



CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8794
PLAN 25 AÑO 08

“IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER PARA
INCREMENTAR LA AUTOESTIMA EN MUJERES
MASTECTOMIZADA Y EN TRATAMIENTO A
CAUSA DE UN CÁNCER DE MAMA”

TESIS:

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JENNIFER ELENA MEDINA BARRÓN SALAS

ASESORA: MTRA. MARILÚ BENÍTEZ GASPAR

ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

CLAVE UNAM 8794

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

UNAM

Presente:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

**"IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER PARA INCREMENTAR LA AUTOESTIMA
EN MUJERES MASTECTOMIZADA Y EN TRATAMIENTO A CAUSA DE UN
CÁNCER DE MAMA "**

Elaborado por:

<u>Medina</u>	<u>Barrón Salas</u>	<u>Jennifer Elena</u>	<u>412526015</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	No. de cuenta

Alumno(s) de la carrera de: Psicología

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Año 2018


Mtra. Marilú Benítez Gaspar
Nombre y firma del Asesor
de la Tesis




Lic. Guadalupe Lilia Pérez Caballero
Nombre y firma del Director
Técnico

AGRADECIMIENTOS

A mi madre **Norma Salas Velázquez** que me dio la vida, que me ha enseñado a que a pesar de las adversidades de la vida uno nunca se debe de dar por vencido, gracias por ser mi gran ejemplo ya que para ti nada ni nadie te ha detenido para obtener lo que has deseado. Me has enseñado a luchar por lo que yo tanto he querido, te agradezco por esforzarte al darme esta carrera ya que yo sé que a pesar de tu enfermedad y de que estuviéramos solos siempre tuviste una sonrisa, un regaño, un abrazo, un beso para apoyarme en acabar esta carrera, gracias a todo tu amor y apoyo logre lo que tanto anhelaba una carrera lo cual te agradezco profundamente por ser como eres. POR SER MI MADRE y por darme esta carrera, TE AMO mamá.

A mi gran motor de vida que es mi hijo **Axel** que por el también eh logrado llegar hasta donde estoy, me siento muy orgullosa y me siento la mujer más afortunada del mundo a tenerte a mi lado aquel que cada día me llena de fortaleza y me impulsa a ser una mejor mujer, me has brindado la mayor de la felicidad de mi vida te amo inmensamente y sabes que por ti are lo que sea necesario para que estés bien mi amor.

A mi tío **Eduardo Salas Velázquez** quien me ha dado su amor, apoyo inmensamente, gracias por ser como eres conmigo, por preocuparte a cada instante de mí, no tengo palabras para describir mi agradecimiento y mi gran cariño que te tengo, sabes que te consideró una persona muy importante en mi vida y no hay nada ni nadie que lo haga cambiar, en verdad gracias por todo tío.

A mis tíos **Alma, Oscar, Pilar, Carmen y Jaquelinne** quienes me han apoyado en todos los aspectos tanto laborales como personales a cada uno de ellos les agradezco por cada palabra que me han depositado para poder acabar mi carrera, gracias tíos no sé cómo expresarles mi agradecimiento y mi amor hacia usted familia los amo gracias.

A mi asesora **Mtra. Marilú Benítez Gaspar** por brindarme todos sus conocimientos, por haber sido mi asesora y mi maestra durante mi carrera, la cual me ha guiado para poder tener un proyecto deseado que ambas hemos puesto todo de nosotras, gracias por ser esa persona la cual me estuvo guiando a cada momento, es una gran docente, persona por lo cual me llevo muchas enseñanzas de su persona gracias maestra.

A mis amigos **José Luis Martínez de la Paz, Liliana Gadea González, Nancy Tinajero González**, quienes con ellos he estado los cuatro años de mi carrera y me han apoyado en cada momento de mi vida, aquellas personas a las cuales les agradezco su amistad y que con ellos he aprendido a ser mejor persona, les agradezco cada momento que han estado a mi lado ya sean buenas y malas, risas, llanto, y de más gracias amigos en verdad los quiero demasiado. A **Jesús Armando Rodríguez Solís** quien me ha apoyado incondicional en el transcurso de mi proyecto dándome ánimos y bríndame su cariño te agradezco por estar a mi lado en estos momentos.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I. Cáncer de mama y salud	
1.1 Definición de cáncer de mama	13
1.1.1 Etiología de la enfermedad, historia y características	15
1.2 Definición y tipos de mastectomía	24
1.3 Tratamiento y tipos	25
1.4 Aspectos psicológicos del cáncer de mama	35
1.4.1 Fase terapéutica	37
1.5 Definición de salud	39
1.6 Psicología de la salud	40
Capítulo II. Imagen corporal y autoestima	
2.1 Definición de imagen corporal	43
2.1.1 Imagen corporal positiva	45
2.1.2 Imagen corporal negativa	45
2.2 Desarrollo de la imagen corporal de acuerdo al entorno social	46
2.3 Relación entre autoestima, imagen corporal y cáncer de mama	48
2.4 Definición de autoestima	49
2.5 Autoestima	50
2.6 Importancia de autoestima	53
2.7 Niveles de autoestima	54
2.8 Características de la autoestima	54
2.8.1 Características de la autoestima alta	55
2.8.2 Características de la autoestima baja	56
Capítulo III. Teoría Gestalt	
3.1 Definición	61
3.1.1 Antecedentes	64
3.2 Teoría	66
3.3 Aplicación psicoterapéutica	72
3.4 Bases terapéuticas	74
Capítulo IV. Taller psicológico	
4.1 Metodología	81
4.2 Implementación de taller	83

4.3 Estudio exploratorio	105
Conclusiones	111
Bibliografía	113

INTRODUCCIÓN

La autoestima es de suma importancia ya que cuando los individuos se aman y se respetan a sí mismos, es fácil aceptar a las demás personas sin importar religión, sexo, edad, condición social u orientación sexual. El cáncer de mama en la actualidad ha generado una importante controversia debido a las opiniones que se tienen ante dicha enfermedad; ya sean médico, cultural, social y personales.

El cáncer de mama es el crecimiento desordenado de células en las glándulas mamarias que generalmente se detectan como un bulto en el seno. Éste se origina en el tejido mamario así como otros cánceres, pueden invadir y crecer hasta los tejidos que rodean el seno. El cáncer de mama se clasifica dependiendo del lugar donde se originó el crecimiento irregular de las células; pueden ser los conductos y el grado de invasión.

El interés por elaborar la presente investigación es para demostrar la importancia de la autoestima que tienen las pacientes de cáncer de mama, con la finalidad de conocer más a fondo su estado emocional lo cual implica brindar el apoyo psicológico necesario y oportuno que requieren encaminadas a hacer terapias específicas que fomenten y eleven su autoestima.

El trabajo consta de cuatro capítulos, los cuales describen ampliamente el cáncer de mama, salud, autoestima, terapia Gestalt y la implementación de un taller.

En el primer capítulo de investigación se encuentran datos relevantes como la definición de cáncer de mama, etiología, historia, características de la enfermedad, tipos de mastectomía, tratamientos y aspectos psicológicos. También se encontrara definición de salud y psicología de la salud.

Posteriormente, en el segundo capítulo se aborda el tema del desarrollo físico, sensorial y psicomotriz de la adultez media y también el de autoestima, donde diversos autores darán su definición y clasificación de la misma.

El tercer capítulo desarrolla el tema de la teoría Gestalt, la cual brindará sus antecedentes, autores, teorías, aplicación psicoterapéutica, definición y el cómo se puede abordar la Gestalt en los pacientes.

En el cuarto capítulo se realiza implementación de taller dirigida a las mujeres mastectomizadas a causa del cáncer de mama que tienen mastectomía. Se agrega la descripción del taller y un estudio exploratorio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se ve afectada la autoestima de una mujer mastectomizada a causa de cáncer de mama?

HIPÓTESIS

Si a una mujer que ha sido mastectomizada, se le da apoyo psicológico a través de un taller en cual se basara para incrementar y reforzar la autoestima a base de la teoría Gestalt.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un taller que se basa en incrementar y reforzar la autoestima, brindar apoyo psicológico a mujeres, para que puedan manejar sus emociones correctamente.

OBJETIVOS PARTICLARES

- Conocer en qué consiste la enfermedad de cáncer de mama y su tratamiento
- Conocer cómo se maneja la salud mental con las necesidades del paciente
- Reforzar el autoestima de las mujeres con las técnicas de la teoría Gestalt
- Conocer y aplicar diversas técnicas para apoyo psicológico que las lleve a hacer un sano manejo de sus emociones

CAPÍTULO I:

CÁNCER DE MAMA Y SALUD

1.1 Definición del cáncer de mama

El cáncer de seno o cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero también los hombres lo pueden padecer.

El cáncer se origina cuando las células comienzan a crecer sin control. Las células en casi cualquier parte del cuerpo, pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas.

El seno femenino consiste principalmente en lobulillos (glándulas productoras de leche), conductos (tubos diminutos que llevan la leche desde los lobulillos al pezón) y estroma (el tejido adiposo y el conectivo que rodean los conductos y los lobulillos, los vasos sanguíneos y los linfáticos).

La mayoría del cáncer de seno comienza en las células que recubren los conductos (cáncer ductales). Algunos se originan en las células que recubren los lobulillos (cáncer lobulillares), mientras que un pequeño número se origina en otros tejidos.

Es importante entender el sistema linfático, ya que el cáncer de seno se puede propagar a través de este sistema, el cual tiene varias partes.

La mayoría del cáncer de seno son carcinomas, un tipo de cáncer que comienza en las células (células epiteliales) que revisten los órganos y los tejidos como el seno. De hecho, el cáncer de seno es a menudo un tipo de carcinoma llamado adenocarcinoma, que es el carcinoma originado en el tejido glandular. Otros

tipos de cáncer también pueden ocurrir en el seno, como los sarcomas, que empiezan en las células del músculo, grasa o tejido conectivo.

En algunos casos, un solo tumor del seno puede ser una combinación de diferentes tipos o ser una mezcla de in situ (es un cáncer que no ha hecho metástasis y que, por lo tanto, no ha invadido tejidos próximos) y cáncer invasivo. Además es posible que en algunos tipos, poco comunes, de cáncer de seno.

Tipos de cáncer de mama

Carcinoma ductal in situ

El carcinoma ductal in situ (es un cáncer que no ha hecho metástasis y que, por lo tanto, no ha invadido tejidos próximos) se considera un cáncer de seno no invasivo o pre invasivo. Carcinoma ductal in situ significa que las células que cubren los conductos han cambiado y lucen como células cancerosas. La diferencia entre el carcinoma ductal in situ y el cáncer invasivo consiste en que las células no se han propagado (invadido) a través de las paredes de los conductos hacia el tejido que rodea el seno. Debido a que no se ha extendido, el carcinoma ductal in situ no se puede propagar (hacer metástasis) fuera del seno.

El carcinoma ductal in situ se considera un pre cáncer porque en algunos casos se puede convertir en un cáncer invasivo. Sin embargo, actualmente no existe una buena manera de saber, con certeza, cuáles casos se convertirán en cánceres invasivos y cuáles no.

Carcinoma ductal

El carcinoma ductal invasivo o infiltrante es el tipo más común de cáncer de seno. Este cáncer comienza en un conducto lácteo del seno, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo del seno. En este punto puede tener la capacidad de propagarse (hacer metástasis) hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.

Carcinoma lobulillar invasivo

El carcinoma lobulillar invasivo comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Se puede propagar (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser más difícil de detectar por mamograma que el carcinoma ductal invasivo.

1.1.1 Etiología de la enfermedad, historia y características

Etiología: Atendiendo al origen existen tres tipos genéricos de cáncer de mama.

- Esporádico. sin antecedentes familiares. Serían entre el 70 y el 80% de los casos
- Familiar. con antecedentes familiares, pero no atribuibles a genética. 15-20%
- Hereditario. atribuidos a mutaciones por línea germinal. Sólo serían entre 5-10%

Historia: El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar el término cáncer) proviene de Egipto, del 1600 a. C.

El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: "No existe tratamiento cuando el tumor es sangrante, duro e infiltrante. A lo mínimo un caso descrito es de un hombre". También se hacen descripciones en el antiguo Egipto y en el papiro Ebers. Más tarde Hipócrates describe varios casos y apunta que las pacientes con cáncer extendido y profundo no deben ser tratadas, pues viven por más tiempo. En su obra *Enfermedades de la mujer*, Hipócrates prestó atención al carcinoma de mama avanzado (Fernández Cid Fenollera, y colaboradores, 200 pag. 4).

El médico Galeno fue un médico, cirujano y filósofo griego en el Imperio romano. Considerado uno de los más completos investigadores médicos de la Edad Antigua, sus puntos de vista dominaron la medicina europea a lo largo de más de mil años en campos como la anatomía, la fisiología, la patología, la farmacología, y la neurología, así como la filosofía y la lógica. El primero en utilizar el término cáncer, del latín *cancrum*, por la asociación con los cangrejos.

Las ideas de Galeno eran diferentes de las de Hipócrates quien decía los tumores son tan duros como un capazón. El cáncer también es una enfermedad tenaz, que logra cambiar de localización en el organismo. Incluso algunos casos de cáncer de mama presenta una apariencia similar a las patas de un cangrejo. Aulo Cornelio Celso en el siglo I, y Galeno en el siglo II, refirieron la extirpación de los tumores mamarios y el uso del cauterio para la cirugía mamaria. Celso creía que una intervención imprudente sobre el cáncer podría ser dañina y exasperar el tumor. Se atribuye a Leónidas de Alejandría, médico griego, el primer procedimiento quirúrgico registrado para el cáncer de mama (antecedente de la moderna mastectomía). Con eso se distanciaba de los tratamientos o medicaciones usadas comúnmente hasta entonces, como baños tibios, entre otros. Además, Leónidas señaló la retracción del pezón como signo de malignidad para un tumor mamario.

En el siglo VI, Aecio de Amida señaló la posibilidad de que en el cáncer de mama coexistan tumefacciones satélites en el hueco axilar. En el siglo VII, el cirujano bizantino Pablo de Egina buscó perfeccionar la técnica de extirpación del cáncer de mama mediante el raspado de los ganglios de la axila.

Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750), con su remoción de los nódulos linfáticos, y posteriormente el cirujano Alfredo

Velpeau (1795-1867), abrieron el camino a la mastectomía moderna. Alfredo Velpeau es el autor de su época de la obra más importante en esta materia: *Tratado de las enfermedades del seno y de la región mamaria*. Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted, que inventó la operación conocida como "mastectomía radical de Halsted", procedimiento popular hasta fines de la década de 1970.

Características: El uso generalizado de los mamogramas de detección ha aumentado la cantidad de tumores cancerosos del seno, detectados antes de que causen algún síntoma. Aun así, algunos cánceres de seno no se detectan mediante mamogramas, ya sea porque no se realizó el estudio o porque aun en condiciones ideales los mamogramas no detectan todo el cáncer de seno. El síntoma más común del cáncer de seno es una nueva masa o protuberancia. Una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cáncer, aunque los tumores cancerosos del seno pueden ser sensibles al tacto blando y de forma redondeada. Incluso pueden causar dolor. Por este motivo es importante que un médico con experiencia en las enfermedades de los senos examine cualquier masa, protuberancia nueva, o cualquier cambio en los senos.

Otros posibles síntomas de cáncer de seno incluyen:

- Hinchazón de una parte o de todo el seno (aunque no se sienta una protuberancia definida)
- Irritación o hendiduras en la piel
- Dolor en el seno o en el pezón
- Retracción (contracción) de los pezones
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón.
- Secreción del pezón que no sea leche materna

Algunas veces un cáncer de seno se puede propagar a los ganglios linfáticos de las axilas o alrededor de la clavícula y causar una protuberancia o inflamación, aun antes de que el tumor original en el tejido del seno sea lo suficientemente grande como para poderlo palpar. Al doctor también se le debe notificar cualquier inflamación de los ganglios linfáticos. Sin embargo estos síntomas pueden ser causados por otras afecciones distintas al cáncer de seno.

Factores de riesgo

Incidencia según el sexo

El simple hecho de ser mujer es el principal riesgo de padecer cáncer de seno. Los hombres también pueden padecerlo, pero más común entre las mujeres que en los hombres. Esto probablemente se debe a que los hombres tienen menos de las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona, las cuales pueden promover el crecimiento de células cancerosas de seno.

Envejecimiento

Su riesgo de padecer cáncer de seno se incrementa conforme aumenta la edad. Aproximadamente uno de ocho cáncer de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad; mientras que, aproximadamente dos de tres cáncer invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más.

Factores de riesgo genéticos

Se cree que entre el 5 al 10 por ciento de los casos de cáncer de seno son hereditarios, lo que significa que se originan directamente de defectos genéticos (llamados *mutaciones*) heredados de uno de los padres. (Breastcancer, 2018)

Antecedentes familiares de cáncer de seno

El riesgo de cáncer de seno es mayor entre las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos desarrollaron esta enfermedad.

Si un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padece cáncer de seno, el riesgo de la mujer casi se duplica. El riesgo aumenta aproximadamente tres veces, si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad.

Se desconoce el riesgo exacto, aunque se sabe que las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno en el padre o un hermano también tienen un alto riesgo de padecer esta enfermedad. En total, alrededor del 15 por ciento de las mujeres con cáncer de seno tiene un familiar con esta enfermedad. Esto significa que la mayoría (más de 85 por ciento) de las mujeres que lo padecen no tienen antecedentes familiares de esta enfermedad.

Antecedentes personales de cáncer de seno

Una mujer con cáncer en un seno tiene un riesgo de tres a cuatro veces mayor de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo seno. Esto es diferente a la recurrencia (regreso) del primer cáncer.

Raza y origen étnico

En general, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres de raza negra; aunque éstas últimas tienen mayor probabilidad de morir a causa de este cáncer. Sin embargo, en las mujeres menores de 45 años de edad, el cáncer de seno es más común aquellas de raza negra.

