

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MUJER MASTECTOMIZADA

Vivian Cabarcas Acuña
Libia Colmenares Quintana
María Alejandra Gómez Suárez
Olga lucia Torres Ortega

Ximena Palacios Espinosa *
Director de Tesis

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLÍMAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO

CARTAGENA

2003

CONTENIDO

CONTENIDO	2
INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACION	7
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
OBJETIVOS	11
MARCO TEÓRICO	12
Aspectos biomédicos del cáncer	12
Epidemiología y etiología	13
Diagnóstico	17
Pronóstico	18
Tratamiento para el cáncer de mama	19

Quimioterapia_____	19
Radioterapia_____	19
Cirugía_____	21
Cirugía reconstructiva_____	23
Aspectos psicológicos de la mastectomía_____	31
Cambios en la relación de pareja_____	35
El cáncer de mama y la mujer soltera_____	39
Embarazo y maternidad_____	40
Adaptación y afrontamiento_____	43
Rehabilitación_____	45
CONCLUSIONES_____	48
DISCUSIÓN_____	50

Recomendaciones para futuras investigaciones	53
Referencias	55
Talleres Psicoeducativos para mujeres mastectomizadas	60
Justificación	60
Objetivos	63
Talleres Programados	64
Taller Naturaleza del Cáncer de mama	65
Taller de relajación y respiración	78
Taller de reestructuración cognoscitiva	102
Taller de habilidades de afrontamiento	119
Taller de autoestima	138
Taller de habilidades sociales	153

INTRODUCCIÓN

La alta incidencia del cáncer de seno, cada día más significativa, hace que profesionales en el área de la salud optimicen su intervención en todos los niveles de la enfermedad. Por lo tanto, el interés va más allá de la intervención física haciéndose necesaria e imprescindible la intervención psicológica, no solo en el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sino que el papel del psicólogo es muy importante en el proceso prequirúrgico y de rehabilitación de pacientes que han sido mastectomizadas (La presencia del cáncer y su posterior tratamiento quirúrgico desorganiza virtualmente todos los aspectos de la vida de la paciente, la estabilidad emocional y el mantenimiento del estilo de vida propio se ven severamente afectados. Pero a pesar de la tensión de los cambios la mayoría de las pacientes encuentran la manera de sobrellevar el cáncer y las terapias tóxicas o mutilantes que de él se derivan (Lancet, 1999).

La enfermedad oncológica supone un proceso vital en el que las diferentes fases

de enfermedad, condicionan las reacciones emocionales y sentimientos de las personas que la padecen (Pereira, F.1996) Las reacciones emocionales que presentan las pacientes en la etapa posquirúrgica de mastectomía están determinadas por el estilo como ha enfrentado el proceso desde su diagnóstico: su historia vital, recursos de afrontamiento desarrollados a lo largo de su vida, el tiempo de evolución de su enfermedad, los apoyos técnicos y profesionales que se le ofrezcan así como las redes de apoyo y soporte familiar y social, la edad, la situación profesional y económica, su condición en cuanto a relaciones de pareja e hijos. Lo anterior determina en gran medida las respuestas psicológicas que desencadenan las pacientes con cáncer de mama después de la mastectomía. Tales respuestas son los sentimientos de pérdida, amenaza, el aislamiento, la soledad, la ansiedad, la depresión, el miedo a posibles recaídas, la desesperanza, la vergüenza y debilidad entre otros; las cuales conllevan a la paciente a situaciones desadaptativas que impiden la asimilación y adaptación a su condición de mastectomizada (Lancet,1999).

Con este trabajo se realiza una revisión teórica relacionada tanto con los aspectos biomédicos más básicos del cáncer de mama como el diagnóstico, pronóstico y curso clínico, tratamientos, como con los aspectos psicosociales que implicados en el desarrollo y afrontamiento de este tipo de cáncer como la maternidad, vivencia de su sexualidad, los estilos de afrontamiento, la autoestima y el auto concepto. Así mismo, se revisan los efectos psicológicos del cáncer de mama después de la mastectomía, con el fin de diseñar una estrategia de intervención para la rehabilitación psicológica de la mujer con cáncer de mama mastectomizada.

