emociones positivas pueden ofrecer parece sutil pero, utilizando estudios con gran cantidad de personas, puede deducirse de la masa de variables complejas que afectan el curso de la enfermedad. Igual el optimismo, la esperanza tienen un poder curativo. La gente que tiene muchas esperanzas es, como resulta comprensible, más capaz de resistir en circunstancias penosas, incluidas las dificultades médicas. La forma en que reaccione emocionalmente tendrá enormes consecuencias para el grado en que hará esfuerzos que puedan proporcionarle un mejor funcionamiento físico y social.

Si bien no podemos controlar que nuestra salud merme, en este caso de cáncer, si podemos elegir la actitud con la que vamos a encarar la situación, un actitud efectiva puede hacer la diferencia en la asimilación, recuperación y afrontamiento de la enfermedad. Vale la pena mencionar lo que opina Virginia Satir (citada en Yagosesky, 1998), acerca de las personas que viven con alta autoestima “Son aquellas que valoran y desarrollan su cuerpo, al que encuentran bello y útil; son físicamente saludables, mentalmente despiertos, sensibles, amorosos, juguetones, auténticos, y creativos y productivos. Se bastan a sí mismos, aman profundamente y pueden pelear de manera justa y efectiva, logran conciliar ternura y fuerza, comprenden la diferencia entre ambas y luchan tenazmente para lograr sus objetivos”.

Por otro lado en el desarrollo del capítulo dos se resaltó la importancia de las contribuciones del trabajo y apoyo del psicólogo, a los pacientes que padecen cáncer y a la oncología. En las jornadas de psico-oncología integradora llevadas a cabo del 7 al 9 de Junio del 2007 en Madrid España, se habló acerca de las técnicas utilizadas actualmente por los psicólogos en pro de los pacientes con cáncer, estrategias que pueden ser de utilidad como: la intervención grupal en afrontamiento del duelo, aplicación de la neuropsicología, aplicación de instrumentos para detectar el malestar emocional, la atención a la familia, alternativas cognitivas-conductuales, terapias de aceptación y compromiso basadas en la investigación contextual-

funcional de los procesos verbales, así como la utilidad de talleres experienciales y psicodramáticos (Matalobos,2007).Como podemos ver la labor del psicólogo clínico en esta área tiene un campo amplio de investigación y aplicación que justifica su adherencia al equipo de salud oncológico.

Finalmente una paciente que adolece de cáncer, debido a la noticia de saberse enferma, a la pérdida de su salud, estética, etcétera, inevitablemente puede residir en ella sufrimiento. El taller no tiene como misión tratar de ser un método de contención del dolor de forma mediata, éste pretende sensibilizar a que el padecimiento va a traer consecuencias penosas que a lo largo de su vida van a ser una afección. La sensibilización de esta nueva realidad dada con soporte psicológico, aunada a habilidades aprendidas en el taller, pueden ayudar a estas mujeres a formar un presente más positivo y pensar en un futuro con esperanza.

## **Sugerencias.**

Actualmente existen grupos de autoayuda (como el grupo RETO) donde las mujeres se reúnen para compartir un problema en común. Al respecto Haber,(2000) nos dice que los grupos no profesionales, son aquellos no dirigidos, que surgen espontáneamente o con el respaldo de alguna organización, puede ser beneficiosos si la persona que ejerce el liderazgo espontáneo es equilibrada y sensible. No obstante, bajo la apariencia formal de estos grupos pueden surgir modos de represión, que les convierte de esta manera en problemáticos. Los grupos de autoayuda, como otros sistemas que ofrecen ayuda, requieren legitimidad social. Aquí los profesionales pueden desempeñar un papel importante.

Los terapeutas de grupo pueden ayudar a las asociaciones de autoayuda, dándoles legitimidad con estrategias tan sencillas como remitir a alguien cuando esté indicado y respaldar las derivaciones. Sin tal legitimidad, los conjuntos de autoayuda se retraen, tienen poca vitalidad y con frecuencia desaparecen en pocos años(Kaplan, 1998). Por lo que es importante la inserción de profesionales que funjan como una guía preparada y profesional para que estos grupos permanezcan y su función sea más objetiva y eficaz.

A la escuela: Se deberían de implementar una mayor capacitación clínica para tratar a pacientes crónicos así como prácticas en hospitales, en donde se mostrara el trabajo terapéutico y así fomentar el interés de los alumnos en esta área.

Al hospital Zaragoza: Contemplar los beneficios que trae consigo el trabajo terapéutico en los pacientes con cáncer y considerar la posibilidad de contratar terapeutas exclusivamente para el área oncológica.