Tejido mamario denso

Los senos están formados por tejido adiposo, fibroso y glandular. Se dice que una mujer tiene el tejido mamario denso cuando tiene más tejido glandular o fibroso y menos adiposo. Las mujeres cuyos senos aparecen densos en los mamogramas tienen un riesgo de padecer cáncer de seno de 1.2 a 2 veces mayor que las mujeres con una densidad promedio en sus senos. El tejido mamario denso también puede causar que los mamogramas sean menos precisos.

Un cierto número de factores puede afectar la densidad de los senos, tales como la edad, la menopausia, ciertos medicamentos (incluyendo terapia hormonal en la menopausia), el embarazo y la genética.

Algunas afecciones benignas del seno

Las mujeres diagnosticadas con ciertas afecciones benignas podrían tener un riesgo aumentado de cáncer de seno. Algunas de estas afecciones están más asociadas al riesgo de cáncer de seno que otras. Los doctores a menudo dividen las afecciones benignas del seno en tres grupos generales, dependiendo de cómo afectan este riesgo.

Lesiones no proliferativas: estas afecciones no están asociadas al crecimiento excesivo del tejido mamario. No parecen afectar el riesgo de cáncer de seno y, de hacerlo, es en muy poca extensión. Éstos incluyen:

- Fibrosis y/o quistes simples
- Hiperplasia leve
- Adenosis
- Ectasia ductal
- Tumor filloide (benigno)
- Un solo papiloma
- Necrosis adiposa
- Fibrosis periductal
- Metaplasia apocrina y escamosa
- Calcificaciones relacionadas con el epitelio

- Otros tumores benignos (lipoma, hamartoma, hemangioma, neurofibroma, adenomioepitelioma)

La mastitis (infección del seno) no es una lesión, pero es una afección que no aumenta el riesgo de cáncer de seno.

Lesiones proliferativas sin atipia: estas afecciones muestran un crecimiento excesivo de células en los conductos o lobulillos del tejido mamario. Parecen aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de seno en una mujer (de una y media a dos veces respecto al riesgo normal). Éstos incluyen:

- Hiperplasia ductal usual
- Fibroadenoma
- Adenosis esclerosante
- Varios papilomas
- Cicatriz radial

Lesiones proliferativas con atipia: en estas afecciones existe un sobrecrecimiento de las células en los conductos o lobulillos del tejido del seno y algunas células ya no lucen normales. Estas afecciones tienen un efecto mayor en el riesgo de cáncer de seno, aumentando el riesgo normal de 3 a 5 veces. Estos tipos de lesiones incluyen:

- Hiperplasia ductal atípica
- Hiperplasia lobulillar atípica
- Las mujeres con un antecedente familiar de cáncer de seno y con hiperplasia o hiperplasia atípica tienen un riesgo mayor de padecer cáncer de seno.

Períodos menstruales

Las mujeres que han tenido más ciclos menstruales debido a que comenzaron a menstruar temprano (antes de los 12 años), y/o que experimentaron tarde la menopausia (después de los 55 años), tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Este aumento en el riesgo podría deberse a una exposición más prolongada a las hormonas estrógeno y progesterona.

Antecedente de radiación al tórax

Las mujeres que siendo niñas o adultas jóvenes y recibieron radiación en el área del tórax, como tratamiento contra otro cáncer (tal como linfoma), tienen un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer de seno. Esto varía con la edad de la paciente al momento de recibir la radiación. Si también se administró quimioterapia pudo haber detenido por un tiempo la producción de hormonas ováricas, reduciendo el riesgo. El riesgo de padecer cáncer de seno debido a la radiación administrada al tórax es mayor si se recibió durante la adolescencia, cuando los senos aún estaban en desarrollo. La radioterapia después de los 40 años, no parece aumentar el riesgo de padecer cáncer de seno.

Tener hijos

Las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen, en general, un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Los embarazos múltiples o embarazos cuando la mujer es joven, reducen el riesgo del cáncer de seno en general. Aun así, el efecto del embarazo es diferente para los distintos tipos de cáncer de seno. Para el tipo conocido como *triple negativo*, el embarazo parece aumentar el riesgo.

Sobrepeso u obesidad

El sobrepeso o la obesidad después de la menopausia aumentan el riesgo de cáncer de seno. Antes de la menopausia sus ovarios producen la mayor cantidad de estrógeno y el tejido adiposo una pequeña cantidad de estrógeno.

Por otro lado, después de la menopausia (cuando los ovarios dejan de producir estrógeno), la mayor parte proviene del tejido adiposo. Un exceso de dicho tejido, después de la menopausia, puede aumentar su probabilidad de padecer cáncer de seno al aumentar los niveles de estrógeno. Además, las mujeres que tienen sobrepeso presentan niveles de insulina en la sangre más elevados, los cuales también están asociados a algunos tipos de cáncer, incluyendo el de seno.

Factores pronósticos y predictivos

Un factor pronóstico es cualquier medida disponible en el momento de la cirugía o del diagnóstico que se correlaciona con la evolución de la enfermedad, en ausencia de tratamiento adyuvante sistémico. Los factores pronóstico seleccionan a las pacientes que pueden beneficiarse de un tratamiento adyuvante.

Un factor es cualquier medida que predice la respuesta a un tratamiento específico. Los factores predictivos pueden identificar el mejor tratamiento para una paciente concreta.

Hay factores que pueden ser pronóstico y predictivos a la vez.

Los principales factores pronóstico en el cáncer de mama los obtenemos de la biopsia, pero hay algunos que dependen de la propia, como la edad y el estado menopáusico. Las pacientes jóvenes tienen más riesgo que las mayores.

1. **Tamaño tumoral:** el riesgo de recaída es más alto cuando es más grande el tumor.
2. **Afectación de los ganglios axilares:** el número de ganglios afectados es el factor pronóstico más importante, de forma que cuanto mayor es el número mayor es el riesgo de tener una recaída.
3. **Grado de diferenciación celular:** cuanto menos diferenciado es el tumor tiene peor pronóstico.

4. **Expresión de receptores hormonales:** la expresión de reportes hormonales es un factor de buen pronóstico y a la vez predice la respuesta al tratamiento hormonal.
5. **Subtipo de cáncer de mama:** el subtipo luminal A es el de mejor pronóstico y el triple negativo el del peor pronóstico.

1.2 Definición y tipos de mastectomía

Una mastectomía es una cirugía para extirpar un seno. Se realiza para tratar o para prevenir el cáncer de seno.

El tipo de cirugía que se decida dependerá del estado del cáncer, el tamaño del tumor, el tamaño del seno y la afectación de ganglios linfáticos. Muchas mujeres se someten a la reconstrucción del seno para reconstruir el seno después de una mastectomía.

A veces, la mastectomía se hace para prevenir el cáncer de mama. Sólo los pacientes de alto riesgo tienen este tipo de cirugía.

Mastectomía simple: en este procedimiento, también llamado mastectomía total, el cirujano extirpa todo el seno, incluyendo el pezón, pero no extirpa los ganglios linfáticos axilares ni el tejido muscular que se encuentra debajo del seno. En ocasiones se extraen ganglios linfáticos como parte de un procedimiento diferente durante la misma cirugía. Algunas veces se remueven ambos senos (mastectomía doble), a menudo como cirugía preventiva en las mujeres, con riesgo muy alto de padecer cáncer en el otro seno. La mayoría de las mujeres, si son hospitalizadas, pueden ser dadas de alta al día siguiente. La mastectomía simple es el más usual para tratar el cáncer de seno.

Mastectomía con conservación de piel: para las mujeres que están considerando la reconstrucción inmediata, se puede hacer una mastectomía con preservación de la piel. En este procedimiento, se deja intacta la mayor parte de la piel sobre el seno (a parte del pezón y la areola), lo cual puede resultar tan bien como en una mastectomía simple. La cantidad de tejido mamario extirpado es la misma que en la mastectomía simple. Este método se usa sólo cuando se planea hacer la reconstrucción inmediata del seno. Puede que no sea apropiado para tumores más grandes o para aquellos cercanos a la superficie de la piel. Los implantes o el tejido de otras partes del cuerpo se usa para reconstruir el seno. Este método muchas mujeres lo prefieren, pues ofrece la ventaja de formar menos tejido cicatricial y permitir la reconstrucción de un seno con aspecto más natural.

Mastectomía radical modificada: este procedimiento consiste en una mastectomía simple, más la extirpación de los ganglios linfáticos axilares (debajo de la axila).

Mastectomía radical: en esta operación extensa el cirujano extirpa todo el seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales (pared torácica) que se encuentran debajo del seno. Esta cirugía fue muy común durante un tiempo, pero se ha descubierto que una menos extensa (como una mastectomía radical modificada) ofrece los mismos resultados. Esto significa que no hay necesidad de pasar por la desfiguración y los efectos secundarios de una mastectomía radical. Por lo tanto, hoy día esta cirugía se realiza en pocas ocasiones. Puede que esta operación se siga haciendo para tumores grandes que invaden los músculos pectorales debajo del seno.

1.3 Tratamiento y tipos

Los tipos principales de tratamiento para el cáncer de seno son:

- Psicoterapia
- Cirugía

- Radioterapia
- Quimioterapia

Psicoterapia: es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

Es impartido por un profesional de la salud, principalmente psicólogo o médico, que puede abordar los diferentes trastornos psicopatológicos, habiendo realizado una formación específica en el área de la psicoterapia, y en una institución reconocida con programas de formación acreditados, que cumplen parámetros de rigor y de calidad.

Existen muy diversos marcos teóricos desde donde se puede desarrollar una psicoterapia exitosa, es decir, que lleve a un cambio positivo y duradero en la calidad de vida de quien solicita esta atención. Cada uno de estos marcos teóricos proviene de alguna escuela de psicología, que son las grandes escuelas de pensamiento e investigación básica a partir de las cuales se desarrollan una amplia variedad de enfoques terapéuticos basadas en los principios y pilares filosófico/científicos sobre los cuales se apoyan.

Cirugía Las opciones quirúrgicas son la cirugía conservadora del seno y la mastectomía. El seno se puede reconstruir al mismo tiempo que la cirugía o en una fecha posterior. La cirugía también se hace para verificar si el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que están debajo del brazo. Las opciones para esto incluyen una biopsia del ganglio linfático centinela y una disección de los ganglios linfáticos axilares.

La radioterapia

La radioterapia es un tratamiento con rayos o partículas de alta energía que destruyen las células cancerosas. La radiación a menudo se administra después

de la cirugía, con conservación del pecho para ayudar a reducir la probabilidad de que el cáncer regrese en el seno o en los ganglios linfáticos adyacentes. También se recomienda después de la mastectomía en pacientes donde el cáncer mide más de 5 cm o cuando los ganglios linfáticos son positivos al cáncer.

La radiación también se usa para tratar el cáncer que se ha propagado a otras áreas, por ejemplo los huesos o el cerebro.

Además, este tratamiento se puede administrar de forma externa (radiación con rayos externos) o internamente (braquiterapia).

Radioterapia externa

La radioterapia externa es el tipo más común de radioterapia para las mujeres con cáncer de seno. La radiación se emite desde una máquina externa al cuerpo y se concentra en el área afectada por la enfermedad.

La extensión de la radiación depende de si se ha hecho una mastectomía o una cirugía con conservación del seno y si los ganglios están o no afectados.

Si se hizo una mastectomía y los ganglios linfáticos no tenían cáncer, se dirige radiación a la pared torácica y a los lugares del cuerpo donde salía cualquier drenaje.

Si se realizó una cirugía con conservación del seno, con más frecuencia se administra radiación a todo el seno y un refuerzo adicional al área donde el cáncer se extirpó, para prevenir que regrese. El refuerzo a menudo se administra después de que los tratamientos a todo el seno han terminado. Se usa la misma máquina, pero los rayos se dirigen hacia el lugar donde se extrajo el cáncer. La mayoría de las mujeres no nota efectos secundarios diferentes del refuerzo de radiación en comparación con la radiación a todo el seno.

Si se encontró cáncer en los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo también se puede administrar radiación a esta área. En algunos casos el área

tratada también puede incluir los ganglios linfáticos supraclaviculares (los que se encuentran sobre la clavícula) y los ganglios linfáticos mamarios internos (los que se encuentran debajo del esternón en el centro del tórax).

Cuando se administra después de la cirugía, generalmente la radioterapia externa se inicia después de que los tejidos hayan podido sanar, lo que a menudo toma un mes o más. Si también se va a administrar quimioterapia, por lo general se retrasa la radiación hasta complementar la quimioterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, el equipo de radiación, cuidadosamente, tomará medidas para determinar los ángulos correctos para emitir los haces y las dosis adecuadas. Entonces harán unas marcas o pequeños tatuajes con tinta en la piel de la paciente, que posteriormente utilizará como guía para concentrar la radiación en el área correcta. Usted debe preguntar al equipo de profesionales si dichas marcas serán permanentes.

Las lociones, los polvos, los desodorantes y los antitranspirantes pueden interferir con la radioterapia externa. Por lo tanto, el equipo de profesionales puede indicarle debe evitar su uso hasta concluir los tratamientos.

La radioterapia externa es muy similar a la radiografía, pero la radiación es más intensa. El procedimiento en sí no es doloroso. Cada tratamiento dura sólo unos minutos, aunque el tiempo de preparación (colocarle en el lugar correcto para el tratamiento) usualmente toma más tiempo.

La radiación al seno se administra con más frecuencia (5 días a la semana) por aproximadamente 5 a 6 semanas.

Algunas mujeres mayores de edad que se han sometido a cirugía con conservación del seno en etapa inicial no necesitan radiación.

Irradiación acelerada del seno

El método convencional de recibir radiación externa 5 días a la semana por muchas semanas puede ser inconveniente para muchas mujeres. Algunos

médicos ahora están usando otros programas, como administrar dosis ligeramente mayores por sólo 3 semanas.

Administrar radiación en dosis más elevadas, usando menos tratamientos, se conoce como radioterapia hipo fraccionada. Este método fue estudiado en un grupo con mujeres tratadas con cirugía con conservación del seno y cuyo cáncer no se habían propagado a los ganglios linfáticos axilares.

Cuando se comparó la radiación administrada por 5 semanas y el tratamiento por sólo 3, fue igualmente eficaz en evitar que el cáncer regresara al mismo seno por los primeros 10 años, después del tratamiento. Actualmente se están estudiando nuevos métodos de administrar radiación por un periodo de tiempo aún más corto. En uno de los métodos, se administran mayores dosis de radiación cada día, pero el curso de radiación es reducido a sólo 5 días.

La radioterapia intraoperatoria

Es otro método donde se administra sólo una dosis elevada de radiación en el quirófano, justo después de la cirugía con conservación del seno (antes de cerrar la incisión en el seno), requiere equipo especializado y por lo tanto no está ampliamente disponible.

Radioterapia conformada en 3D

En esta técnica la radiación se administra con máquinas especiales, de manera que sea mejor dirigida al área donde estaba el tumor. Esto permite preservar más el seno sano. El tratamiento se administra dos veces al día por 5 días. Debido a que solo se trata parte del seno, a esto se le considera una forma de radiación parcial acelerada al seno.

Se espera que estos métodos demuestren ser por lo menos igual de eficaces que el método de irradiación al seno convencional usado actualmente, pero pocos estudios han comparado directamente estos nuevos métodos con la radioterapia convencional. Se desconoce si todos los nuevos métodos seguirán

siendo tan eficaces como la radiación convencional en el transcurso de muchos años. Por lo tanto, muchos doctores aún los consideran métodos experimentales. A las mujeres que estén interesadas en estos se les recomienda que pregunten a sus médicos sobre la participación en estudios clínicos que se estén realizando actualmente sobre irradiación acelerada del seno.

Posibles efectos secundarios de la radiación externa

Los efectos secundarios principales, a corto plazo, son hinchazón y pesadez del seno; cambios en la piel del área tratada y cansancio. Los cambios en la piel pueden ir desde enrojecimiento leve hasta descamación de la piel y ampollas. Es posible que su médico le aconseje evitar la exposición de la piel tratada a los rayos solares, ya que puede empeorar los cambios que ocurren en la piel. La mayoría de los cambios en la piel se alivian dentro de pocos meses. Los cambios en el tejido del seno generalmente desaparecen de 6 a 12 meses, aunque puede tomar hasta 2 años.

En algunas mujeres el seno se reduce de tamaño y se torna más firme después de la radioterapia. Haber recibido radiación también puede afectar la posibilidad futura de una reconstrucción del seno. Puede aumentar el riesgo de problemas si se administra después de la reconstrucción, especialmente con procedimientos de colgajo de tejido. Las mujeres que han recibido radiación en un seno pueden enfrentar problemas con la lactancia en el futuro. Además, la radiación al seno algunas veces, puede causar daño a los nervios del brazo. A esto se le llama plexopatía braquial y producir entumecimiento, dolor y debilidad en el hombro, el brazo y la mano (Smith GI, Xu Y, Buchholz, 2012 pag.307).

Braquiterapia

La braquiterapia, también conocida como radiación interna, es otra manera de administrar radiación. En lugar de aplicar los rayos de la radiación desde el exterior del cuerpo, las semillas o perdigones radiactivos se colocan dentro de un dispositivo, en el tejido del seno, en el área donde ha estado el cáncer. Se puede usar con la radiación externa en pacientes que se sometieron a cirugía

con conservación del seno, como una manera de añadir un refuerzo de radiación al área del tumor. También se puede usar por sí sola (en lugar de radiación a todo el seno). Puede que el tamaño del tumor, la localización y otros factores limiten quién puede obtener braquiterapia (Smith GI, Xu Y, Buchholz, 2012 pag.307).

Existen diferentes tipos de braquiterapia.