JUSTIFICACIÓN

Según el Ministerio de Salud (1990), las enfermedades neoplásicas malignas en general ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad en Colombia, después de las enfermedades cardio-respiratorias, violencia y accidentes.

En cuanto a la mortalidad específica por tipo de tumor maligno en ambos sexos, el cáncer de estómago ocupa el primer lugar seguido del de útero y seno en mujeres (Rubiano, 1997). En Colombia el cáncer de mama es el más común, afectando durante el ciclo de la vida a una de cada nueve mujeres. Esta enfermedad neoplásica desencadena toda una serie de consecuencias físicas y emocionales en la mujer, obligándola a asumir la necesidad de enfrentarse a tomar decisiones con respecto a su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, e igualmente a enfrentarse a un impacto psicosocial y a veces, a la necesidad de rehabilitación (Huidobro, 1999).

La mastectomía es el tratamiento quirúrgico de elección para el cáncer de mama

y su objetivo puede ser tanto preventivo como curativo o paliativo (Rubiano, 1997). El carácter mutilante de este procedimiento tiene como consecuencia una serie de respuestas psicológicas tales como síntomas de ansiedad o depresión que por lo general alcanzan niveles clínicamente significativos lo que genera deterioro en la calidad de vida de estas mujeres (Huidobro, 1999).

La respuesta psicológica ante el cáncer de mama y su tratamiento de cirugía es compleja y variada, por tal razón se hace indispensable el conocimiento del profesional de la psicología para intervenir en los problemas psicológicos que se presentan en esta población, aportando soluciones a las consecuencias de dicha enfermedad (Rubiano, 1997).

Partiendo del principio de la psicooncología, dirigido a promover la calidad de vida en el paciente con cáncer y en su familia desarrollando en éstos alternativas para afrontar su condición actual controlando su deterioro físico y mental, cuidándolo y preservando su dignidad en toda la extensión de la palabra, surge la necesidad de intervenir a nivel psicológico en esta población específica, con todas las estrategias psicológicas necesarias para el mejoramiento de la calidad de vida (Huidobro, 1999) .

No se puede desconocer que el índice del cáncer de mama va aumentando al transcurrir los años, por tal motivo se debe preparar al personal especializado en esta rama, con el fin de que adquiera los conocimientos y habilidades para intervenir en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas.

La relevancia social de este trabajo puede traducirse en la calidad de vida. Está dirigido a ello, a incrementar los niveles de satisfacción de las mujeres mastectomizadas, generando su participación dentro de los contextos cotidianos y a permitir el reconocimiento de las mismas como personas normales y no como seres mutilados cuya vida se detuvo tras la mastectomía. Es necesario que ellas lideren su propia rehabilitación y la de las demás mujeres que tengan que vivir esta experiencia, conformando redes de apoyo que faciliten el proceso de reincorporarse a la vida pero con estilos de vida más saludables.

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los efectos psicológicos de la mastectomía en las mujeres con cáncer de mama?

¿Cómo realizar un aporte a la rehabilitación de las mujeres mastectomizadas a través de estrategias psicoeducativas?

OBJETIVOS

Objetivo general

A través de una revisión monográfica, comprender los aspectos psicológicos de la mujer mastectomizada por cáncer de mama.

Objetivos específicos

Identificar los efectos psicológicos de la mastectomía en las mujeres con cáncer de mama.

Conocer la incidencia de cáncer de mama en la población de Cartagena

Indagar acerca de los programas existentes de rehabilitación para mujeres mastectomizadas en la ciudad de Cartagena.

Recopilar información acerca del diagnóstico, curso y pronóstico del cáncer de mama.