Crear espacios para la familia. Cuando se atiende a la familia, es decir cuando a está se les asesore para saber cómo actuar ante las necesidades físicas(tratamientos, curaciones, medicamentos, etc.) y afectivas(las posibles etapas que pasara la persona, regresión tristeza, enojo, etc.) del paciente se esta contribuyendo a crear un apoyo real e influyente en el proceso de enfermedad de las mujeres. Para ello no solo hay que tratar psicológicamente al paciente, hay que abrir espacios terapéuticos en donde los familiares, tengan la oportunidad de hablar y trabajar las consecuencias emocionales que les trajo el tener un familiar con cáncer.

A los psicólogos: A los profesionales que deseen incorporarse al trabajo psico-oncológico, se les sugiere recibir un entrenamiento adecuado, no solo en los aspectos emocionales de las personas, sino también estar preparados en los síntomas, tratamientos y recuperación física de los individuos. Crear la consciencia de que el tratamiento mejor para el paciente es multidisciplinario, por lo que tiene que buscar la manera de integrarse como parte de un grupo de

profesionales los cuales tienen que trabajar de manera coordinada, conjunta y en constante comunicación.

Dar contención psicológica a los miembros del equipo de salud que laboran a pacientes neoplásicos, una buena opción para ello pueden ser la creación de talleres donde el personal pueda hablar acerca de las emociones que les despierta trabajar con personas que padecen cáncer, así como desarrollar la sensibilidad con que se les trata. Fomentar el trabajo en equipo. Incluir el trabajo tanatológico cuando sea necesario.

Al personal médico: Asistir a sesiones donde no solo desahoguen sus emociones, aprendan a detectar a pacientes con riesgo de depresión o suicidio y sean canalizados al psicólogo.

## CAPITULO VII; BIBLIOGRAFÍA.

1. Almanza Muñoz José de Jesús. (2001). "Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer". Revista de neurología, Neurocirugía, y Psiquiatría. Número especial 1994-2001:p. 35-43. México. D.F.
2. Alonso Anne y Swiller Hillel I; (1993); Psicoterapia de Grupo en la práctica clínica. Editorial El Manual Moderno. México D.F.
3. Beauregard. Bouffard. Duclos; (2005); Autoestima para quererse más y relacionarse mejor. Ediciones Narcea. Madrid España.
4. Branden Nathaniel; (1992); El poder de la autoestima. Editorial Paidós. México, D.F.
5. Cabrera Gaytán David Alejandro y Kruse Madrid Flor de María.(2007). "Controversias en el Tamizaje de Cáncer de mama". Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud/ Dirección General de Epidemiología. Núm. 31 Vol.24 Semana. 31. México D.F.
6. Carswell Elizabeth; (2002); Cáncer Mamario el Reto de hoy. Editorial. Trillas México.
7. Casciato D. Albert, B. Lowitz Bennett; (1990); Manual de Oncología Clínica Editorial Salvat. Barcelona España.
8. Castro Luis; (1975); Diseño Experimental sin estadística. Editorial Trillas. México.
- 9 Devita Vincent T;(1988); Cáncer principios y prácticas de Oncología. Ediciones Salvat. Barcelona España.
10. Diamondstone Jan.M.; (1991); Talleres para padres y maestros. Editorial Trillas. México D.F.
11. Estapé J; (1991); Medicina General y Cáncer. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona España.
12. Goleman Daniel; (1995); La inteligencia emocional. Ediciones B. México. México D.F.
13. González Baron M;(1992);Oncología Clínica vol. 1.Editorial Interamericana. Mc. Gram-Hill. Madrid España.

14. González Baron M;(2003); Dolor y Cáncer. Editorial Panamericana. Madrid España.
15. Haber Sandra; (2000); Cáncer de mama. Manual de tratamiento Psicológico. Editorial Paidós. Barcelona España.
16. Haller, G. (1974); Psicología General; Buenos Aires; De. Harla.
17. Hossfed D.k, C. D; Sherman. R.R, Love F.X. Bosch;. (1992); Manual de Oncología Clínica. Ediciones Doyma. Barcelona España.
18. Jeammet P. H, Reynaud M., Consoli S; (1995); Manual de Psicología Médica. Editorial Masson. S.A. Barcelona España.
19. Kaplan I. Harol; Sadock Benjamin J; (1998); Terapia de Grupo. Editorial Médica Panamericana. Madrid España.
20. Kerlinger Fred N; (1987); Investigación del Comportamiento. Editorial Interamericana. México, D.F.
21. Khoury, Saad y Jasmin Claude; (1981);. Cáncer los Grandes especialistas responden. Ediciones Aguilar. Madrid España.
22. Kimble. Garmezy. Zigler; (1992); Fundamentos de psicología general. Editorial Limusa. México, D.F.
23. Lubon Plozza Boris; (1997); El enfermo psicossomático en la práctica. Editorial Herder. Barcelona España.
24. Matalobos, Montesinos, Yélamos, Clavero; (2007); Jornadas de Psicooncología Integradora: una nueva perspectiva. Clínica y Salud. No. 2 vol. 18. Madrid España.
25. Mellody. Wells. Miller; (1994); Sentirse libre es ser feliz. Editorial Paidos. Barcelona España.
26. Moccio Fidel; (1994); El taller de terapias expresivas. Editorial Paidós. México D.F.
- 27 Onnis Luigi; (1996); La palabra del cuerpo; Editorial Herder. Barcelona España.
- 28 Paredes López Adrián; (2006); Actualidades en el cáncer mamario. Acta Médica Grupo Ángeles. No 2 vol. 4 México, D.F.
- 29 Pérez Gómez Augusto; (1988); Psicología clínica. Editorial Trillas. México. D.F.