Braquiterapia intersticial: en este método, varios tubos pequeños y huecos, llamados catéteres, se insertan en el seno, alrededor del área donde se extrajo el cáncer, y se dejan en ese lugar por varios días. Cada día se insertan partículas radiactivas en los catéteres por un corto periodo de tiempo y luego se remueven. Este método de braquiterapia ha estado disponible por más tiempo (y existe más evidencia para apoyarlo), aunque ya no se usa tanto.

Braquiterapia intracavitaria: este constituye el tipo más común de braquiterapia para mujeres con cáncer de seno y se considera una forma acelerada de radiación parcial al área del seno.

Para cada tratamiento se coloca una o más fuentes de radiación (a menudo semillas o perdigones) a través del tubo y hacia el dispositivo por breve tiempo y luego se retira. Los tratamientos se administran de forma ambulatoria dos veces al día, durante 5 días. Después del último tratamiento, el dispositivo se encoje nuevamente y se retira.

Los estudios iniciales que evaluaban el uso exclusivo de braquiterapia intracavitaria, tras la cirugía con conservación del seno ofrecieron resultados prometedores; pero éstos no compararon directamente esta técnica con la radioterapia de rayos externos, convencional hacia todo el seno.

Terapia hormonal para el cáncer de seno

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

Los ovarios de una mujer son la fuente principal de la hormona estrógeno hasta la llegada de la menopausia. Después de la menopausia, se siguen produciendo pequeñas cantidades en el tejido adiposo del cuerpo, donde una hormona producida por la glándula suprarrenal es convertida en estrógeno.

El estrógeno promueve el crecimiento del cáncer que es positivo para receptores hormonales. Alrededor de dos de cada tres tipos de cáncer de seno son receptores hormonales positivos. La mayoría de las terapias hormonales para el cáncer de seno disminuye los niveles de estrógeno o evita que este actúe en las células cancerosas del seno. Esta clase de tratamiento es útil para cáncer de seno con receptores hormonales positivos, pero no ayuda a las pacientes cuyos tumores son negativos para receptores hormonales.

Medicamentos que bloquean el estrógeno

Tamoxifeno: el tamoxifeno bloquea los receptores de estrógeno de las células cancerosas del seno. Esto evita que el estrógeno se adhiera a las células y les indique que crezcan y se dividan. Aunque el tamoxifeno actúa como un anti estrógeno en las células del seno, actúa como un estrógeno en otros tejidos, como el útero y los huesos (Davies C, Pan H, Godwin J, 2013 pag. 381).

Para las mujeres que padecen cáncer de seno invasivo con receptor hormonal positivo, el tamoxifeno se puede administrar por 5 a 10 años después de la cirugía para reducir las probabilidades de que el cáncer regrese y para que las pacientes vivan por más tiempo. También reduce el riesgo de un nuevo cáncer de seno en el otro seno. Este medicamento se usa principalmente en mujeres con

cáncer de seno en etapa inicial que aún no han pasado por la menopausia. Los inhibidores de la aromatasa (discutido más adelante) son el tratamiento preferido para mujeres que han pasado por la menopausia.

QUIMIOTERAPIA

La palabra quimioterapia significa el uso de cualquier medicamento (como aspirina o penicilina) para tratar cualquier enfermedad. Para la mayoría de las personas se refiere al uso de medicamentos para el tratamiento del cáncer. A veces se abrevia "quimio". Otros dos términos que se usan para describir la quimioterapia como tratamiento del cáncer son terapia antineoplásica (contra el cáncer) y terapia citotóxica (que destruye las células) (Nicandro Mendoza Patiño, 2008, pag 576).

Para entender cómo funciona la quimioterapia, resulta útil entender el ciclo de vida normal de una célula del cuerpo o el ciclo celular. Todo tejido vivo está compuesto de células estas crecen y se reproducen para reemplazar aquellas que se pierden debido a lesiones o al envejecimiento normal. El ciclo celular consiste en una serie de fases por las cuales pasan las células normales y las cancerosas para formar células nuevas.

Este análisis es algo técnico, pero puede ayudarle a entender cómo los médicos predicen las combinaciones de medicamentos que pueden ser eficaces y cómo deciden la frecuencia de administración de las dosis de cada medicamento.

El ciclo celular consiste en cinco fases que se designan con letras y números. Como la reproducción celular es un proceso continuo, el ciclo celular se muestra en forma de círculo.

Cuando la célula se reproduce, el resultado son dos células nuevas idénticas. Cada una de las dos que se originan de la primera célula puede pasar por este ciclo celular otra vez cuando se necesitan células nuevas.

Hay tres objetivos posibles de los tratamientos de quimioterapia:

Curación: si es posible, la quimioterapia se usa para curar el cáncer, lo que significa que el cáncer desaparece y no regresa. Sin embargo, la mayoría de los médicos no usan la palabra “curación”, excepto como una posibilidad o intención. Cuando se administra un tratamiento que tiene probabilidades de curar el cáncer de una persona, el médico puede describirlo como un tratamiento con intención curativa. Pero no existen garantías, y aunque la cura podría ser el objetivo, el resultado no siempre es el esperado. A menudo puede que transcurran muchos años para saber si el cáncer de una persona se curó realmente.

Control: si no es posible una curación, la meta puede ser controlar la enfermedad, reducir el tamaño de cualquier tumor canceroso y/o evitar el crecimiento y la propagación del cáncer. Esto puede ayudar a que una persona con cáncer se sienta mejor y posiblemente viva más tiempo. En muchos casos el cáncer no desaparece completamente, pero es controlado y tratado como una enfermedad crónica, de manera similar a la enfermedad cardíaca o la diabetes. En otros casos, puede parecer que el cáncer desapareció por un tiempo, pero se espera que regrese.

Paliación: cuando el cáncer se encuentra en una etapa avanzada, los medicamentos quimioterapéuticos se pueden usar para paliar los síntomas causados por el cáncer. Cuando la única meta de cierto tratamiento es mejorar la calidad de la vida, sin tratar la enfermedad en sí, se le llama tratamiento paliativo o paliación.

Las consecuencias psicológicas que lleva todo ese proceso de tratamiento es La ansiedad (sensación de preocupación o intranquilidad), el temor, la incertidumbre, el enojo y la tristeza son sentimientos comunes que los pacientes y sus familias tienen al estar lidiando con el cáncer. Todo esto es una reacción normal ante todo el estrés que surge con el cáncer. Muchas personas llegan a tener depresión, la cual a menudo puede deberse a los cambios químicos causados por el tratamiento.

1.4 Aspectos psicológicos del cáncer de mama

El diagnóstico de cáncer suele resultar en una serie de reacciones emocionales, sentimientos de tristeza, y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente, entre muchos otros. Estos sentimientos pueden ir acompañados de una reacción de shock, incredulidad y ansiedad, entre otros estados emocionales. Una condición más grave de estos trastornos incluye la presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas: disforia, anhedonia, trastornos de sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, pensamientos e ideas suicidas (McDaniel, Musselman, Porter, Reed & Nemeroff, 1995).

Quizá el cáncer de mama sea el tumor maligno más estudiado en relación con su impacto psicológico. En parte, porque es el más común entre la población femenina, por su naturaleza insidiosa y además, porque simboliza a un órgano que está íntimamente asociado con la autoestima, la sexualidad y la femineidad (Zabora, Blanchard, Smith, Roberts, Glajchen, Sharp, 1997).

El saber que se padece una enfermedad crónica altamente asociada a la muerte, el impacto psicosocial de la cirugía. Los pacientes pueden descubrir que se fortalecen las relaciones con los seres amados con el estrés que pasan durante el diagnóstico y el tratamiento. Mientras que algunas relaciones proveen de mucho apoyo, otras sorpresivamente llevan a la frustración. En muchos casos, el estrés en las relaciones se ocasiona por malentendidos y confusiones sobre como ofrecer apoyo a un sobreviviente de cáncer. Mucho quieren ofrecer su apoyo, pero simplemente no saben cómo. Con comunicación abierta, estos problemas pueden ser resueltos.

Después de que termina el tratamiento, algunos amigos, familiares y compañeros de trabajo pueden aparentar demostrar menos apoyo debido a que el cáncer se ha ido. Puede parecer que no apoyan debido a la ansiedad y otras

emociones; hablar con este amigo, familiar o compañero de trabajo puede ayudar a fortalecer la relación. Mientras que los sobrevivientes trabajan en sus relaciones para figurar que es lo que más importa en la vida, pueden elegir dejar de lado a los amigos casuales y enfocarse más en aquellos que consideran más valiosos y significativos.

Además de lidiar con sus propios sentimientos, un sobreviviente de cáncer también puede que tenga que lidiar con los sentimientos de incertidumbre y tristeza de sus amigos y familiares. Todo mundo necesita tiempo para recuperarse, tanto los sobrevivientes de cáncer como los que son cercanos él.

El desasosiego que producen las sensaciones de la quimioterapia o el temor a la recaída son solo algunos de los desencadenantes de las manifestaciones psicopatológicas más comunes en pacientes con cáncer de mama.

El porcentaje de pacientes que presentan trastornos psicológicos adaptativos no supera el 30%, mientras que cerca de un 20% presentan un diagnóstico psicológico relativamente formal: trastornos de ansiedad no reactivos, depresión mayor, síndromes orgánicos cerebrales, y en menor medida trastornos de personalidad y alimenticios relevantes. (Massie, Holland 1990). Después de excluir a personas con psicopatologías preexistentes, el porcentaje final se sitúa entre el 8% y el 15% (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, 1983). La excepción a los datos mencionados la construyen las pacientes de cáncer de mama con enfermedad avanzada. En este grupo particularmente vulnerable, la incidencia de trastornos psicológicos es concurrente a la debilidad física y a los síntomas de dolor.

Así, aproximadamente el 77% de las pacientes con estudio avanzado sufren de depresión grave (Sellick, Crooks 1999). Respecto a la etiología y excluidas posibles causas orgánicas e iatrogénicas, la intensidad, frecuencia y duración de la afectación emocional parecen ser dependientes de la vulnerabilidad personal (Wells, Golding, Burnam, 1988). En esto influyen varios factores predictores, como el deterioro de la condición física, la menor de edad (weisman, 1976), una

historia familiar o personal de morbilidad psiquiátrica, la poca eficacia de los estilos de afrontamiento adoptados ante demandas previas a la enfermedad (Ej. negación, evitación y capitulación) (Dunn, Steginga, 2000), el grado de interiorización de las metáforas e imaginario social del cáncer (Ej. dolor, sufrimiento, soledad); la experiencia indirecta previa con la enfermedad, la menor percepción de control sobre los acontecimientos, el escaso grado de asimilación de la información médica proporcionada y la insatisfacción por el apoyo familiar, médico y social recibido (McCaul, Sandgren, Kingo'Donell 1991).

No todo el estrés emocional diagnosticado en pacientes con cáncer de mama debería calificarse como patológico, sino más bien como transitorio o adaptativo (Classen, Koopman, Angel & Spiegel, 1996).

1.4.1 Fase terapéutica

Las pacientes refieren sentimientos de mayor esperanza, se sienten con protección debido a que se está haciendo algo con métodos sumamente agresivos; atacan a la enfermedad que las amenaza de muerte. El equilibrio emocional puede quebrarse de nuevo y las principales dificultades dependerán de los efectos colaterales que vengan del tratamiento. Con frecuencia se observa una variabilidad individual donde los factores psicológicos, tales como los estilos de afrontamiento y la capacidad de adaptación, son los principales moduladores a considerar. Los problemas dependen en parte del tipo de tratamiento (nauseas anticipatorias y la producida por la quimioterapia o trastornos por la imagen corporal después de la cirugía), mientras que otros son comunes a las diferentes terapias, como el miedo, la fatiga, la situación paradójica de sentirse mucho peor que antes de los tratamientos (Font-Guiteras, 2006).

La mastectomía suele producir sentimientos de pérdida, mutilación, desagrado de la imagen corporal y pone a prueba la eficacia de sus estrategias para afrontar tales situaciones.

La amenaza al auto concepto de femineidad será más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no tienen pareja (Massie, Holland, 1990). La experiencia de la quimioterapia parece ser más estresante en el caso del cáncer de mama. Cuando tiene carácter adyuvante, la percepción del control frente al desarrollo de la enfermedad permite paliar los síntomas de ansiedad y depresión reactiva relacionados con la náusea, el vómito, la debilidad y el cansancio (Amayra, 1994).

No obstante, se aprecia vulnerabilidad psicológica en:

- a) Personas con una discrepancia mayor y expectativas respecto a los efectos secundarios del tratamiento, pues interpretan signos como indicativos de progreso de la enfermedad y presentan mayor susceptibilidad del desarrollo de sensaciones de náusea o episodios de vómito pre y pos quimioterapéuticos (Morrow, Lindke, Black, 1991).
- b) Personas que conciben la belleza física primordial para su auto concepto y que interpretan la caída de cabello como un ataque intolerable a su identidad y experimentan sensaciones de desintegración corporal.
- c) Pacientes jóvenes que perciben la modificación parcial o total de los ciclos menstruales como signos de esterilidad definitiva.

Finalmente, la radioterapia es un tratamiento que está rodeado de un mayor misterio e incompreensión. A menudo las pacientes se muestran temerosas de someterse a un tratamiento invisible que les obliga a permanecer inmóviles, en silencio y solas debajo de una gran máquina. Existen además otros prejuicios más específicos, como los de resultar quemadas, desfiguradas, o perder funciones fisiológicas esenciales. A esto se añade la incertidumbre de quedar contaminadas por radiación, percepción que con frecuencia se acompaña de sentimientos de abandono, alienación y soledad (Guex, 1998). Así, el apoyo

psicológico debe apoyarse a mejorar el control de síntomas, analizar la información que se está asimilando al paciente (para corregir información o interpretaciones erróneas) y aumentar la percepción del beneficio del tratamiento (Font-Guiteras, 2006).

1.5 Definición de salud

La salud (del latín *salus*, -*utis*) es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud.

Según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su constitución aprobada en 1948: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así, se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo, tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social).

Dentro del contexto de la promoción de la salud, ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas

1.6 Psicología de la salud

La Psicología de la salud podría ser definida como: “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”, (Oblitas, 2006).

Entre las principales aportaciones de la Psicología de la salud tenemos (Oblitas, 2007):

- (a) Promoción de estilos de vida saludables.
- (b) Prevención de enfermedades; modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
- (c) Tratamiento de enfermedades específicas como la diabetes, el intestino irritable, el cáncer, el SIDA, etc. En estos casos los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- (d) Evaluación y mejora del sistema sanitario.

Cuando las personas se refieren a la salud, generalmente piensan sólo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma. Hoy también debemos considerar sus aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales, (Oblitas, 2007). En la actualidad existe multitud de evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Nuestra conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera) tiene un efecto inmenso en nuestra salud. Por ejemplo, un hábito como el de fumar es el responsable de un 12% a

un 15% de las muertes de los países avanzados; un 30% del cáncer, junto con una importante morbilidad, (Oblitas, 2005). Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyado por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes. Diversas intervenciones pueden reducir el dolor y sufrimiento experimentado tras una operación y acelerar el proceso de curación. El estado psicológico con más claros efectos negativos en nuestra salud es el estrés, habiéndose asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud, extendiéndose desde la enfermedad cardíaca coronaria al cáncer y supresión del sistema autoinmune, (Oblitas ,2005).

El desarrollo humano es todo proceso evolutivo que continua durante la vida. Durante este periodo mucha gente empieza a sentir que el tiempo se les escapa, las personas llegan a su mayor y último crecimiento o desarrollo corporal humano.

Los ciclos vitales son una serie de etapas por las cuales atraviesan los seres vivos. Las pacientes se encuentran en un periodo proactivo; donde se desarrollan todas las iniciativas para el funcionamiento adecuado del organismo. En este tiempo surgen el cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados a lo largo de la vida. Se desarrolla un sentido de urgencia donde se toma conciencia de la propia mortalidad.

CAPÍTULO II:

IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA

El cáncer de mama influye, al igual que sus tratamientos, de manera significativa en aspectos psicológicos de las personas que han sido diagnosticadas y tratadas por esta enfermedad, dentro de estos aspectos destacan los cambios que se producen en la imagen corporal la autoestima y la sexualidad. (Narváez, A; Rubiños, Cortés-Funes, F; Gómez, R y Garcia A. 2008).

El pecho tiene una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas mujeres son los senos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de su feminidad. Está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico; es un elemento que se valora y se precisa por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia, y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos (Narváez, A; Rubiños, Cortés-Funes, F; Gómez, R y Garcia A. 2008).

La imagen corporal se ve claramente afectada, tanto por la simetría provocada por la cirugía, como por los efectos secundarios de los tratamientos, tales como alopecia, aumento/ disminución del peso corporal o quemaduras en la zona irradiada. Los cambios en la apariencia física pueden deteriorar las relaciones de pareja y las relaciones sexuales, siendo frecuente la disminución de las mismas o la aparición del algún tipo de trastorno sexual (Narváez, A; Rubiños, Cortés-Funes, F; Gómez, R y Garcia A. 2008).

Resulta importante señalar que el tratamiento sistemático con quimioterapias o radioterapias repercute también en la imagen corporal de las mujeres, además de su libido y de su fertilidad. La pérdida de pelo que experimenta la mayoría de las mujeres que recibe quimioterapias puede ser muy traumática. Además, muchas mujeres cuando reciben quimioterapias entran en la menopausia, sobre todo si estaban cerca de ella en el momento del tratamiento y aunque ya no dehesen tener hijos, pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal.

Cada persona reacciona de forma diferente ante los cambios en la imagen, aunque en líneas generales suponen una nueva fuente de malestar y un nuevo proceso de adaptación. A algunas piensan que estos cambios no van a cambiar su personalidad ni su estilo de vida.