Establecer el impacto emocional de la cirugía en mujeres mastectomizadas

Identificar estrategias de afrontamiento para el manejo de la ansiedad en mujeres con cáncer de mama

Diseñar estrategias psicoeducativas que apoyen el proceso de rehabilitación de la mujer mastectomizada

MARCO TEÓRICO

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MUJER MASTECTOMIZADA

Aspectos Biomédicos del cáncer de mama

El cáncer es una es una enfermedad muy compleja, definida como el crecimiento ilimitado, reproduciéndose de modo incontrolado y formando una masa llamada tumor. Al hacerlo así , destruyen el tejido que hay a su alrededor y quitan nutrientes a las células sanas. Este se presenta prácticamente en cualquier tipo de organismos: mamíferos, aves, peces e incluso plantas. Es conocida en el hombre desde la antigüedad. Se habla de cáncer como si se tratara de una afección única, cuando en realidad se trata de un conjunto de mas de cien enfermedades diferentes. Cada una de ellas sigue su propio curso dependiendo en gran parte de la localización del tumor maligno; de allí la variedad de cáncer que se pueden desarrollar en el organismo (Stanley, 1988).

Entre los diferentes tipos de neoplasias malignas los mas frecuentes son: cáncer de cérvix, pulmón, piel, útero, boca, próstata y cáncer de mama entre otros (Stanley, J.1988).

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer. Es el tumor sólido más estudiado en todos sus aspectos, debido por una parte a su gran frecuencia, y por otra a los trastornos psicológicos y físicos que produce su diagnóstico y posterior tratamiento (Stanley, 1988).

Epidemiología y Etiología

Casi un 7 o 9% de todas la mujeres que mueren después de los 35 años tiene cáncer de mama, y más del 25% de mujeres con cáncer tiene cáncer de mama. Durante 1987, en los Estados Unidos, se esperaba que 130.000 mujeres padecieran esta enfermedad y que murieran por ella 41.000 (Charles, 1990).

Existen evidencias experimentales y epidemiológicas complejas que apuntan fuertemente hacia la influencia de las hormonas y la dieta. Las incidencias de cáncer de mama en diferentes poblaciones se correlacionan intensamente con el consumo de grasas, con el azúcar o con la paridad en 75% de mujeres posmenopáusicas y en casi un 50% de mujeres premenopáusicas. Los factores genéticos también pueden tener gran relación con la aparición de cáncer de mama, especialmente en mujeres jóvenes(Charles, 1990).

El riesgo de cáncer de mama aumenta progresivamente con la edad excepto en los países con dietas pobres en grasas, donde en las mujeres de edad el riesgo se estabiliza o disminuye. Cuando los habitantes de países con bajo riesgo emigran hacia países con riesgo varían en consonancia con ello. No obstante, hay probabilidades de que el impacto de la dieta en la incidencia de cáncer de mama tenga lugar en edades tempranas, como la niñez o la adolescencia (Charles, 1990).

Por otro lado, existen evidencias de la implicación de las hormonas en la etiología del cáncer al igual que el factor hereditario, casi el 18% de los casos con cáncer se presentan en grupos de familias, pero solo un 5% de ellos pueden considerarse realmente familiares, según extensos análisis basados en la genealogía. En pacientes con cáncer familiar la enfermedad tiende a presentarse en edades tempranas y a ser bilateral, es frecuente encontrar carcinomas asociados en otras zonas, especialmente en colon, ovario o útero y pueden transmitirse tanto por vía materna como por vía paterna en forma de gen autosómico dominante (Casciato, 1990).

Dentro de los factores de riesgo para el cáncer de mama que aumentan tres veces o más la probabilidad de desarrollarlo, se encuentran: la edad, el sexo, la historia familiar, antecedentes de enfermedad quística, papilomatosis múltiples, hiperplasia atípicas, paridad y el carcinoma lobular in situ (Abaunza, 1987).