30. Prieto Fernández Almudena. (2004) “Psicología Oncológica”. Revista profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual. Núm. 2 pag.107-120.
31. Rinaldi Guillermo; (2001); Prevención psicósomática del paciente quirúrgico. Causas y consecuencias del impacto psicobiológico de una cirugía. Editorial Paidós. México D.F.
32. Rodríguez Estrada Mauro; (1988); Autoestima, clave del éxito personal. Editorial El Manual Moderno. México, D.F.
33. Sanz Jaime y Modolell. (2004). “Oncología y Psicología: un modelo de interacción”. Servicio de oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. Vol. 1. Núm.1 p. 3-12.
34. Sarna Gregory; (1986); Manual de Oncología Clínica. Editorial Limusa. México.
35. Satir Virginia; (1995); Autoestima. Editorial Pax. México.
36. Small Leonard, (1971);Psicoterapias Breves. Editorial Gedisa Mexicana, S.A. México, D.F.
37. Smirnov A. A., (1960); Psicología. Editorial Grijalbo. México D.F.
38. Sosa Martínez José; (1991); Método Científico. Edición Sistemas Técnicos. México, D.F.
39. Tijerina González y Armando Tijerina; (1986); Tratamiento del cáncer de mama. Editorial Salvat. Barcelona España.
40. Tous Ral Josep M y Pueyo Antonio Andrés;(1991); Inventario Diferencial de Adjetivos para el estudio del estado de ánimo. Ediciones TEA. Madrid España.
41. Velázquez José M; (2001); Curso Elemental de Psicología. Compañía general de ediciones, S,A. DE C.V.
42. Vidales Ismael; (1996); Psicología General. Editorial Limusa. México D.F.
43. Weiner Irving B;(1992); Métodos en Psicología Clínica. Editorial Limusa. México D.F.
44. Wolff; (1967); Introducción a la Psicología; México; Editorial F.C.E.
45. Yagosesky Renny; (1998); Autoestima en palabras sencillas. Ediciones Júpiter. Caracas Venezuela.

## ANEXOS.

### Taller de Autoestima.

Como ya se menciona anteriormente el taller se realizó en cinco sesiones consecutivas, con una duración aproximada de tres horas por día.

#### Primera sesión:

- 1.-Se realizó un pequeño juego para presentar el taller y a las participantes. Duración aproximada 20 minutos.
- 2.-Se aplicó la prueba IDDA-EA con el objetivo de conocer su estado de ánimo en ese momento. Duración aproximada 20 minutos.
- 3.-Se les hablo acerca del significado de la Autoestima, Autoestima alta, baja y sus beneficios. Duración aproximada 20 minutos.
- 4.- A continuación hicieron un ejercicio que tenía como finalidad sensibilizar su auto concepto. Duración aproximada 50 minutos.
- 5.- El último trabajo de este día tenía como objetivo reforzar el anterior(el auto concepto), debilidades y fortalezas. Duración aproximada.60 minutos.

#### Segunda sesión.

- 1.-En primer lugar se les dio a las pacientes teoría general del cáncer de mama, así como la importancia que tiene el acercarse a su médico para resolver dudas. Duración aproximada 25 minutos.
- 2.-Lo siguiente fue un ejercicio para retomar el rapport de las participantes. Duración aproximada 15 minutos.
- 3.-A continuación se trabajo con las participantes para que hicieran contacto con su cuerpo, con su yo, con las sensaciones y sentimientos que les genera. Duración aproximada 60 minutos.
- 4.-En el ejercicio final de esta sesión se subrayó la importancia de reconocer cualidades en otras personas y en ellas mismas. Duración aproximada 60 minutos.