Es por todo lo anteriormente descrito que la intervención psicológica en la imagen corporal en este tipo de enfermedad neoplásica ha adquirido mucha importancia y representa un reflejo de la necesidad que tienen las pacientes de recibir una atención sanitaria que recoja el impacto emocional que provoca su diagnóstico y las dificultades de adaptación que surgen como resultado de los tratamientos tales como cirugía, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.

2.1 Definición de imagen corporal

Es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y como se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo. La imagen corporal se percibe además como parte del auto-concepto, que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de si mismas, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa.

En tanto, la imagen corporal supone tanto el conocimiento como la representación simbólica del propio cuerpo, es decir, la imagen corporal es la

manera en la cual nos vemos y nos imaginamos a nosotros mismos, si es lindo, si es feo, si es gordo, flaco entre otras características físicas.

Con la imagen que nos conformamos cada uno sobre nuestro cuerpo podremos estar conformes o inconformes. En el primer caso no habrá que discutir ni que hacer, estamos felices con quienes somos corporalmente, muestras tanto si ocurre la segunda opción, no nos gusta cómo nos vemos, entonces, ahí si habrá problemas ya que puede suceder que la persona sufra de algún tipo de complejo por ello y que eso desencadene estados de ánimo en donde predomina la baja autoestima y así poder desembocar en depresión. En este último caso se requerirá de un especialista que pueda asistir a la persona que padece esta problemática.

En tanto, la imagen corporal se encuentra compuesta de diferentes elementos:

- Elemento perceptivo: percepción del tamaño, peso y las formas.
- Elemento cognitivo afectivo: los sentimientos, pensamientos y actitudes que despierta el pensar de su propio cuerpo.

La imagen corporal se forma tanto puede ser negativa o positiva, cabe destacar que ni en la imagen positiva, ni en la negativa es necesaria alguna condición que marque la satisfacción o insatisfacción, según corresponda si no que en realidad eso dependerá exclusivamente de como la persona se siente y percibe.

Cuando una persona no se siente conforme con alguna parte de su cuerpo es muy común que recurra a la cirugía plástica para mejorarla. La medicina estética realmente avanzada ara posible practicarse cualquier tipo de modificación corporal.

Rosen (1992) señala que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Slade (1994) “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”

2.1.1. Imagen corporal positiva

Las personas con una imagen corporal positiva tienen una percepción más realista de su cuerpo y no consideran que su autoestima o valor personal dependa de su apariencia física. Aunque pueden cuidar su cuerpo, hacer dieta si lo consideran necesario o tratar de mantenerse en forma, aceptan su cuerpo tal como es y no gastan demasiada energía en tratar de cambiarlo o mejorarlo o en preocuparse por el peso, las calorías, o la comida. En general, se sienten a gusto con su cuerpo. Puede que haya partes de su cuerpo que no les gusten especialmente, pero no se paran a pensar mucho en ello y las aceptan a pesar de todo.

Las personas con una imagen positiva se centran más en lo que pueden hacer con su cuerpo y menos en el aspecto que tiene. Por ejemplo, pueden subir por las escaleras sin cansarse demasiado, nadar, etc. Además, estas personas piensan que su aspecto físico no determina su valor como personas y dan más importancia a su forma de ser y comportarse.

2.1.2 imagen corporal negativa

Cuando una persona tiene una imagen corporal negativa de sí misma suele tener una imagen distorsionada de su cuerpo o partes de él, percibiéndolas de un modo diferente y más negativo a como es en realidad o como lo perciben los demás esto se da a mujeres con cáncer de mama debido a que llevan una cirugía y un tratamiento que produce esta reacción de ellas mismas (Narvárez, A; Rubiños, C; Cortes-Funes, F; Gómez, R; Garcia, A. 2008).

Estas personas suelen dar una gran importancia a su aspecto físico, de manera que si no les gusta su cuerpo (o alguna parte de él) se sienten fracasadas, avergonzadas, piensan que no gustarán a nadie y esperan el rechazo de los demás como consecuencia de su físico. Se sienten incómodas y extrañas dentro de su cuerpo y desearían tener un aspecto diferente.

Por lo general, no suelen tener en cuenta hasta qué punto sus propias expectativas pueden acabar haciéndose realidad debido a su propio rechazo, más que al rechazo de los demás.

2.2 Desarrollo de la imagen corporal de acuerdo al entorno social

El desarrollo de la imagen corporal depende en gran medida de nosotros mismos, pero inevitablemente se ve influenciada también por las personas de nuestro entorno y por la sociedad en general. A menudo se recibe mensajes explícitos e implícitos de familiares y amigos sobre nuestro cuerpo y sobre el valor de la imagen en la actualidad. Los medios de comunicación también nos envían mensajes sobre la importancia de la imagen y el culto al cuerpo, a menudo mensajes con una influencia muy negativa en el desarrollo de nuestra imagen corporal, ya que suelen mostrar como modelos de belleza cuerpos irreales e inalcanzables (influencia de los medios de comunicación).

Los diferentes agentes que se ven implicados en el desarrollo de la imagen corporal, existe otro factor que incide en esta el proceso natural de crecimiento y envejecimiento de las personas. Etapas vitales como la pubertad o la menopausia pueden alterar la imagen corporal de la persona, ya que cuando nuestro cuerpo cambia experimenta cambios en las emociones y sentimientos.

- El concepto de belleza depende de la cultura y del momento en que vives. Dependiendo del momento histórico y de la cultura en la que vivas, la belleza representa conceptos diferentes.
- Tu familia: en el seno familiar aprendes a comportarte, a relacionarte y mediante el ejemplo de tus padres aprendes a desarrollar la idea que

tienes sobre ti mismo y tu imagen corporal. Estos parámetros no son siempre los mismos en todas las familias.

- Cuando llegas a la adolescencia ya no eres una niña pero tampoco una adulta. Debido a esta ambigüedad que experimentas unido a los cambios físicos que vives, resulta un periodo complejo. Buscas tu propia identidad, como parte de esa nueva identidad, existe una mayor preocupación por tu imagen corporal y como esta es aceptada o no por tus grupos de referencia.
- Tus amistades: las comparaciones que realices con tu grupo de referencia, como son tus amigos, influyen en la manera en la que te ves. Si eres aceptado, tus amigos serán una gran fuente de refuerzo positivo, pero por el contrario, si eres o has sido víctima de burlas como *“cuatro ojos”*, *“eres unas vaca”*, *“pinocho”*, *“soplillo”* etc. esas críticas pueden influir de forma muy negativa en la construcción de tu imagen corporal, incluso durante la vida adulta.
- Tu autoestima: desarrollar una autoestima sana y equilibrada te permite considerar tu imagen corporal solo y exclusivamente como un elemento más del valor personal que cómo ser humano tienes. Si la imagen que ves en el espejo no se adapta al ideal de belleza que consideras que *“debes”* tener, es muy complicado que puedas sentirte bien con tu cuerpo y contigo misma. Como dice Walter Riso :

“lo importante no es ser bella, sino gustarse a uno mismo. La belleza es una actitud. Si te sientes guapo o guapa, lo eres, y eso transmitirás a los demás, pero si aceptas pasivamente el modelo de belleza que te imponen desde fuera, terminarás pensando que eres horrible”.

- Los medios de comunicación: te transmiten constantemente a través de la publicidad, los estereotipos del ideal de belleza, te dicen cómo tienes que vestirte y cuál debe ser tu apariencia física.

2.3 Relación entre autoestima, imagen corporal y cáncer de mama

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, y la amenaza que puede suponer para la vida, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva.

Aunque la mayoría de los tipos de cáncer tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento necesario (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.pag23) produce alteraciones corporales significativas, se ha venido prestando especial atención en la literatura al tema de la imagen corporal y el cáncer de mama, probablemente por dos razones: a) por su importancia epidemiológica y su -cada vez mayor- carácter crónico y, b) por las importantes connotaciones psicosociales que conlleva para la mujer. En este sentido, el pecho tiene una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas mujeres son los senos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la femineidad (Carver, Pozo-Kaderman, Price, Noriega, Harris, Derhagopian, ., 1998).

el tipo de cirugía, mastectomía versus tumorectomía, afecta significativamente al grado de satisfacción que la mujer tiene con su cuerpo y consigo misma después de la operación, siendo las mujeres mastectomizadas las que tienen una peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han sufrido. La pérdida de pelo que experimenta la mayoría de las mujeres que recibe quimioterapia puede ser muy traumática.

La cirugía extirpa una parte o todo el seno de las pacientes, la quimioterapia puede provocar la caída del cabello, una menopausia prematura trae consecuencias como sofocos, cambios de humor, irritabilidad, ausencia de

deseo y sequedad vaginal, y la radioterapia produce fatiga. Dependiendo del estilo personal de la paciente, de la gravedad de su condición, de sus recursos personales, de la disponibilidad y percepción de apoyo de su entorno, la mujer puede (o no) experimentar alteraciones importantes en su calidad de vida.

Los efectos del cáncer de mama sobre la autoestima pueden ser muy perturbadores, especialmente en aquellas mujeres que basan su auto concepto en sus atributos físicos y que se consideran más mujeres, más bellas y atractivas y, en general, mejores personas si están “íntactas” o han estado orgullosas de sus mamas.

El malestar psicológico producido por los cambios en la imagen corporal de la mujer con cáncer de mama como, caída temporal del cabello debido a quimioterapia y, en especial, la extirpación parcial o de toda la mama, pueden conllevar a una sensación de mutilación y de disminución de la autoestima. También a una pérdida de femineidad y atractivo sexual, alteración de la función sexual, angustia, sentimientos depresivos como desesperanza, culpa, vergüenza o miedos a la recurrencia del cáncer, al abandono y a la muerte.

2.4 Definición de autoestima

La autoestima un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad; es decir el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor. Esta autovaloración es muy importante, pues de ella depende en gran parte la realización de nuestro potencial personal y nuestros logros en la vida. De este modo, las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y responsabilidades que la vida plantea. Por el contrario, los que tienen una autoestima baja suelen auto limitarse y fracasar.

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas,

negativas y menos depresión que las personas con una autoestima baja. De modo similar, las personas con una autoestima elevada pueden manejar mejor el estrés y cuando son expuestas al mismo, experimentan menos efectos negativos en la salud.

La autoestima, es el concepto que tenemos de nuestra capacidad y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no. Se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Es lo más profundo de nuestro ser existente, una imagen que nosotros hemos creado refleja la idea que nosotros forjamos de quienes somos como persona. Corresponda o no a la realidad, esta imagen es nuestro punto de referencia, nuestra base para tomar decisiones y nuestra guía para todo lo relacionado con nuestra cotidianidad (Pereira, 2011).

2.5 Autoestima

El término autoestima es la traducción del término inglés self-esteem, que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y de la personalidad. Como tal, el concepto se refiere a la íntima valoración que una persona hace de sí misma (Polaino, 2004). Existen diversos conceptos, pues no existe una sola definición, Sin embargo, es importante explicar este término, por eso se mencionan algunas definiciones que abordan diversos autores:

En este sentido: A. Polaino (2003), propone un concepto de autoestima: tratar de hacerse a sí mismo, a partir de los desechos fragmentarios, saludables o enfermizos, buenos o malos, que van desvelando el propio yo. Para este autor la supone dos actitudes previas.

1. Aceptación de sí mismo. Aun teniendo en cuenta que aceptarnos no significa carecer del afán de cambiar mejorar o evolucionar (Branden, 2004).

2. Liberarse de la propia culpa, es decir, dejar de sentirse irremediamente culpable de los propios fallos y fracasos. Es necesario superar el sentimiento de culpabilidad mediante un propósito eficaz de corregir nuestros errores y deficiencias.

A menudo se distingue entre una autoestima positiva y otra negativa. La positiva es la que se acaba de describir, la negativa es simplemente la falta de, y su manifestación común es el descontento de sí mismo, acompañado del desánimo y el sentimiento de inferioridad.

Nathaniel dice: la autoestima “Es la experiencia de ser competente para enfrentar a los desafíos básicos de la vida y de ser digno de felicidad, es la reputación de nosotros mismos, es decir la opinión y la fama que yo tengo de mí mismo, no la que lo demás tienen de mí” (1998: pág. 119).

Abraham Maslow, en su jerarquía de las necesidades humanas describe la necesidad de aprecio que se divide en dos aspectos, el que se tiene uno mismo (amor propio, confianza, pericia, suficiencia, etc.), y el respeto o estimación que se recibe de otras personas (reconocimiento, aceptación, etc.). La expresión de aprecio más sana, según Maslow, es la que se manifiesta “en el respeto que le merecemos a otros, más que el renombre, la celebridad y la adulación”.

Para Branden (2001) es una experiencia de ser competente, para así enfrentarse a los desafíos u obstáculos de la vida. Además incluye la dignidad de la felicidad. Este aspecto incluye dos componentes:

1. Considerarse eficaz, tener confianza en la capacidad de sí mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones adecuadas; superar los retos y producir cambios.
2. Respeto a sí mismo y por los demás. Esto incluye la conciencia de que se tiene derecho a ser feliz, así como también debe existir la confianza de que las personas son dignas a logros y éxitos.

La eficacia y el respeto por sí mismo conforman el doble pilar sobre el que se basa el autoestima sana, al fallar uno de los dos dicha característica se verá perjudicada.

Según N. Branden, “Es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida y de su derecho a ser feliz respetar y defender sus intereses y necesidades” (2000: Pág. 35).

Carl Rogers define en 1967 a la autoestima como un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren al sujeto.

Podemos decir que ejemplos de estas percepciones son: las características, los atributos, cualidades y defectos, capacidades y límites, valores y relaciones que el sujeto reconoce como descriptivos de sí y que él percibe como datos de su identidad, definiendo la autoestima como la constitución del núcleo básico de la personalidad, exponiendo que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados. (Rogers, 1969, Ilaniza 2011).

En conclusión, puede definirse como la evaluación y valoración que el individuo hace de sí mismo. Incluye la capacidad que tiene para enfrentarse y superar obstáculos de la vida, además de saber reconocer sus logros y el de los demás. En este sentido, el individuo realiza frecuentes estimaciones de sus constantes interacciones consigo mismo y con el ambiente en el que se desenvuelve, logrando monitorear constantemente cómo influye dentro de él. De acuerdo con la satisfacción que esto le brinde, va a tomar una actitud hacia sí mismo y hacia los demás

2.6 Importancia de la autoestima

La autoestima es importante porque la valoración de sí mismo es la fuente de la salud mental. La autoestima es la idea que uno tiene de sí mismo, en cuanto uno se valora y cuán importante pensamos que somos importantes.

Este término juega un papel muy importante en la vida de las personas. Los éxitos y los fracasos; la satisfacción de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su sello. Tener una autoestima positiva es de mayor importancia para la vida personal, profesional y social (Pereira, 2011).

Aunque este término no es fácil de definirlo, colinda con otros como el éxito, el auto superación y la plenitud. Se refiere al desarrollo integral y ascendente en las áreas que configuran a toda persona es decir lo intelectual, lo familiar, lo afectivo, lo físico, lo laboral y lo espiritual. En otras palabras todo individuo desea ver sus necesidades y anhelos satisfechos lo mejor posible. En la vida real sucede que el nivel de competencia y las exigencias altas de la cultura se vuelven obstáculos que las personas pudieran experimentar a medida que logran lo que se proponen. Algunas personas progresan más rápido que otras, toman la vida con mayor calma que sus semejantes.

La autoestima es el primer elemento necesario para experimentar el gozo de vivir, Branden (2000) muestra las ventajas y/o importancia diciendo que, entre más alta sea esta:

- Mejor preparados estaremos para hacer frente a nuestras adversidades.
- Más posibilidades tenemos de ser creativos en nuestro trabajo.
- Más ambiciosos seremos en todos los aspectos de nuestra vida.
- Más posibilidades tendremos de entablar relaciones personales enriquecedoras.
- Más inclinados estaremos a tratar a los demás con respeto.

- Más alegría experimentaremos en toda nuestra vida.

2.7 Niveles de la autoestima

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

- Tener una **autoestima alta** equivale a sentirse confiadamente apto para la vida o, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona.
- Tener una **autoestima baja** es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.
- Tener un **término medio de autoestima** es oscilar entre los dos estados anteriores; es decir, sentirse apto e inútil, acertado equivocado como persona y manifestar estas incongruencias en la conducta; unas veces con sensatez, otras con irreflexión reforzando así la inseguridad.

2.8 Características de la autoestima

Coopersmith (2007) menciona que la autoestima tiene diversas características; la primera es el tiempo, ya que ésta es susceptible a cambiar con base en las experiencias que cada individuo vaya teniendo a lo largo de su vida. Cada experiencia, cada aprendizaje va cambiando la perspectiva e imagen de cada individuo; modifica también la forma en cómo lo ven los demás.

Otras características es la individualidad, vinculada con las experiencias de cada persona; creando en sí un nivel de autoestima diferente. Esto varía dependiendo del ambiente en el que se desenvuelve un determinado sujeto; si se vive con una familia disfuncional ese nivel en comparación con a una persona que se desarrolla con una familia funcional.

2.8.1 Características de la autoestima alta (Campos y Muños, 1992).

Saben que cosas pueden hacer bien y qué pueden mejorar.

- Se sienten bien consigo mismos.
- Expresan su opinión.
- No temen hablar con otras personas.
- Saben identificar y expresar sus emociones a otras personas.
- Participan en las actividades que se desarrollan en su centro de estudio o trabajo.
- Se valen por sí mismas en las situaciones de la vida, lo implica dar y pedir apoyo.
- Les gusta los retos y no les temen.
- Tiene consideración por los otros, sentido de ayuda y están dispuestos a colaborar con las demás personas.
- Son creativas y originales, inventan cosas, se interesan por realizar tareas desconocidas, aprenden actividades nuevas.
- Luchan por alcanzar lo que quieren.
- Disfrutan las cosas divertidas de vida, tanto de la propia como de la de los demás.
- Se aventuran en nuevas actividades.
- Son organizados y ordenados en sus actividades.
- Preguntan cuándo algo no lo saben.
- Defienden su posición ante los demás.