En cuanto a la edad; la enfermedad se manifiesta básicamente cerca de la menopausia y aumenta su incidencia con la edad; menos del 10% se presenta antes de

los 30 años. En los países de baja incidencia, la curva de presentación asciende rápidamente de los 25 a los 45 años, y en los países de alta incidencia, la mayor frecuencia esta entre los 45 y los 50 años, y luego entre los 65 y los 70 (Abaunza, 1987).

Teniendo en cuenta la historia familiar , se observa un aumento de cáncer de mama en madres, hijas y particularmente hermanas, pero también en tías, primas, abuelas. Las madres, las hijas y las hermanas que padecen cáncer de mama uni o bilateral antes de la menopausia tiene mayor riesgo. Otro factor de riesgo son las enfermedades quísticas, papilomatosis múltiples e hiperplasia atípica: estos papilomas se consideran lesiones premalignas (Copeland, 1991). La paridad: las nulíparas o las que tuvieron el primer embarazo pasado los 31 años tienen de 3 a 4 veces mas probabilidades de padecer cáncer de mama que las que terminaron su primer embarazo antes de los 18 años. Las pacientes nulíparas o que tuvieron el primer embarazo entre los 18 y los 31 años presentan casi el mismo riesgo . El carcinoma lobular *in situ* posee un riesgo de cáncer invasivo del 30% (Tejerina, 1990). Otros factores de riesgo intermedio, son los relacionados con la menstruación como la menarquia temprana, menopausia tardía, en mujeres los estrógenos orales, historia de cáncer de ovario, de fondo uterino o de colon y diabetes (Spratt, 1982). Dentro de los factores que disminuyen el riesgo están: primer parto antes de los 18 años, menopausia temprana. Y finalmente dentro de los factores que no tienen ningún efecto sobre el riesgo son: multiparidad, lactancia y amamantamiento (Stanley, 1988).

Con respecto a la etiología del cáncer de mama, también se tiene en cuenta la geografía y etnia la cual indica que la alta incidencia del cáncer mamario entre las mujeres occidentales, es cinco veces mas que las orientales, parece ser mas por factores ambientales que por factores genéticos (Abaunza, 1987).

La prolactina puede tener alguna relación en el etiología del cáncer mamario, la mastectomía produce regresión de tumores mamarios y la terapia con inhibidores de prolactina no ha mostrado valor terapéutico (Abaunza, 1987).

Los síntomas iniciales del cáncer de mama, no son muy notorios. En primera instancia se manifiesta con un nódulo mamario, sensación de peso, dolor, puede haber secreción, erosión y retracción del pezón, al crecer, aparece además de la piel induración generalizada de la mama y nódulos satélites (Bland, 1991). El tumor es el signo más frecuente en la mayoría de los casos detectados por la propia mujer, este puede ser de consistencia dura, superficie irregular, indoloro, móvil o fijo (Hellman, 1996). Otro de los síntomas mencionados es el dolor que por lo general es un síntoma poco frecuente, y cuando se presenta es intermitente y punzante en el área del tumor (De Vitta, 1986). La secreción del pezón es poco frecuente, generalmente se presenta, con aspecto serohemático. La retracción de la piel y el pezón es un signo de lesión avanzada y más evidente cuanto más cerca de estas estructuras se encuentre el tumor (Suárez, 1996).

La retracción de la piel está determinada por la proliferación de fibroblastos en el estroma del tumor y en los tejidos que lo rodean, lo que conduce a un acortamiento

progresivo, arrastrando la piel hacia el tumor (Suárez, 1996).

La piel de naranja es frecuente, causada por la distinción y engrosamiento alrededor de los folículos pilosos y orificio de las glándulas sebáceas en caso de edemas de la piel, el cual se produce por bloqueo de los conductos linfáticos subepidérmicos por émbolos carcinomatosos y distensión de la piel. Lo anterior determina el clásico signo de la piel de naranja (Donegan, 1982). El eritema de la piel por si mismo no representa un signo típico de tumor maligno de la mama pero puede verse en el carcinoma inflamatorio (Donegan,1982) . La erosión del pezón o la formación de costras acompañadas de prurito es frecuente en el cáncer de Paget (Suárez, 1996).