#### Tercera sesión:

- 1.-Como inicio del día se hizo una dinámica para crear rapport. Duración aproximada 10 minutos.
- 2.-A continuación se realizó un ejercicio en el cual reconocieron sus miedos, pero también aquellas fortalezas que les pueden ayudar a superarlos. Duración aproximada 60 minutos.
- 3.-En seguida se llevó a cabo una dinámica en la cual se confronto a las participantes con el auto concepto negativo que tienen de sí mismas e identificaron el peso de la auto exigencia de la aceptación social. Duración aproximada 40 minutos.

#### Cuarta sesión.

- 1.-Se inicio con un ejercicio para generar rapport. Duración aproximada 20 minutos.

2.-En seguida se realizó una fantasía guiada, donde la pacientes exploraron distintas etapas de su vida y así darse cuenta de las decisiones o conductas certeras que han tenido. Duración aproximada 60 minutos.

3.-A continuación se trabajo la responsabilidad de las propias decisiones. Duración aproximada 60 minutos.

4.-La última dinámica de este día se trato de resaltar la importancia de la comunicación asertiva para lograr relaciones constructivas. Duración aproximada 40 minutos.

Quinto día:

1.-Se inició con ejercicio para crear rapport en el grupo. Duración aproximada 10 minutos.

2.-A continuación se realizó una dinámica donde se sensibilizó acerca de la muerte como sentido de vida y se fomento la importancia de ubicarse en el presente. Duración aproximada 30 minutos.

3.-En seguida se hizo un ejercicio en donde las participantes visualizaron las habilidades que han desarrollado en su historia de vida y cómo las podrían utilizarlas en la actualidad. Duración aproximada 60 minutos.

4.-Se paso a trabajar un ejercicio donde se visualizaron metas acorto plazo y se hablo de cómo poder lograrlas. Duración aproximada 40 minutos.

5.-Aplicación del postest IDDA-EA. Duración aproximada 15 minutos.

6.-Por último se realizó el cierre del taller, despidiendo y agradeciendo a las participantes que hayan formado parte de esta experiencia.

Nº 197

Nº 106838  
IDDA - EA

BF521  
Tº 8  
1991



Apellidos y nombre \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Fecha de la prueba \_\_\_\_\_ Hora del día \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

F. E. S.  
ZARAGOZA

### INSTRUCCIONES

En la parte posterior de esta hoja encontrará una lista de pares de adjetivos separados por siete rayas horizontales. Lea en primer lugar la lista completa. Seguidamente fíjese en cada uno de los pares de adjetivos empezando por la fila número 1; piense cuál de los dos que se proponen describe mejor su situación o su estado de ánimo actual. Una vez elegido el adjetivo, juzgue en qué medida considera que le afecta. Si cree que **Mucho**, ponga un aspa (X) sobre la línea que está al lado del adjetivo seleccionado; si fuera **Bastante**, señale el espacio siguiente; si fuera **Poco**, el siguiente y si considera que es indiferente o que ambos adjetivos le describen por igual, señale la casilla central, indicando su respuesta como **Nada**. Conteste a todos los pares de adjetivos.

#### Ejemplo

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	
JOVEN	_____	X	_____	_____	_____	_____	_____	VIEJO

Si Vd. ha contestado de este modo es porque su estado de ánimo le hace pensar que se siente **Bastante joven**.

### IMPORTANTE:

- No ponga más de una señal entre cada par de adjetivos.
- Conteste a todos los pares de adjetivos, aunque para ello deba señalar la casilla **Nada**.
- Si tiene alguna duda consúltela en cualquier momento.





# IDDA - EA

Hoja de Resultados: Mujeres

Valores absolutos	F. I	F. II	F. III
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
<b>Σ</b>			

<i>Nombre y Apellidos</i>		
_____		
<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profesión</i>
_____	_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Hora del día</i>	<i>Visita N°</i>
_____	_____	_____

*Observaciones:*

*Puntuaciones:*

	<i>Sumatorio</i>	<i>Eneatipo</i>	<i>Percentil</i>
<i>Activación (I)</i>			
<i>Estrés (II)</i>			
<i>Arousal (III)</i>			

## PERFIL

<i>Eneatipo</i>	<i>Activación</i>	<i>Estrés</i>	<i>Arousal</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

**IDDA - EA**

Hoja de Resultados: Varones

No 106888

BF52  
T68  
1991

Valores absolutos	F. I	F. II	F. III
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
$\Sigma$			

Nombre y Apellidos		
Edad	Sexo	Profesión
Fecha	Hora del día	Visita Nº

Observaciones:



FES ZARAGOZA

Puntuaciones:

	Sumatorio	Eneatipo	Percentil
Activación (I)			
Estrés (II)			
Arousal (III)			

**PERFIL**

Eneatipo	Activación	Estrés	Arousal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