- Reconocen cuando se equivocan.
- No les molesta que digan sus cualidades, pero no les gusta que los adulen.
- Conocen sus cualidades y tratan de sobreponerse a sus defectos.
- Son responsable de sus acciones.

2.8.2 Características de las personas con Baja autoestima (Campos y Muñoz 1992).

- Piensan que no pueden, que no saben nada.
- No valoran sus talentos. Miran sus talentos pequeños, y los de los otros los ven grandes.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.
- Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa.
- Son aisladas y casi no tienen amigos.
- No les gusta compartir con otras personas.
- Evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o en su trabajo.
- Temen hablar con otras personas.
- Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Se dan por vencidas antes de realizar cualquier actividad.
- No están satisfechas consigo mismas, piensan que no hacen nada bien.

- No conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas.
- Debido a que no tienen valor, les cuesta aceptar que las critiquen.
- Les cuesta reconocer cuando se equivocan.
- Manejan mucho sentimiento de culpa cuando algo sale mal.
- En resultados negativos buscan culpables en otros.
- Creen que son los feos.
- Creen que son ignorantes.
- Se alegran ante los errores de otros.
- No se preocupan por su estado de salud.
- Son pesimistas, creen que todo les saldrá mal.
- Busca líderes para hacer las cosas.
- Creen que es una persona poco interesante.
- Creen que causa mala impresión en los demás.
- Les cuesta obtener sus metas.
- No les gusta esforzarse.
- Siente que no controla su vida.

Escalera de la autoestima

Auto reconocimiento: Es reconocerse a sí mismo, reconocer las necesidades, habilidades, potencialidades y debilidades; cualidades corporales o psicológicas; observar sus acciones, como actúa, por qué actúa y qué siente.

Auto aceptación: Es la capacidad que tiene el ser humano de aceptarse como realmente es en lo físico, psicológico y social. Aceptar cómo es su conducta consigo mismo y con los otros, es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como forma de ser y sentir.

Por auto aceptación se entiende:

1. El reconocimiento responsable, ecuánime y sereno de aquellos rasgos físicos y psíquicos que nos limitan y empobrecen, así como de aquellas conductas inapropiadas y/o erróneas de las que somos autores.
2. La consciencia de nuestra dignidad innata como personas que, por muchos errores o maldades que perpetremos, nunca dejaremos de ser nada más y nada menos que seres humanos falibles.

Auto valoración: Refleja la capacidad de evaluar y valorar las cosas que son buenas de uno mismo, aquellas que le satisfacen y son enriquecedoras, le hacen sentir bien, le permiten crecer y aprender. Es buscar y valorar todo aquello que le haga sentirse orgulloso de sí mismo.

Auto respeto: Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. El respeto por sí mismo es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad; es tratarse de la mejor forma posible, no permitir que los demás lo traten mal; es el convencimiento real de que los deseos y las necesidades de cada uno son derechos naturales, lo que permitirá poder respetar a los otros con sus propias individualidades.

Auto superación: Si la persona se conoce es consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores, desarrolla y fortalece sus capacidades y potencialidades; se acepta y se respeta. Está siempre en constante superación, por lo tanto, tendrá un buen nivel de autoestima, generando la capacidad para pensar y entender, para generar, elegir y tomar decisiones o resolver asuntos de

la vida cotidiana, escuela, amigos, familia, etc. Es una suma de pequeños logros diarios.

Auto eficacia y auto dignidad

La autoestima tiene dos aspectos interrelacionados:

Un sentido de ganador y de poder salir adelante (auto eficacia)

Un sentido de mérito personal (auto dignidad)

Auto eficacia: confiar en el funcionamiento de mi mente, capacidad de pensar, en los procesos por los cuales juzgo, elijo, decido; confianza en la capacidad de comprender los hechos de la realidad que entran en la esfera de mis intereses y necesidades; confianza concedora en uno mismo.

Auto dignidad: seguridad de mi valor; una actitud afirmativa hacia mi derecho de vivir y felicidad.

Auto eficacia y auto dignidad son los pilares duales de la autoestima. La falta de alguno de ellos afecta enormemente; representan la esencia de la autoestima.

La autoestima influye en:

1-Problemas mentales (depresión, ansiedad)

2-Problemas alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad)

3-Problemas para desarrollarte en el trabajo (dificultad para el trabajo en equipo, evadir responsabilidades, bajo desempeño en proyectos, tratar de complacer a todos)

4-Problemas afectivos a nivel pareja (Problemas para encontrar pareja, problemas de intimidad con tu pareja, problemas de fidelidad,)

5-Problemas afectivos a nivel social (Miedo a hablar con gente nueva, miedo a asistir a eventos sociales, Poco interés a realizar actividades)

6-Panico esenio (Miedo a hablar en público)

7-Problemas familiares (Mayores posibilidades de afectar el autoestima de nuestros hijos, problemas para demostrar amor y)

8-Adicciones (Abuso en el consumo de alcohol, tabaquismo, drogadicción)

CAPÍTULO III:

TEORÍA GESTALT

La psicología de la Gestalt se puede encuadrar dentro del marco más amplio de la psicología humanista, ya que pone énfasis en las vivencias subjetivas de cada persona, da importancia a aspectos positivos de la psicología tales como la autorrealización y la búsqueda de decisiones acertadas, y trabaja con una concepción del ser humano como agente capaz de desarrollarse de forma libre y autónoma.

3.1 Definición de teoría Gestalt

La psicoterapia gestáltica se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, “en el aquí y el ahora”, su presente. Haley (1973) considera que uno de los 12 pasos que se dan en el arte de fracasar como terapeuta reside en situarse en el pasado. La experiencia ocurre únicamente en el presente, lo que de ninguna manera significa que el pasado y el futuro son inexistentes.

Uno de sus requisitos en la aplicación terapéutica consiste en que el individuo tome conciencia o se dé cuenta de lo que sucede dentro de sí mismo y su alrededor. Por esta razón, en sus comienzos, su fundador Fritz Perls, la llamo “terapia del darse cuenta” y posteriormente “terapia de la concentración”.

La terapia Gestalt es conveniente para las mujeres con cáncer de mama ya que el objetivo de la terapia es ampliar la conciencia de la persona para que se responsabilice de su propio bienestar, es decir, cobrar conciencia de sus mecanismos de defensa, trampas, boicoteos, puntos ciegos, etc., para así poder abordarlos y no reaccionar al entorno de forma automática.

La gestalt creen el principio de homeostasis o autorregulación organísmica que es la capacidad del ser humano de encontrar el propio equilibrio. Si las mujeres con cáncer de mama es consciente de cómo reacciona automáticamente ante el entorno, podrá regularse, es decir, reaccionará de un modo que sea saludable y apropiado para cada circunstancia. Así, alcanza el equilibrio con el entorno y consigo mismo. Una herramienta utilizada es el darse cuenta: si nos damos cuenta de lo que hacemos y cómo lo hacemos, podremos responsabilizarnos y seremos capaces de actuar de otra manera obteniendo otros resultados.

El término alemán Gestalt significa “figura, configuración o totalidad”, lo que significa que ningún fenómeno puede ser analizado si no es tomado en su totalidad. En la práctica este principio implica que la persona está compuesta de factores físicos, emocionales, intelectuales y sociales, sin olvidar los espirituales. Si uno de ellos es afectado los otros sufrirán también las consecuencias; por ejemplo los trastornos psicosomáticos. El concepto de totalidad considera que el fin de la psicoterapia es que la persona pueda pensar con la mente y sentir con las emociones, la integración de esta polaridad mente-cuerpo permite que el individuo desarrolle su potencial humano. Warren (1934) define la Gestalt como la integración de miembros en contraste con la sumatoria de las partes. Expresado de otra manera significa que el todo es más que la suma de las partes. Para Laura Perls, la terapia Gestalt es una psicoterapia holística, lo cual significa que toma en consideración al organismo en su totalidad, no únicamente la voz, lo verbal.

Krishnamurti (1984) al referirse al significado de la educación, dice que su función es lograr un individuo integrado, capaz de enfrentar la vida como una totalidad.

Todo lo anterior explica la importancia que concede la terapia Gestalt al proceso terapéutico considerado en su totalidad, compuesto tanto del contenido o el mensaje verbal que emite el cliente frente al terapeuta, como de la fenomenología que expresa en el momento que interactúa verbalmente con el

terapeuta o facilitador del proceso. En muchas ocasiones el cuerpo expresa las necesidades, emociones y pensamientos del individuo con más claridad que la frase hablada y en otras describe la incongruencia entre el lenguaje verbal y el no verbal (corporal) de su cliente.

Para Martin Buber (1965) la comunicación no está en una de las dos personas, ni tampoco en las dos juntas; se da el diálogo en sí mismo. Siendo este una comunicación que no se limita a la emisión y recepción de signos lingüísticos entre dos personas, puede hacerse en silencio (la inteligencia consiste en saber leer los silencios). Sin embargo, muchas conversaciones pueden ser monólogos y no diálogos (Friedman, 1965). La interrelación terapéutica yo-tu, del principio dialógico, es la más alta forma de contacto.

En esta definición de la terapia Gestalt no puede faltar el objetivo final perseguido; que el cliente realice, con la ayuda del terapeuta, la transición de depender del medio, para recibir apoyo y darse el mismo. Para lograr este objetivo, el terapeuta Gestalt tiene que centrarse, durante todas las sesiones, en la polaridad dependencia-independencia, para finalmente indicar al cliente que existen diferentes cambios que pueden tomar y ayudarlo a descubrir cuál de ellos es el más adecuado en ese momento de su vida. Con todo el cliente debe decidir por sí mismo; es su responsabilidad tomar decisiones. En este sentido la terapia Gestalt es un enfoque de psicoterapia que considera los trastornos de la persona o la conducta inadecuada como señales dolorosas para el individuo. La resolución de los mismos consiste en resolver o integrar las fuerzas que representan dos elementos opuestos de unos procesos psicológicos. El conflicto puede situarse en el interior de la persona (intrapsíquico) o puede darse en la interrelación con los demás (relaciones interpersonales). Independientemente de donde se sitúe el conflicto, la intervención terapéutica es la misma: confrontar los elementos incongruentes o polaridades haciendo que el cliente viva situaciones pasadas (memoria) o futuras (fantasía) en el aquí y el ahora, donde la terapia Gestalt es una psicoterapia de actualización y no precisamente una psicoterapia de adaptación a la sociedad.

3.1.1. Antecedentes de la teoría Gestalt

Científicamente, la psicoterapia Gestalt nace en 1912 con la psicología de la Gestalt o psicología de la forma desarrollada por Max Wertheimer y sus discípulos Wolfgang Kohler y Kurt Koffka. A Wertheimer se debe la explicación del fenómeno phi o ilusión perceptual del movimiento que se obtiene al iluminar en una pantalla la imagen en secuencia que en el cine dé la sensación de movimiento. Este fenómeno es conocido como la ley de la proximidad y se aplica también a los sonidos (acústica) que se dan en sucesión rítmica. Estas experiencias demuestran que las percepciones son más que sensaciones aisladas.

Las investigaciones de Kohler, con monos antropoides en la isla española de Tenerife, dieron como resultado la elaboración de la teoría del aprendizaje por discernimiento o insight que tiene el animal al encontrar una solución. Al darse cuenta de la respuesta correcta puede reproducirla y aplicarla a otras situaciones similares. Sin caer en una discusión de la teoría de la evolución de Darwin, según la cual el hombre desciende del mono, sí se puede afirmar que muchos de los descubrimientos realizados en laboratorios de psicología con infrahumanos, han sido extrapolados a la conducta del hombre. Esta experiencia de Köhler es uno de ellos. De la misma manera en que el mono sultán, encerrado en una jaula, se dice a sí mismo al “ya sé como alcanzar el banano”, la persona aprende a encontrar solución a sus conflictos existenciales con la ayuda del terapeuta. Cuando la persona adquiere este aprendizaje lo puede seguir utilizando en situaciones que requieren semejante respuesta (generalización). En 1956 Köhler recibió de la APA (asociación americana de psicología) un premio de distinción por sus contribuciones científicas acerca del funcionamiento del cerebro y sus trabajos sobre la percepción. En psicoterapia una condición esencial de este aprendizaje es que la persona aprenda reviviendo o volviendo a sentir lo vivido. Como decía Sófocles: “se aprende haciendo las cosas, no se puede pensar que no se hace algo hasta que no se ha intentado”. Incluso en la formación del terapeuta Gestalt, para que adquiera

habilidades se toma en cuenta este principio de que el profesional, sea en ciertos momentos cliente y en otros facilitador, que llega a darse cuenta de que como persona tiene asuntos inconclusos.

A Koffka se debe la ley gestáltica, según la cual: “la organización psicológica será siempre tan excelente como las condiciones dominantes lo permitan”. Ley que fue reformada por Katz como sigue: “el organismo tiene la tendencia a determinados modos de conducta totalmente característicos, bien se trate de percepciones, movimientos o actitudes”.

Esta ley de la pregnancia mantiene el principio del cierre gestáltico, según el cual toda forma, aunque esté incompleta, tiende a cerrarse para ser percibida finalmente como un conjunto. En psicoterapia la tendencia al cierre, en situaciones inconclusas del cliente, es difícil que se logre por sí sola (las heridas de la vida no cicatrizan por sí mismas); esto no ocurre hasta que el cliente revive “en el aquí y el ahora” el asunto desde el momento en que quedó inconcluso.

Los académicos de la psicología utilizaron estas leyes (proximidad, continuidad de la buena forma, pregnancia, semejanza, cierre) en el nivel de la percepción visual y auditiva. Fritz Perls las retomó en la terapia Gestalt y las adaptó a la percepción de las emociones y a las sensaciones corporales.

También en Europa, Perls recibió la influencia y los conocimientos de Sigmund Freud, Wilhelm Reich, Kurt Goldstein, Sigmund Friedlander, Karen Horney, Kurt Levin y, naturalmente también, Laura Perls, cofundadora de la terapia Gestalt.

Las aportaciones de Laura Perls a la terapia Gestalt de Fritz Perls fueron extensas desde que ambos se conocieron en unas conferencias sobre psicología Gestalt. Fritz trabajó con Goldstrein, quien era pionero en colaborar con el organismo como totalidad, yendo más lejos que la psicología de la Gestalt de aquella época, la cual se centraba únicamente en la percepción sensorial.

La experiencia de Goldstein con personas que padecían lesiones cerebrales dio origen a su principio de que, cuando un órgano del ser humano falta o está

dañado, la persona en su totalidad cambia, se modifica y se organiza en consecuencia de la pérdida. Para Goldstrein, la ansiedad es el resultado de las expectativas catastróficas, las cosas que la persona cree que ocurran en el futuro, cuando lo importante es resolver los problemas de hoy, los del futuro se resuelven por sí solos.

El existencialismo que nació como una necesidad del ser humano para sentir su experiencia presente, dio la base fisiológica a la terapia Gestalt, siendo uno de sus principios determinar cómo el hombre experimenta su existencia inmediata “hoy es el primer día del resto de tu vida”, lo que significó un paso adelante al principio de la psicología de la Gestalt, que consiste en establecer cómo el hombre percibe su existencia inmediata. El cambio reside en colocar, “experimentar”, “el vivir”, “el sentir”, en lugar de percibir. Asimismo, la terapia Gestalt toma el concepto de que el individuo debe hacerse responsable de su propia existencia.

Otra de las raíces de la terapia Gestalt provienen de la filosofía oriental zen y la fenomenología. Para los orientales el hombre sabio se guía por lo que siente y no por lo que ve.

3.2 Teoría

La terapia Gestalt retoma conceptos del existencialismo, de la fenomenología y de la filosofía Zen, en lo que se refiere a cómo experimenta el ser humano su experiencia. Los principios de la psicología de la Gestalt, en cuanto a la percepción, son aplicados para explicar cómo el hombre se “siente” a sí mismo, a los demás y a su medio.

La conducta simbólica pertenece al campo mental (pensar, imaginar sueños, pesadillas, fantasías). Este tipo de conducta permite darse cuenta de la persona por medio de la visualización, la que se hace al revivir un sueño o pesadilla, así como dialogar con alguien ausente, por medio de la técnica de la silla vacía.

La conducta interpersonal es la que se establece con los otros, el contacto puede ser interrumpido por resistencias como la deflexión; esto se logra evitando el contacto físico o la comunicación con otros. La deflexión en su máxima expresión se da en el aislamiento, incluso en el medio sensorial, lo cual provoca que la persona se encierre en sí misma y adopte conductas catatónicas (Celedonio Castanedo, 2008 pag.313).

De acuerdo con los principios de la terapia Gestalt, retomados de la psicología del mismo nombre, el ser humano vive o siente sus percepciones, necesidades, pensamientos y emociones como procesos en formación y destrucción de Gestalt (forma) en las que se da la polaridad de lo que sobresale en ese momento (figura), y que esconde (fondo). En algunos momentos la figura puede ser el individuo en contacto consigo mismo y el fondo la interrelación entre el individuo y el medio que lo rodea.

En términos gestálticos, la personalidad no es solo la suma total de las acciones e interacciones entre lo psíquico y lo somático (medicina psicosomática), sino que también es la manera en que lo psíquico y lo somático interactúan juntos con el medio. La personalidad se manifiesta por los patrones de conducta habituales del individuo, sus actividades mentales y físicas, sus acciones y actitudes, todo ello es respuesta a los estímulos que llegan y proceden del medio. También la personalidad expresa las necesidades, deseos individuales y su capacidad para satisfacerlos al interior de su medio.

Arthur Noyes (1953) define la personalidad como la reacción total de un individuo en relación con su medio. Definición que es congruente con los postulados gestálticos.