El tiempo desde la aparición del primer síntoma hasta su diagnóstico es variable con un promedio de seis meses a un año, lo que influye desfavorablemente en el pronóstico (Suárez, 1996).

Diagnóstico

Una vez que se haya detectado un síntoma de alerta de posible cáncer y se haya comunicado al médico, tras una exploración preliminar, este pedirá que se realicen varias pruebas. De hecho, los especialistas emplean más de cien pruebas diferentes para diagnosticar el cáncer. Las pruebas que se deben realizar dependerán de la localización del cáncer y si el médico considera o no que el tumor se encuentre extendido. Los clínicos médicos le ayudarán al personal médico a establecer las características del

tumor, su ubicación y a definir el tratamiento más eficaz para el paciente (Dennis, 1988).

El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis, el examen clínico y los exámenes complementarios. La anamnesis se orientará al interrogatorio hacia posibles factores de riesgo, tipos de evolución, síntomas acompañantes. Con el examen físico se precisarán las características del tumor, el tamaño, la localización por cuadrante, la movilidad, consistencia, estado de la piel y características del pezón. Como también el auto examen de mama, examen clínico y mamografía. Además, existen otros exámenes complementarios como exámenes de laboratorio, hemograma completo, eritrosedimentación, glicemia, creatinina, serología, y parcial de orina (Suárez, 1996).

Pronóstico

La identificación del pronóstico en las pacientes con cáncer de mama, ofrece la posibilidad de seleccionar la persona candidata para recibir un tratamiento más o menos intenso (Pereira, 1996).

Son diversas las características que se encuentran presentes durante el curso de la enfermedad relativamente independiente del tratamiento y que van a acondicionar su pronóstico. El análisis de todas las variables pronósticas (clínicas, histológicas y de laboratorio), permite predecir el curso clínico de cada paciente y establecer el tipo e intensidad del tratamiento que realmente este necesita (Pereira, 1996).

Dentro de los factores pronósticos clínicos se encuentran: La edad, la paridad, estado menopáusico, localización del tumor, estadio clínico. En los factores pronósticos histológicos se identifican: tipo histológico, grado histológico, grado nuclear, invasión vascular, invasión perineural, bordes del tumor, necrosis del tumor, reacción dermo-plástica, invasión muscular, invasión de piel y pezón, histiocitosis ganglionar, tamaño del tumor, estado de los ganglios linfáticos. Dentro de los factores pronósticos de laboratorio se encuentran antígeno carcinoembrionario, cáncer antígeno, ferritina, ceruloplasmina, caseína, prolactina, hidroxiprolina, feto proteína básica sérica, antígeno polipéptido tisular, fucosil transferasa, antígeno S2 humano, fosfatasa alcalina, placentaria, índice de marcaje con timidina, perfil de distribución de DNA celular y por último factores de crecimiento como son: epidérmico, catepsina D, y laminina (Pereira, 1996).

Tratamiento para Cáncer de Mama

Las recomendaciones para el tratamiento dependen del tipo y del estudio de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Actualmente, existen diferentes opciones terapéuticas: Cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.

Quimioterapia

La quimioterapia coadyuvante se puede dar al paciente con un estadio precoz con alto riesgo de desarrollar metástasis (Hunter, 1988).

Las recomendaciones para una quimioterapia coadyuvante y/o una terapia hormonal coadyuvante se basan en el número de ganglios axilares positivos, el estado menopáusico y la medición de receptores de estrógeno (Pereira, 1996). La quimioterapia al igual que la radioterapia, tiene efectos secundarios que dependen del agente específico utilizado, entre otros: fatiga, ganancia de peso, náuseas, vómitos, alopecia, trastornos en el apetito y alteraciones del gusto, neuropatías, diarrea, supresión de la médula ósea y síntomas menopáusicos (Hunter, 1988).