La terapia Gestalt, el conductismo y la fenomenología; Kepner y Brien, establecen la relación entre estas tres corrientes, partiendo de que la conducta del ser humano es aprendida. La psicoterapia entonces representa un método reeducativo o un proceso de aprendizaje. La única manera de determinar los efectos de la experiencia es por medio de la conducta, sea verbal o no verbal.

Es así como el terapeuta Gestalt considera todo lo que está pasando en una persona; lo que está pensando, sintiendo, haciendo, recordando y viendo como datos de la conducta.

La fenomenología y el conductismo son dos enfoques que tienen como objetivo el aprendizaje, la fenomenología está representada por el funcionalismo, la psicología de la Gestalt y la introspección, siendo además el método utilizado por las psicoterapias existenciales. El conductismo pertenece al método conocido como asociacionismo.

Kepner y Brien consideran que la fenomenología del ser humano se observa en sus sensaciones, percepciones y pensamientos:

El terapeuta existencial considera que los determinantes más importantes de la conducta se encuentran en el interior de la persona, como consecuencia enfoca la fenomenología del cliente o su mundo interno de la experiencia. En terapia Gestalt el individuo es guiado para que preste atención a lo que siente, lo que quiere y lo que está haciendo.

La importancia de la terapia Gestalt es darse cuenta que la persona tome conciencia del cómo interrumpir sus resistencias o bloqueos lo conduce a mirar lo que su cuerpo y su mente hace, o que sucede entre la gente (conductas motoras, simbólicas e interpersonales), las cuales emiten el cuerpo por medio de la postura, el tono de voz, la posición que tiene sentado y al caminar. En general estas conductas se observan en las partes del cuerpo que el cliente mueve cuando está relatando algo.

El concepto gestáltico de experiencia es una organización de procesos activos; base de la doctrina holística. Perls busca su razonamiento en un modelo de sistema abierto en el que su funcionamiento no existe aisladamente. Afirma que la psicología tradicional, al separar la experiencia interna, se tenía que enfrentar con la pregunta sin respuesta respecto a, si el hombre se encuentra gobernado por fuerzas internas o externas. Perls también contesta las viejas perspectivas

del funcionamiento humano basadas en las estructuras, entidades o sustancias, con una perspectiva moderna del funcionamiento, como son los procesos de interrelación activa entre ellas. Cuando un terapeuta gestáltico se concentra en observar un aspecto específico de la experiencia, como un gesto, tono de voz, o tensión muscular; no piensa en ese momento en un significado específico, pues asume que la conducta esconde un proceso activo de interacción presente. La experiencia es holística y el holismo es un factor esencial en la filosofía de la ciencia.

La terapia Gestalt genera un proceso holístico orientado hacia el funcionamiento mutuo (mutualidad) entre los individuos; en un contexto inmediato. Este punto de vista es una elaboración de las ideas descritas por Perls como doctrina holística, con un énfasis especial en el concepto de campo, como el contexto en el que las personas y el ambiente interactúan mutuamente. Perls produce el concepto de campo y su relación con la conducta humana en los siguientes términos:

El individuo es, en cada momento, una parte de algún campo. Su conducta es función del campo total que incluye ambos; él y su ambiente. La naturaleza de la interrelación entre él y su ambiente determina su conducta. El ambiente no crea al individuo, tampoco el individuo crea el ambiente. Este y el organismo mantienen una relación de mutualidad uno con otro.

Uno de los principios fundamentales de la Percepción para los *gestaltistas* es la llamada ley de la *Prägnanz* (pregnancia, o mejor traducido como "buena forma"), la cual afirma la tendencia de la experiencia perceptiva a adoptar las formas más simples posibles. Las partes de una figura que tiene "buena forma", e indican una dirección o destino común, forman con claridad unidades autónomas en el conjunto. Esta ley permite la fácil lectura de figuras que interfieren originando confusiones, pero prevalecen propiedades de buena forma o destino común. Se ven como desglosadas del conjunto.

- **Principio de la Semejanza:** Nuestra mente agrupa los elementos similares en una entidad. La semejanza depende de la forma, el tamaño, el color y otros aspectos visuales de los elementos.
- **Principio de la Proximidad:** El agrupamiento parcial o secuencial de elementos establece que los objetos contiguos tienden a ser vistos como una unidad.

Los estímulos que están próximos tienden a percibirse como formando parte de la misma unidad.

- **Principio de Simetría:** Las imágenes simétricas son percibidas como iguales, como un solo elemento en la distancia. Tiene tal trascendencia que desborda el campo de la percepción de las formas para constituir uno de los fenómenos fundamentales de la naturaleza. La biología, la matemática, la química, la física y hasta la misma estética, se organizan siguiendo las leyes especulares, simples o múltiples de la simetría.
- **Principio de Continuidad:** percibir elementos continuos aunque estén interrumpidos entre sí. Tiene elementos de cierre porque partículas independientes tratan de formar figuras partiendo de la ley de cerramiento. De igual modo, toma propiedades de la ley de buena figura o destino común al provocar elecciones de las formas más simples y rotundas. También toma elementos de la ley de experiencia, pues se decide por aquellas formas que tienen figuras reconocibles o son más familiares al perceptor. Esta ley tiene como caracteres propios la manera de presentarnos las formas, mismas que se nos muestran de manera incompleta, inconclusas; como abreviatura o esquemas de fácil interpretación.
- **Principio de dirección común:** los elementos que parecen construir un patrón o un flujo en la misma dirección se perciben como una figura.
- **Principio de simplicidad:** el individuo organiza sus campos perceptuales con rasgos simples y regulares y tiende a formas buenas.

- **Fondo:** establece el hecho de que el cerebro no puede interpretar un objeto como figura o fondo al mismo tiempo. La imagen observada dependerá de la percepción del objeto. Es el de mayor fuerza y trascendencia de todos los principios expuesto, pues abarca todos los demás, ya que en todas late este principio organizativo de la percepción. Muchas formas sólo se constituyen como figuras definidas cuando quedan superpuestas o recortadas sobre un fondo más neutro.
- **Principio de igualdad o equivalencia:** cuando concurren varios elementos de diferentes clases hay una tendencia a constituir grupos con los que son iguales. Esta experiencia la presentamos aislada para evitar la influencia de otras leyes y por ello están equidistantes todos los elementos integrantes. Si las desigualdades están basadas en el color, el efecto es más sorprendente que en la forma. Si se potencian las formas iguales, con un color común, se establecen condicionantes potenciadoras, para el fenómeno agrupador de la percepción.
- **Cerramiento:** las líneas que circundan una superficie son, en iguales circunstancias, captadas más fácilmente como unidad o figura que aquellas unidas entre sí. Las circunferencias, cuadriláteros o triángulos producen el efecto de cerramiento. Esta nueva ley parece ser operativa porque señala que las líneas rectas paralelas forman grupos más definidos y estables que los puntos que delimitan peor un espacio.
- **Experiencia:** desde el punto de vista biológico, el propio sistema nervioso se ha ido formando por el condicionamiento del mundo exterior.

Ernst Mach definió las propiedades de las formas especiales y auditivas como totalidades principales perceptuales. Estas poseen cualidades que las distinguen de sus elementos. Las sensaciones se organizan en la conciencia y crean cualidades formales que pueden ser novedosas.

Los psicólogos de la Gestalt consideraban que los principios de la organización perceptual no sólo explican nuestras percepciones visuales, sino también las auditivas y táctiles, así como procesos mentales superiores, por ejemplo, la memoria.

3.3 Aplicación psicoterapéutica

Las sesiones en las que el facilitador realiza intervenciones en su encuentro con el cliente, con los miembros de la pareja o con los participantes en los grupos de encuentro.

En algunos de los extractos de las sesiones, tanto individuales como de pareja o grupales, se seguirá la técnica descriptiva conocida como “verbatim” (trascrición palabra a palabra), la cual es ampliamente utilizada en la terapia Gestalt, con la finalidad de que el lector siga con mayor facilidad el proceso de interrelación y el diálogo entre el terapeuta y el cliente. El yo-tú de Martin Buber.

Intervenciones individuales: es una sesión- demostración de la terapia Gestalt, la cual se maneja en el plano interno resentimiento, dolor, temor y tristeza. En el plano externo manejan el dolor, tensión corporal, lenguaje, actividad muscular, sentidos, respiración, conflictos no resueltos.

Intervenciones con parejas y familiares: se hace referencia a la orientación gestáltica en las intervenciones con la pareja y familia. La primera es de tipo emocional y concierne al crecimiento de la propia familia. En el segundo carácter cognoscitivo, el constante proceso del desarrollo de la terapia de pareja y familiar hacen y sientan la necesidad a los últimos avances de Alexander Gralnick, quien dice que la terapia familiar es cualquier enfoque psicoterapéutico que se ofrece al paciente identificado, incluyendo otros miembros de su familia, visto por separado o en conjunto con el paciente identificado.

La conducta de cada miembro de la familia es afectada por los otros miembros del grupo primario y viceversa. Siguiendo este principio gestáltico de totalidad de totalidad, (la familia) es más que la suma de sus elementos (los miembros de la

familia); en esta totalidad retoma gran importancia la interrelación entre la figura problemática en la familia.

Richie Herink menciona siete enfoques diferentes de terapia familiar, estos son: conductual, terapia familiar comprensiva, contextual, en crisis, múltiple, marital y terapia familiar conjunta de Virginia Satir.

El paciente se convertirá en la figura y el resto de la familia en el fondo. El individuo se puede ver como el chivo expiatorio o el enfermo. Sus objetivos son generar climas que faciliten el autodescubrimiento en cada miembro de la familia, sensibilizarlos en la toma de conciencia de la experiencia inmediata, provocar acontecimientos críticos familiares, permitir que se abran a la relación interpersonal en el contexto familiar.

Intervención en grupos de encuentros: los Grupos de encuentro son una forma de establecer una adecuada relación humana obtenida por la comunicación abierta entre los participantes, la honestidad, la toma de conciencia, la responsabilidad y la atención a las emociones que emergen en cada miembro del grupo.

Los grupos de encuentro gestálticos enfatizan el concepto existencial del aquí y ahora, unido al cómo. Por ejemplo, a menudo el terapeuta pregunta al cliente, en el transcurso de la sesión: “¿cómo se siente usted aquí y ahora?”

Son una forma de psicoterapia que enfatiza el que la persona enfrente sus propios problemas o conflictos existenciales, lo que le permitirá lograr un mejor funcionamiento de su potencial humano. En general, parten del principio de que cada uno es responsable de su propia conducta y existencia. La persona vive, siente y experimenta nuevas conductas. Ejemplo: pasar de “no puedo” a “no quiero”; actuar de forma diferente; hacer o decir cosas que corrientemente la persona no haría o diría. Asimismo, en el grupo, el individuo puede lograr establecer contacto y al mismo tiempo experimentar la separación o la desunión, lo cual proporciona el equilibrio unión/separación.

3.4 Bases terapéuticas

El principal trabajo en terapia Gestalt está fundamentado en el lenguaje corporal, así como en el tono de voz del psicoterapeuta y su cliente.

Principalmente porque el lenguaje verbal aporta información que contradice la expresión corporal de la persona, y que en muchas ocasiones es inconsciente.

Para ello es fundamental el uso de la primera persona; es decir, el paciente debe tomar conciencia de sí mismo sin ocultarse utilizando la segunda persona, o bien un sujeto colectivo.

En la terapia se utilizan diferentes técnicas que ayudan en el tratamiento y resolución de los problemas que hayan podido llevar al cliente a la consulta del psicoterapeuta:

Técnicas Supresivas: básicamente pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente, del aquí/ahora, y de su experiencia. Es decir, se busca que el sujeto experimente lo que no quiere, o lo oculto. Entre las principales supresivas tenemos:

- Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil". No huir del sentimiento de vacío; integrarlo a sí mismo, vivirlo y ver qué surge de él.
- Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos sería mejor determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son formas de no ver lo que se es.
- Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si", que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se dé cuenta de ellos y del rol que

juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

Técnicas Expresivas: Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía. Se buscan tres cosas básicamente:

Expresar lo no expresado

Terminar o completar la expresión

Buscar la dirección y hacer la expresión directa

Expresar lo no expresado:

- Maximizar la expresión dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores y situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
- Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
- Hacer la ronda, que el sujeto exprese a cada miembro del grupo lo que prefiera o asignarle una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

Terminar o completar la expresión:

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía"; es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas, o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y

vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

Buscar la dirección y hacer la expresión directa:

- **Repetición:** La intención de esta técnica es que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y se dé cuenta de su significado. Ejemplos: "repite esa frase nuevamente", "haz otra vez ese gesto", etc.
- **Exageración y desarrollo:** Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple, el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.
- **Traducir:** Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara qué diría", "Deja hablar a tus genitales".
- **Actuación e identificación:** Es lo contrario a traducir. Se busca que el sujeto "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.

Técnicas integrativas: Se busca que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- **El encuentro interpersonal:** Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos *subyos* intra-psíquicos. Por ejemplo, entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, etc. Se

puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.

- **Asimilación de proyecciones:** Se busca que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que haga de cuenta que vive lo proyectado y que experimente su proyección como si fuera realmente suya. Ejemplo:
 - P: "Mi madre me odia"
 - T: "Imagina que eres tú quien odia a tu madre; ¿cómo te sientes con ese sentimiento? Honestamente, ¿puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?"

Es importante recordar que estos procedimientos o técnicas son sólo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos, pero no constituyen en sí la Terapia Gestalt. Lo importante, lo realmente terapéutico es la "actitud gestáltica" que se adopte, el reconocimiento de la importancia de proceso y el respeto por el ritmo individual del cliente. No empujar el río, dejarlo ser. Tampoco aplicar las técnicas estereotipadamente asimilar la filosofía implícita en el enfoque Gestalt.

El darse cuenta (*awareness*): puede definirse como la toma de conciencia integral sobre lo que "me pasa" (sensaciones físicas, sentimientos, imaginación) y lo que pasa en el medio ambiente en el cual está integrado. El darse cuenta parte la respuesta a cuatro preguntas claves:

1. ¿Qué estás haciendo?
2. ¿Qué sientes ahora?
3. ¿Qué tratas de evitar en este momento?
4. ¿Qué quiero y qué espero de ti?

El *awareness* permite situar el encuentro terapéutico. Es un precalentamiento que, además, deja de aparecer situaciones inconclusas anteriores. El terapeuta está atento a su propio flujo de sensaciones y emociones. Esto se conoce como *contenium* de conciencia.

Existen tres zonas del darse cuenta:

1. **El darse cuenta del mundo exterior:** Esto es, contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente; lo que en este momento veo, toco, palpo, degusto o huelo. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros.” En este momento veo mi lapicero deslizándose sobre el papel formando una palabra, escucho el ruido de los carros pasando por la avenida, huelo el perfume de una joven que pasa por mi lado, siento el sabor de una fruta en mi boca”.
2. **El darse cuenta del mundo interior:** Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas, escozores, temblores, sudoración, respiración, etc. En este momento siento la presión de mi dedo índice, mayor y pulgar sobre mi lapicero al escribir. Siento que deposito el peso de mi cuerpo sobre mi codo izquierdo. Siento que mi corazón late, que mi respiración se agita, etc.
3. **El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia (ZIM):** Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc. “En este momento me pregunto qué haré mañana en la mañana, ¿Será algo útil; bueno?” En Gestalt todo esto es irrealidad, fantasía. Aún no es el día de mañana y no puedo saber y decir NADA acerca de ello. Todo está en mi imaginación; es pura y simple especulación; lo más saludable es asumirlo como tal.

La silla vacía: una de las técnicas favoritas de Perls y una de las marcas de fábrica de la Gestalt. En la silla vacía el paciente ubica imaginariamente a cualquier personaje de su vida con el cual tiene una situación inconclusa:

1. ¿Quién está ahí?
2. ¿Qué quieres decirle?

Usada con oportunidad, la silla vacía pone en acción sentimientos y permite encontrarse con situaciones o personajes inconclusos para verlos en el aquí y ahora. Su uso exagerado y discrecional puede interferir en el contacto directo entre paciente y terapeuta.

El monodrama: esta técnica consiste en pedirle al paciente que represente a los distintos personajes de una situación inconclusa de su vida y que vaya cambiando de lugar mientras lo hace, a fin de tener una vivencia clara de cada uno y sus emociones. No solo es posible representar a otras personas, también a las propias emociones y órganos o necesidades. Al trabajar en las representaciones o las partes en sí, el paciente puede explorar con claridad sus polaridades, conocerlas y aceptarlas en lugar de intentar reducirlas a un solo término. También puede registrar las diferencias y similitudes con otras personas de su vida. Está en condiciones de percibir que ésta se manifiesta como un equilibrio dinámico y cambiante.

La amplificación o exageración: el terapeuta pide al paciente que continúe con algún gesto o movimiento, que lo vaya intensificando y que lo exagere más y más. Esto aumenta la percepción de ciertos mecanismos que el paciente une en su contacto con el medio para bloquear sus sensaciones o emociones. Al amplificar su movimiento su gesto, y al decir en voz alta lo que pasa toma conciencia de ello, pues se trata de una experiencia reveladora y modificadora.

Hablarle al otro (interpretación directa): esto es esencial en el trabajo gestáltico. El terapeuta desalienta aquellas frases que, al no dirigirse al destinatario específico, impide el contacto emocional. También forma parte de la misma cuestión el no hacer lectura en mente; es decir, no proyectar en el otro los propios pensamientos, deseos, temores, fantasías, etc. La interpretación apunta a generar contactos más directos, sin justificaciones, explicaciones, argumentaciones, excusas o intentos de convencer. Contactos en los cuales lo que se imponga al como si (lo que se debería). Este tipo de diálogo requiere de honestidad. El propósito es decir lo que se siente, se piensa, se desea y aceptar lo que se escucha sin juzgarlo.