La alopecia y la ganancia o pérdida de peso, puede afectar la imagen corporal del paciente (Hunter, 1988).

Las mujeres premenopáusicas presentan o experimentan generalmente una menopausia prematura con síntomas de disminución de lubricación vaginal, sofocos, menstruación irregular o amenorrea (Tannenhaus, 1988).

Radioterapia

Como es posible que queden células cancerosas después de la escisión local del cáncer, se utiliza la radioterapia para controlar el tumor local, las mujeres con tumores grandes o con evidencia de células tumorales en los márgenes del tejido extirpado, se pueden beneficiar de la radiación, disminuyendo así la probabilidad de una recurrencia local (Hunter, 1988).

Así mismo, el tratamiento indicado para la recurrencia en la pared del tórax

después de una mastectomía es la radioterapia. Ésta se puede utilizar antes de la cirugía para disminuir el tamaño de los tumores grandes y hacerlos resecables. La radioterapia paliativa se emplea para aliviar el dolor de las metástasis de huesos y para el tratamiento sintomático de las metástasis en otros lugares, como el cerebro (Abaunza, H.1987). Son frecuentes antes y después de la radioterapia síntomas como fatiga, reacciones en la piel, cambios en la sensación, color y textura de la piel y edema de la mama (Hunter, 1988).

Cirugía

Cuando la enfermedad está en estadios I Y II se trata con una cirugía conservadora de la mama y radioterapia o una mastectomía radical modificada con o sin reconstrucción de la mama. La mastectomía y la radiación son tratamientos localizados y por lo tanto no afectan a las células que ya han metastatizado (Abaunza, H. 1987).

Por lo tanto, la cirugía es el tratamiento por excelencia para el cáncer pese a ser un procedimiento radical para combatir el cáncer de mama este consiste en la extirpación de la mama en continuidad con los ganglios linfáticos axilares del nivel 1. Este procedimiento deja deliberadamente intactos los ganglios linfáticos axilares de los niveles 2 y 3 (Copeland , 1998). Existen diversos tipos de mastectomía entre ellas la mastectomía radical, la mastectomía radical modificada, la mastectomia conservadora, la mastectomía segmentada y la mastectomia simple (Copeland , 1998).

La mastectomía radical consiste en la operación estándar para el cáncer de mama el procedimiento consiste en una disección en bloque de toda la mama y de la piel que

rodea el tumor, junto con los músculos pectorales mayor y menor y los contenidos de la axila (Bland, 1991).

La mastectomía radical modificada es la extirpación del pecho completo mas una disección medular axilar. Las desventajas de una mastectomia radical modificada son la deformidad y la posibilidad de sufrir problemas psicosociales por el cambio de su imagen corporal y el concepto que tiene de sí misma (Suárez, 1996).

La cirugía conservadora de la mama se puede llevar a cabo como un procedimiento ambulatorio o puede ser necesario la estancia en el hospital por una noche. La paciente a quien le practican una mastectomia radical modificada pasa de dos a cinco días en el hospital. La tendencia hacia estancias hospitalarias más cortas en estos procedimientos significa que muchos pacientes serán dados de baja con drenajes colocados por lo que necesitan información sobre su cuidado (Hunter, 1990).

La mastectomía radical ampliada: consiste en la extirpación de los ganglios paraesternales en los tres espacios intercostales superiores (Tannenhaus, 1998).

La mastectomía total (simple) debe extenderse de la clavícula al margen postal y de la línea media al dorsal ancho. Todo el apéndice axilar y la fascia pectoral deben ser extirpados completamente. Además , la piel debe ser escindida, siendo los colgajos de piel de un grosor similar a los de la mastectomia radical. La axila no está invadida y los ganglios axilares no son extirpados (Bennett, 1990).

El espectro de modalidades quirúrgicas que hay que considerar se completa con la mastectomía segmentaria que consiste en la escisión local que pretende la conservación de la mama y se ha denominado indistintamente mastectomia segmentaria, mastectomia parcial, lumpectomía o tilectomía (Hunter, 1990).