Hablar en primera persona: en gestalt se sostiene el principio de que la persona es responsable de sus actos, de sus pensamientos, de sus sentimientos o emociones; a ella le pertenecen. Cuando habla en primera persona toma conciencia de todo lo que ella es. Hace ejercicio de su responsabilidad. Lo contrario favorece la disociación.

CAPÍTULO IV:

TALLER PSICOLÓGICO

4.1 Metodología

En la implementación de un taller psicológico que se les dará a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en proceso quieran hacer un manejo sano de sus emociones.

Se presentarán unas sesiones en las cuales con base en el enfoque gestáltico, podremos generar una autoestima adecuada ante dicha enfermedad. Se brindará apoyo emocional con el fin de que obtengan una mejor calidad de vida. Con ello exploraremos y recataremos las habilidades que cada quien posee, poder responder y actuar frente a esta situación, como lo es el cáncer de mama.

El presente taller tendrá una duración de 10 sesiones, se realizará una sesión por semana, pues cada clase tendrá una duración de 2 horas. En cada sesión se trabajaran algunas de las emociones como miedo, enojo, tristeza, vergüenza, culpa, etc. Cada sesión estará debidamente cuidada para crear una atmósfera de confianza, respeto y solidaridad con el grupo.

OBJETIVO GENERAL: implementar un taller que brinde apoyo psicológico a mujeres mastectomizadas a causa de cáncer de mama que así puedan manejar sus emociones y reforzar su autoestima.

MATERIAL:

- Aula
- Sillas

- Paquete de etiquetas
- Imágenes
- Un espejo de cuerpo completo
- Hojas
- Lápiz
- Colores
- Cartulinas
- Plumones
- Estampas
- Revistas
- Dibujos
- Pegamento
- Periódico
- Grabadora
- Cobijas
- Música
- Pizarrón
- Cañón
- Computadora
- USB

4.2 Implementación de taller

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	<ul style="list-style-type: none"> Medina Barrón Salas Jennifer Elena
NOMBRE DE LA SESIÓN: “ DECIR HOLA”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE
	1	120 minutos	Mujer con cáncer de mama

OBJETIVO DEL CURSO:

Liberar las tensiones y así encontrar las similitudes entre el grupo para establecer conversaciones. Explicar que el taller será un apoyo psicológico con base en la autoestima y así encontrar las necesidades de esos participantes.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Dar la bienvenida	Que el instructor dé la bienvenida al grupo en el taller	Dará la bienvenida a las participantes de este taller	Escucharán lo que el instructor está mencionando		15 min
Presentación “ adivina el famoso”	Que las participantes tengan una excelente comunicación y conocerse entre ellas y con el facilitador.	Les dará una etiqueta con nombre de algún famoso, se la pondrán en la espalda: “hola mi nombre es....”. Harán un círculo entre todas las participantes. Les dirá que cada uno tendrá que pasar al centro del círculo.	Las participantes deberán adivinar qué nombre de famoso tienen escrito en su etiqueta. Las que están en el centro del círculo deberán de hacer preguntas a las demás quienes contestarán con un “SI” o un “NO”.	Paquetes de etiquetas	45 minutos
Presentación del taller	Que las participantes sepan de qué se va a tratar el taller y cómo se van a ir dando las sesiones	El taller estará basado en el apoyo psicológico para las mujeres que fueron detectadas con cáncer de mama. Se dará en cuanto a la autoestima de la persona en esos momentos.	Deberán hacer preguntas al facilitador respecto a la exposición del taller. Contestarán las preguntas y deberán decir sus respuestas al grupo y al facilitador respecto a lo	Hoja Bolígrafo	45 min

		<p>Deberán escribir tres preguntas:</p> <p>¿Para qué estoy aquí?</p> <p>¿Qué espero del taller?</p> <p>¿Qué voy a aportar al taller?</p>	que se esté haciendo		
Detección de necesidades	Para que el facilitador pueda observar son las necesidades de los participantes	<p>Observar a cada una de las participantes en las actividades que realizará el grupo.</p> <p>Hará sus anotaciones para poder trabajar en ello.</p> <p>Realizará una lluvia de ideas para observar cómo toman dichos temas las participantes.</p> <p>Tristeza</p> <p>Alegría</p> <p>Enojo</p> <p>Confianza</p> <p>Desconfianza</p> <p>Miedo</p>	Las participantes darán su puntos de vista respecto a las emociones que el facilitador les mencionó.		
Análisis de la sesión	Las participantes dirán cómo se sintieron este primer día	Les hará preguntas respecto a lo que se acaba de vivir en esta sesión de inicio	Contestarán las preguntas y dirán cómo se sintieron en las actividades realizadas		15 min

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	<ul style="list-style-type: none"> Medina Barrón Salas Jennifer Elena
NOMBRE DE LA SECIÓN: “ EL ANTES Y EL DESPUÉS”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE
	2	120 minutos	Mujer con cáncer de mama

OBJETIVO DEL CURSO:

Que las participantes se den cuenta de cómo podrían cambiar su vida en cuanto a su enfermedad, basándonos en la terapia Gestalt cual nos menciona que el auto apoyo ayuda a que encuentren sus propias soluciones a partir de una toma de conciencia.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. “¡Buenos días! Quisiera saber ¿cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?”	Deberán contestar las preguntas aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué fue lo que aprendieron de la sesión pasada	hará preguntas con respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron? ¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas para que vea su aprendizaje respecto a las actividades		15 min

<p>“como podría ser diferente su vida”</p>	<p>Que las participantes observen su vida con dicha enfermedad</p>	<p>El facilitador dice a las participantes: "Su médico les ha informado que sólo les queda un año de vida y ustedes están convencidas de que el diagnóstico es correcto. Describan cómo cambiaría su vida esta noticia". Menciona lo siguiente: "Si ustedes desean cambiar su vida en esa dirección, ¿qué los detiene para hacerlo ahora mismo? Se harán equipos de cuatro personas.</p>	<p>Las participantes deberán analizar la pregunta que les hace el facilitador y posteriormente lo escribirán en la hoja asignada. En grupos harán conclusiones respecto a lo que pusieron en las preguntas que les asignó el facilitador.</p>	<p>Hojas y bolígrafos</p>	<p>75 min</p>
<p>Análisis</p>	<p>saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión</p>	<p>hará preguntas respecto a la actividad: “¿Cómo se sintieron al escuchar la pregunta mencionada anteriormente?” “¿Cómo cambiaría sus vidas?” “¿Qué se hará de ahora en adelante?”</p>	<p>Las participantes tendrán que contestar dichas preguntas con base en lo que escribieron y lo que están pasando en su vida cotidiana. Tendrán que analizarlo bien para así poderlo expresar frente al grupo</p>		<p>15 min</p>

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	• Medina Barrón Salas Jennifer Elena	
NOMBRE DE LA SESIÓN: “OBSERVANDO MI VIDA”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE	
	3	130 minutos	Mujer con cáncer de mama	

OBJETIVO DEL CURSO:

Que los participantes se den cuenta de qué lo motivan; metas para tener una autoestima adecuada a su enfermedad. En la Gestalt es nombrado contacto porque así se puede cerrar los ciclos de cada experiencia.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. “¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?”	Deberán de contestar las preguntas aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué fue lo que aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas con respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron?” “¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas para que el vea su aprendizaje respecto a las actividades		15 min
Que es el autoestima	Para que las participantes sepan qué es la autoestima con base en su teoría	Les dará una presentación respecto a qué es la autoestima y sus grados	Deberán prestar atención ante la presentación	Cañón Computadora USB	20 min

<p>“ el árbol de los logros “</p>	<p>Que los participantes observen cómo ha modificado sus valores, metas y motivaciones respecto a su enfermedad</p>	<p>Les pedirá a los participantes que hagan un árbol que contengan copa, tronco y raíces. Se les dirá que pongan en las raíces los valores que consideren que tienen antes de la enfermedad y sus motivaciones. En el tronco deberán escribir sus fortalezas y cualidades antes de la enfermedad. Por último, en la copa del árbol pondrán metas y éxitos que se propusieron antes de dicha enfermedad. Posteriormente harán otro árbol con las mismas características, pero en estos momentos de su vida.</p>	<p>La participante tendrá que realizar los dibujos que se les asigna. Deberán reflexionar qué es lo que la enfermedad ha modificado en sus emociones en cuanto se enteraron y están en proceso de ello.</p>	<p>Lápiz Colores hojas</p>	<p>80 min</p>
<p>Análisis</p>	<p>Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y así hacer un cierre adecuado de la sesión</p>	<p>Hará que los participantes den sus puntos de vista del antes y después de su vida con la enfermedad y como han cambiado dichas metas, valores etc.</p>	<p>Las participantes analizarán cómo ha modificado dichos aspectos de su vida y cómo van a ir cambiando progresivamente, ya sea para bien o para mal.</p>		<p>15 min</p>

PLAN DE SESIÓN MODELO

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	<ul style="list-style-type: none"> Medina Barrón Salas Jennifer Elena
NOMBRE DE LA SESIÓN:" MÁS ALLA DE LO QUE SE VE"	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE
	4	135 minutos	Mujer con cáncer de mama

OBJETIVO DEL CURSO:

Tener una reflexión sobre sí mismo y así aumentar la conciencia de cómo se siente en ese momento, tanto psicológicamente como físicamente, al observarse detenidamente. Con la terapia gestalt podemos basarnos en la teoría global pues menciona que todos somos un ente completo.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. "¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?"	Deberán contestar las preguntas quienes lo deseen		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué fue lo que aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas con respecto a la sesión pasada: "¿Cómo se sintieron?" "¿Qué aprendieron?"	Contestarán dichas preguntas para que él vea su aprendizaje de las actividades		15 min
"Espejito"	Que las participantes observen mas allá de lo que ellos ven en un espejo.	Provoca una pequeña reflexión a las participantes "les dará igual tener esta vida o la de otra persona". Pondrá un espejo de cuerpo completo en un área del salón. Llamará a las participantes y cada una pasará a verse.	La participante tendrá que pensar en la pregunta que el facilitador les mencionó al principio de la actividad. Se tendrán que observar detenidamente en el espejo. Dirá al grupo qué fue lo que está observando y cómo se siente al ver esa imagen en dicho espejo. Los participantes deberán decir	Espejo de cuerpo completo Hojas Lápiz	50 min

			cosas positivas de la persona que se está observando en el espejo. Hará un dibujo de sí mismo y pondrá todas sus cualidades encontradas al observarse en ese espejo.		
Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión	El facilitador le dará la palabra a las participantes para que expresen su sentir ante la situación en la cual se encontraron	Las participantes deberán expresar cómo se sintieron al verse detenidamente frente a un espejo sin esperar recibir críticas, ya que todo lo vivido fueron cosas positivas		15 min

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	<ul style="list-style-type: none"> Medina Barrón Salas Jennifer Elena
NOMBRE DE LA SESIÓN: “UN DIA COMÚN CON EL CÁNCER DE MAMA”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE
	5	135 minutos	Mujer con cáncer de mama

OBJETIVO DEL CURSO:

Expresar a base de la temática como los participantes han podido manejar su autoestima en cuanto en diversos aspectos de la enfermedad. Manejando así también desde la gestalt el auto actualización ya que expresa emociones y sentimientos en cuanto surge.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. “¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido? “	Deberán contestar las preguntas, aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué fue lo que aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron?” “¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas para que el vea su aprendizaje de las actividades		15 min
Explicación del psicodrama	Que las participantes sepan qué es un psicodrama y en qué está basado	Les dará una presentación con respecto a qué es un psicodrama, en qué está basado, cómo funciona y sus métodos	Deberán prestar atención ante la presentación	Cañón USB Computadora	15 min

"Psicodrama"	Que las participantes expresen su sentir a partir de la actuación.	<p>Formará tres equipos Les dará lo que deberán representar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos positivos del cáncer 2. Aspectos negativos del cáncer 3. Aspectos positivos y negativos del cáncer 	<p>Tener claro cuál es el tema que van a representar, cómo y porqué. Hablar de cómo viven, sienten y expresan sobre el tema que se les asigné. Comentar cada psicodrama y observar sus puntos de vista.</p>	Ninguno	80 min
Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión	<p>El facilitador les hará unas preguntas: "¿Cómo se sintieron al interpretar ese tema?" "¿Cómo lo llevan a su vida diaria?" "¿Deberán de cambiar algo?"</p>	<p>Las participantes deberán de participar ante las preguntas realizadas por el facilitador y expresar su sentir y su experiencia con el cáncer de mama</p>		15 min

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	<ul style="list-style-type: none"> Medina Barrón Salas Jennifer Elena
NOMBRE DE LA SESIÓN: “ DECIR VERDAD”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE
	6	120 minutos	Mujer con cáncer de mama

OBJETIVO DEL CURSO:
Las participantes deberán expresar sus emociones al recibir elogios de las demás persona. La Gestalt menciona que el encuentro se puede manejar entre varias personas, las cuales producirán una modificación o cambio en la estructura de los que se contactan desalojando juicios, prejuicios, etc.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. “¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?”	Deberán contestar las preguntas, aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron?” “¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas para que vea su aprendizaje de las actividades		15 min
“ el círculo”	Que sepan cómo expresar emociones a las demás personas	Van a centrarse únicamente en las características positivas que poseen sus compañeros. rasgos físicos que les agraden capacidades	Se colocarán en círculo y cada una escribe su nombre en la parte superior de una hoja. Se la da al compañero de su derecha, La hoja va dando vueltas hasta que lo recibe. La propietaria con todos los elogios que escritos por sus compañeras	Hojas Lápiz	75 min

Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión	El facilitador les dirá que expresen cómo se sintieron con tanto elogios de las demás personas	Compartirán su sentir ante las observaciones dichas otras personas		15 min
----------	---	--	--	--	--------

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	• Medina Barrón Salas Jennifer Elena
NOMBRE DE LA SESIÓN: “DIBUJO DE MI”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE
	7	130 minutos	Mujer con cáncer de mama

OBJETIVO DEL CURSO:

Mediante el “aquí” y “ahora” de la teoría gestalt las participantes expresan sensaciones, vivencias y experiencias en el momento que se acontece; manejando también el *continuum* de conciencia, la cual emerge y captan sus intereses.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo: “¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?”	Deberán contestar las preguntas, aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué fue lo que aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron?” “¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas para que vea su aprendizaje de las actividades		15 min
“Afiche de la vida de mis sueños”	Cómo las participantes van ir modificando sus perspectivas, sueños y emociones de ellos mismos	Crear una lista con aspectos: La apariencia de mi cuerpo físico Mi condición física – resistencia, flexibilidad, etc. Mi estado de balance – salud	Deberán realizar su lista sin importar el orden. Tendrán que ver y visualizar qué persona desearían ser en ese momento de su vida. Deberán buscar imágenes, fases, etc, que les llamen la atención respecto a lo que se están escribiendo. Pegar y exponer lo que hicieron en ese momento.	Hojas Bolígrafo Dibujos Periódico Pegamento Tijeras Cartulina	85 min

		<p>Mis relaciones: pareja, padres, hijos, familia, amigos</p> <p>Mis relaciones laborales</p> <p>Mi trabajo o estudio</p> <p>El dinero</p> <p>Mi éxito</p> <p>Mi autoestima</p> <p>Mis emociones</p> <p>Mi capacidad mental</p> <p>Mi crecimiento personal</p> <p>Mi crecimiento espiritual</p> <p>Buscar fotografías frases etc. Que represente lo que eres.</p> <p>Organizar de manera agradable</p> <p>En el centro la persona que deseas ser</p>			
Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión	El facilitador simplemente les dará la palabra para que expliquen lo que realizaron en la cartulina	Las participantes explicarán el porqué de esa persona, el cómo se sintieron al realizar dicha actividad y cómo se observaron		20 min

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	• Medina Barrón Salas Jennifer Elena	
NOMBRE DE LA SESIÓN:" HABLAR A SOLAS"	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE	
	8	140 minutos	Mujer con cáncer de mama	

OBJETIVO DEL CURSO:

Que la participante pueda empatizar con el punto de vista del otro y esto ayude a ampliar sus posibilidades de posicionarse ante el conflicto. Con a base en la gestalt podemos darnos se cuenta de qué está haciendo, qué siente ahora, qué quiere evitar, que quiere y espera de él.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. "¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?"	Deberán contestar las preguntas, aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué fue lo que aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas respecto a la sesión pasada: "¿Cómo se sintieron?" "¿Qué aprendieron?"	Contestarán dichas preguntas que para que él vea su aprendizaje de las actividades		15 min
" La silla vacía"	Las participantes deberán solucionar problemas, ya sea con personas. Con objetos en cuestión de una silla.	Poner tres sillas; una para el facilitador, participante y vacía. Colocar la silla del participante frente de la vacía. Interviniendo; haciendo énfasis en	Recapitará lo sucedido con esa persona imaginaria. Focalizará su atención ante la silla vacía. Narrará y describirá lo sucedido. Se comunica con la persona que se está imaginando. Deberá intercambiar de silla y	Sillas	95 min

		<p>el sentimiento o emoción</p> <p>Describir físicamente</p> <p>Sigue muy cerca el diálogo</p>	<p>ahora será la persona que se está imaginando.</p> <p>Hará y contestar preguntas respecto a lo sucedido y por qué están.</p>		
Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión	Solo le dará la palabra a la participante y la escuchará con determinación	La participante deberá expresar su sentir y mencionar cosas positivas en cuento a lo que sucedió en ese momento		20 min

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	<ul style="list-style-type: none"> Medina Barrón Salas Jennifer Elena 	
NOMBRE DE LA SESIÓN: “PASADO, PRESENTE Y FUTURO”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE	
	9	130 minutos	Mujer con cáncer de mama	

OBJETIVO DEL CURSO:
Las participantes observarán sus recuerdos y cómo la enfermedad ha modificado su vida en cuanto a su autoestima o emociones. Con base en la temática general, las participantes sostienen sus experiencias multidimensionales.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. “¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?”	Deberán contestar las preguntas, aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como los participantes digan y sepan qué aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas con respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron?” “¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas para que vea su aprendizaje de las actividades		15 min
“ Una película de ti”	Las participantes recuerden el cómo eran, son y serán en un futuro	Dar la instrucción de sentarse o acostarse, según fuera el participante. <ul style="list-style-type: none"> Se hará respiraciones Se les dirá que recuerden cuando tenían 8 años Se les dirá que recuerden cuando tenían 15 años 	Cerrar ojos y seguir instrucciones. Harán respiraciones. Recordar acontecimientos seleccionados. Hacer comentarios respecto a lo que observaron y vivieron	Cobijas Grabadora	55 min

		<ul style="list-style-type: none"> • Se les dirá que recuerden cuando tenían 20 años • Se les dirá que recuerden cuando tenían 25 años • Se les dirá que recuerden cuando tenían 30 años. <p>recordarán algo significativo, importante y alegre de su vida</p>			
Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión	Preguntará qué fue lo que vieron de esa persona en esas etapas de su vida y cómo han cambiando	Simplymente las participantes deberán expresar lo que vieron en ese momento de sus vidas y cómo han modificado en muchos aspectos		20 min

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	<ul style="list-style-type: none"> Medina Barrón Salas Jennifer Elena
NOMBRE DE LA SESIÓN: “ASÍ SOY YO ”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE
	10	135 minutos	Mujer con cáncer de mama

OBJETIVO DEL CURSO:
Las participantes liberarán sus emociones de manera individual por la Gestalt, porque las conducirá a estar en el presente de sus necesidades y hacerse cargo de ellas.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo: “¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?”	Deberán contestar las preguntas, aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como los participantes digan y sepan qué aprendieron de la sesión pasada	Ara preguntas respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron?” “¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas para que el vea su aprendizaje de las actividades		15 min
La escultura	Que las participantes se den cuenta cómo al llegar a este número de sesión su forma de verse ha cambiado y puedan expresar sus emociones de forma gráfica y oral	Con la plastilina deberán crear la escultura de su persona. Se reunirá todo el grupo y al terminar la escultura deberá hacerles unas preguntas para reflexionar: ¿Qué observo de si mismo mientras trabajabas con tu escultura? ¿Se siente satisfecho con el resultado	Deberán realizar su escultura y reflexionar cómo se han sentido en muchos aspectos. Cuando se reunieran cada uno de las participantes deberán responder las preguntas que el facilitador les haga, Deberán de expresar sus emociones en cuanto realizaron dicha actividad.	Mesa Plastilina	90 min

		final de la escultura? ¿Cuántas veces formó esa escultura? ¿Por qué?			
Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y así hacer un cierre adecuado de la sesión	Les dirá la palabra a las participantes para que expresen su sentir a cada una de ellas	Cada participante dirá sus emociones y cómo se sintieron en ese aspecto y en ese momento.		20 min

PLAN DE SESIÓN

CURSO:	Apoyo psicológico a mujeres con cáncer de mama	INSTRUCTORES:	• Medina Barrón Salas Jennifer Elena	
NOMBRE DE LA SESIÓN: “ DECIR UN HASTA LUEGO”	SESIÓN	DURACIÓN:	PERFIL DEL PARTICIPANTE	
	11	115 minutos	Mujer con cáncer de mama	

OBJETIVO DEL CURSO:
Saber si el taller en apoyo psicológico ayudó a las mujeres con cáncer de mama u si fue positivo, negativo o interesante en cuanto a sus emociones.

Contenido	Propósito de la actividad	Actividades		Material didáctico y de apoyo	Tiempo en min.
		Instructor	Participantes		
Saludo		Les dará cordialmente un saludo. “¡Buenos días! Quisiera saber cómo se encuentran el día de hoy? ¿Cómo se han sentido?”	Deberán contestar las preguntas, aquellas que desean hacerlo		10 min
Retroalimentación	Que tanto el facilitador como las participantes digan y sepan qué aprendieron de la sesión pasada	Hará preguntas con respecto a la sesión pasada: “¿Cómo se sintieron?” “¿Qué aprendieron?”	Contestarán dichas preguntas que les hace el facilitador para que el vea su aprendizaje de las actividades		15 min
El cierre” el pni (positivo, negativo e interesante).	Las participantes dirán qué es lo que les pareció el taller.	Dará las instrucciones en cuanto les entregue las hojas a los participantes. Reflejar todo lo que le dicen los participantes en el pizarrón.	Escriba lo que ha encontrado de positivo, negativo e interesante en la sesión. Decir tanto los aspectos positivos, negativos y lo interesante del taller.	Hojas Bolígrafo Pizarrón Plumón	50 min

		Darles las gracias por el tiempo que brindaron para ese taller.			
Análisis	Saber cómo las participantes se sintieron en dicha práctica y hacer un cierre adecuado de la sesión	Les dará las gracias a cada una de las participantes por su tiempo, apoyo y sobre todo el que se lleven algo aprendido de el			20 min

4.3 Estudio exploratorio

Se realizó un estudio exploratorio en el hospital 20 de Noviembre con mujeres mastectomizada y en tratamiento a causa del cáncer de mama. Aplicando tres sesiones fundamentales pueden evaluar la implementación del taller, considerando el objetivo principal que es reforzar la autoestima de las mujeres para así determinar si es viable su aplicación completa. También es importante mencionar por qué se escogieron estas sesiones. En primer lugar para conocer un poco más sobre ellas, su sentir y su pensar en cuanto a su enfermedad; detectar sus necesidades y tener una posible inferencia sobre su estabilidad emocional al encontrarse con esta enfermedad.

La primera sesión se llama “decir hola”. Su duración fue de 120 minutos y tuvo la finalidad de conocer y romper la tensión del grupo, ya que es una experiencia nueva. Las participantes se mostraron poco tímidas porque era la primera vez que estaban en grupo, pero a pesar de eso realizaron las actividades con mucho entusiasmo.

Al percibir cómo realizaban las actividades se hizo la detección de necesidades. Los resultados arrojados fueron personas que tienen una baja autoestima porque no les gusta demostrar su esencia. Considero que esta baja autoestima se debe a factores como el proceso de duelo al que se enfrentan, pues su adaptación emocional está en desequilibrio debido a la pérdida de su seno o de su cabello; razón por la cual muestran una falta de femineidad y su conducta es muy peculiar. Se detectó una falta de confianza de ellas mismas; muestran demasiada inseguridad al tratar temas de tristeza, miedo, enojo, cáncer de mama, frustración, mastectomía, familia. Estos son los indicadores de una autoestima baja. No se vio un lenguaje corporal y oral como debería, pues les costaba mucho trabajo poder expresarse oralmente debido a que existe una alteración en su imagen corporal y se podría entender que dichas conductas se presentaban por la distorsión de la perspectiva que ellas mismas tienen sobre su

cuerpo al enfrentar el proceso de su enfermedad. Por tanto, mostraban tensión, ansiedad, preocupación y estrés al no saber qué era lo que vendría después de ciertas actividades.

Se determinó que su emotividad es baja, pues su empatía con otras personas no es asertiva. No muestran egocentrismo y, por tanto, se infiere que son alocéntricas porque dependen de la opinión de la gente sobre su persona, ya sea física o mentalmente. Su percepción ante la realidad es desorientada ante lo que están viviendo y sobre su mundo exterior.

La idea de realizar esta primer sesión a personas con cáncer de mama fue con la finalidad de crear un ambiente de confianza y conocer más a fondo sobre cada una de ellas; donde se pudieran abordar los temas de una manera natural y abierta para que, en el momento de comentar cada una de sus experiencias, los demás pudieran hacer empatía, pues han experimentado sentimientos, emociones físicas, psicológicas y sociales similares. En cuanto al proceso, sí las ha llevado a crear emociones que indudablemente han afectado su percepción de la vida y su sentir ante los demás debido a las pérdidas que socialmente son muy significativas para el sexo femenino

La segunda sesión que se aplicó se llama “observando mi vida”, con una duración de 130 minutos; Esta se tomó en cuenta para que las mujeres sepan de manera general y específica lo que es la autoestima y cómo la enfermedad ha afectado su vida.

Entre las conductas mostradas están el no poder expresarse por miedo a ser criticadas y no poder definir adecuadamente sus fortalezas como personas. Se les proporcionó información respecto a qué es la autoestima y sus clasificaciones. Por consiguiente, se les enseñó a que aprendieran a reforzar sus fortalezas.

Durante el proceso de aceptación de la enfermedad sus emociones y sentimientos cambiaron al poder interactuar con las demás personas. Fue una tarea difícil porque se sienten incomprendidas por el miedo que ejerce el tratamiento y su imagen. Durante el proceso del taller se irán generando estrategias que les permita tener seguridad y fortalecer su YO y así como la aceptación de su enfermedad.

La feminidad para las mujeres con cáncer de mama ha cambiado porque la sociedad genera estereotipos ante dichas cuestiones, pues las mujeres deben tener una apariencia física. Con su enfermedad dicha apariencia se ha visto modificada constantemente, su autoestima baja porque no se consideran femeninas al perder un seno, o en algunos casos los dos, y el cabello como tal. Esto les causa desequilibrio emocional y dificultad para aceptar su nueva vida. Así mismo, su nuevo cuerpo no se adaptara al contexto cultural en donde se encuentran.

La sesión fue asertiva porque provocó en las pacientes una reacción favorable al indicarles que se forjaran sus metas. Lo hicieron convencidas al identificar carencias y así trabajar en su autoestima, depositándoles una nueva esperanza y seguridad.

Por último, se realizó la sesión “así soy yo”, cuya duración fue de 135 minutos. Ésta se tomó en cuenta para que las mujeres pudieran liberar sus tensiones de una forma individual y puedan expresar su sentir y darse cuenta de sus necesidades como personas en ese preciso momento de su enfermedad.

Las mujeres con cáncer de mama habían cambiado su lenguaje corporal por que mostraban menos ansiedad y estrés; se notaban más flexibles al manejar su confianza entre ellas. La seguridad con la que actuaban fue evidente al realizar la escultura de su propia persona. La hicieron con gran motivación y cuando se

iban a la parte del pecho ellas decían “tenemos mastectomía, no es necesario hacerlo” y reían al momento de decirlo.

Al finalizar la actividad expresaban que se sentían bien porque es como si observaran sus defectos y virtudes, pero nadie se los criticaba no se sentían diferentes a las demás personas, sino que al final todos somos diferentes y nadie es semejante a nadie.

Al momento de darles las gracias por haber dedicado tiempo y espacio para realizar las actividades, comentaron que si “eso era todo”, ya que les agradó mucho que se pudieran reunir en un equipo de personas que tienen la misma enfermedad y que pueden escucharlas sin tener que ser corregidas o calladas. Se sintieron a gusto y desearían tener un taller que les ayudara a resolver muchos aspectos de su persona.

Las emociones positivas que mostraron las pacientes en la implementación del taller fueron favorables, pues generó aceptación ante su enfermedad y tratamiento; En esta sesión se pudo observar la alegría, el orgullo, la serenidad, el optimismo, la esperanza y confianza; fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento sobre su enfermedad. Curiosidad e interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas, juicio, pensamiento crítico, mentalidad abierta, pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices; no sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad, estar dispuesto a cambiar las propias ideas con base en la evidencia, fortalezas emocionales que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, externa o interna. No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor. Ser capaz de defender una postura que crean correcta, aunque exista una fuerte oposición por parte de los demás. Actuar según las propias convicciones, aunque eso suponga ser criticado; incluye la fuerza física pero no se limita a eso. Terminar lo que uno empieza. Persistir en una actividad aunque existan

obstáculos. Obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito

El taller ayudará a la gente con cáncer de mama a aceptar su enfermedad, pues eso no es una barrera para realizar su vida como antes porque a pesar de ello se puede tener una vida común. Este taller podrá hacer ver a las participantes que la enfermedad no te detiene y, por consiguiente, ayuda a superar sus miedos.

Las mujeres con cáncer de mama sufren de una baja autoestima, por lo que el taller contribuirá a elevarla basándose en el trabajo del proceso de duelo; proceso de su feminidad y proceso de las relaciones personales e interpersonales.

La autoestima es fundamental en la vida del ser humano porque poseemos sentimientos que; dependiendo de cada personalidad, pueden manifestarse de diferente manera. La persona no nace con un concepto fijo y estático. El objetivo de esta propuesta de taller ha sido asertiva ya que las mujeres con cáncer de mama pudieron tener un cambio en sus conductas y emociones.

En estas sesiones las mujeres pueden reconocer la importancia del conocimiento interpersonal en cuanto a sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias negativas.

Es significativamente importante que no solo lleven un tratamiento médico, sino también psicológico que les permita ver más allá de la enfermedad, llevándolas a un bienestar físico, psicológico y social que les garatíce un equilibrio y una mejor calidad de vida.

La terapia psicológica ha demostrado su eficacia para reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones. Facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico. Contribuir a una mayor recuperación a todos los niveles: físico, psicológico y social.

	Antes	Después
Conductas	timidez, retraídas, estrés, ansiedad, inseguridad, desconfianza, falta de interacción.	Seguridad, confianza, socializaban, flexibilidad al momento del trabajo.
Emociones	irritabilidad, tristeza, ira, miedo, enojo, aversión	a gusto, felicidad, sorpresa

Conclusiones

La salud es un tesoro muy grande que tiene el ser humano; cuando se ve amenazada o se diagnostica una enfermedad de cáncer se vuelve vulnerable y afecta visiblemente su vida personal y social.

El diagnóstico de cáncer de mama suele tener una serie de reacciones emocionales, sentimientos de tristeza y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente, entre muchos otros. Estos sentimientos pueden ir acompañados de una reacción de shock, incredulidad, ansiedad, baja autoestima entre otros estados emocionales. Una condición más grave de estos trastornos incluye la presencia de los siguientes síntomas: cambio de apetito, trastorno del sueño, lentitud, agitación, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones y pensamientos suicidas. Es por ello que se hace necesario contar con un apoyo psicológico que les ayude a controlar sus emociones.

Una de las terapias psicológicas aplicadas en este taller es la gestáltica, la cual nos habla de que toda persona debe vivir el “aquí” y el “ahora”. Dicha teoría ayudaría a tener los resultados más rápidos y disfrutables; por consiguiente, las mujeres con cáncer de mama aprenderán a elevar su autoestima y a expresar adecuadamente sus sentimientos y emociones.

Como psicólogo es fundamental conocer las necesidades que tienen las mujeres mastectomizadas para orientarlas y elaborar con ellas los conflictos psicológicos que les permita enfrentar su enfermedad y asumir su tratamiento. Cualquier tipo de taller que detecte y analice dichas necesidades ayudará a aceptar su enfermedad y, por ende, a tener una mejor calidad de vida. Del mismo modo a fortalecer su autoestima.

De acuerdo con el estudio exploratorio que se realizó con las tres sesiones del taller se pudo corroborar que las mujeres necesitan de un apoyo psicológico que les permita conocer más su enfermedad, así como de las estrategias personales que pueden utilizar para el control de sus emociones encaminadas a fortalecer su autoestima.

La autoestima forma un papel fundamental en este tipo de pacientes, ya que pasan un proceso de duelo por su mastectomía que tiene que ser elaborado para lograr un equilibrio biopsicosocial, que ayude a una buena y sana aceptación de su imagen corporal, probando con esto una buena interacción interpersonal y manejo de emociones.

Por lo tanto, concluyo que la implementación del taller es viable para ser aplicada, ya que se obtendrán buenos resultados considerando cada una de las sesiones donde sientan un buen manejo emocional y su autoestima se eleve al realizar su tratamiento y operación. Asimismo se busca un equilibrio entre el tratamiento psicológico y el médico.

Bibliografía

LIBROS:

Abeldff, MD, Wollff, AC y Weber, BL. (2008). *El cáncer de mama oncología clínica*. Philadelphia: El sevier

Alcántara, J. A. (2001), *Educación la autoestima*. España: CEAC

Amaya, I. (1994). *Calidad de vida y quimioterapia del cáncer de mama*. Barcelona: Robinbook.

Barriga, J.S. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Barcelona: Ouc

Branden, N. (1997).*El poder de la autoestima*. México: Paidós

Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual moderno

Costenado, C.(1983). *Terapia Gestalt*. España: Herder

Craig, G y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall

Fernandez, R. y Perez, A. (1998). *Manual de la psicología de la salud*. España: Piramide

Filibert, A. (1995). *Oncología clínica: aspectos psicológicos*. Mexico: Mc Graw Hill.

Franco, Toledo, H. Cynthia. (2006). *Psicooncología: una propuesta novedosa de atención para pacientes con cáncer*. Tesina digital, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos

Gonzalez, F. (1992). *Cirugía del cáncer de mama*. España: Diaz de santos

Later, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt: cuatro vientos*

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. México: PSICOM

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogota: PSICOM

Papalia, D, Wensjos, O y Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: Mc Graw Hill

Risquez, F. (1978). *El enfermo canceroso: el impacto psicológico del cáncer*. Argentina: Galerna

Sinay, S y Blasberg, P. (1995). *Gestalt para principiantes*. Buenos Aires: Era nacientes

PAGINAS WEB:

National Cancer Institute: PDQ Breast Cancer Treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Date last modified 08/22/2013. Available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional..>

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Breast cancer. Version 3.2013. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf.

REVISTAS:

Nelson-jones, R. (2000). *Seis enfoques clave a consejería y terapia*: SAGE publicaciones

TESIS:

Franco, Toledo, H. Cynthia. (2006). *Psicooncología: una propuesta novedosa de atención para pacientes con cáncer*. Tesina digital, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Picazo, S.M. (2001).” *Aspectos psiosociales del enfermo con cáncer*”. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.