Cirugía reconstructiva

Después de ser mastectomizadas, algunas mujeres se muestran preocupadas y perturbadas por su aspecto físico y sienten la necesidad de mejorar su imagen , en estos casos recurren al reemplazo de su órgano a través de una cirugía de reconstrucción de mama (Charles, 1990).

La reconstrucción de la mama tiene una larga historia. Los cirujanos después de la segunda guerra mundial desarrollaron muchos métodos interesantes y singulares para la reconstrucción de la mama femenina luego de la mastectomia (Casciato, 1990). Básicamente estos procedimientos involucraron el uso de un colgajo de rotación de un pedículo acilindrado, los métodos y procedimientos variaron, pero todos requirieron un número de operaciones, lo que significó muchas admisiones hospitalarias para la paciente; la serie completa tomaba de 6 a 18 meses para completarse; numerosas visitas hospitalarias separaban a la mujer de su familia, y el tiempo requerido implicaba muchos problemas para la mujer con niños pequeños (Hunter, 1988).

El desarrollo de la reconstrucción en un tiempo que podía ser logrado durante

una sola hospitalización, probó ser un procedimiento atractivo y conveniente, especialmente ventajoso para la mujer (Die, 1999).

El desarrollo del procedimiento se debió principalmente a dos eventos: El primero de éstos fue el desarrollo de los implantes de silicona y el segundo fue la tendencia hacia operaciones menores, menos mutilantes para extirpar el cáncer (Hunter, 1988).

En los Estados Unidos, aproximadamente 90.000 mastectomías se realizan cada año, 80% de estas mujeres pueden adaptarse a su nueva apariencia física (hay varias etapas de adaptación, no todas son completas) pero generalmente una mujer retorna a un modo de vida regularmente normal. El restante 20% de las mujeres que son incapaces de adaptarse, deben tener la oportunidad de plantearse la reconstrucción (Donegan, 1982).

Muchas de las mujeres que acuden a la consulta para reconstrucción lo hacen ya sea porque han leído un artículo en una revista femenina o han visto una charla televisiva o porque tienen una amiga que se hizo la reconstrucción (Spratt, 1982). Es importante resaltar que muchas mujeres mastectomizadas expresan en consulta su arrepentimiento acerca de la cirugía escisional. Un gran número menciona que ellas no estuvieron lo suficientemente informadas de antemano acerca de lo que podía esperarse o no, luego de la cirugía. Muchas expresan su inquietud acerca del curso rápido de los acontecimientos que las llevó a la pérdida de su mama. Algunas habrían preferido la biopsia diagnóstica y mastectomía, si era necesaria, en dos etapas (Hunter, 1988).

Es extremadamente importante que el médico tratante de la mujer con cáncer de mama esté seguro de que ella tenga una prótesis externa adecuadamente colocada, desde el comienzo de la primera visita es imperativo impresionar a la paciente con que la reconstrucción mejorara su apariencia global, si bien de ninguna manera la retornará a su estado preoperatorio (Hunter, 1988).

Se hace necesario encontrar en cada caso la operación adecuada para las necesidades individuales (Donegan, 1982).

Después de la mastectomía, algunas mujeres quedan con una mama más grande y a menudo dirán que su mama aumentó de tamaño después de la mastectomía. Por lo tanto, suelen no encontrar una prótesis para emparejarla y esto tiene efectos emocionales negativos en ellas (Spratt, 1982). Por lo tanto, estas mujeres pueden beneficiarse de una mamoplastia reductora en la mama remanente y pueden no tener deseos de reconstruir el lado afectado por la mastectomía. Tras este procedimiento, ellas pueden encontrar una prótesis que empareje y que les dé una sensación mejor de equilibrio (Donegan, 1982).

Las mujeres se quejan de un número de defectos luego de la mastectomía; el más frecuente, por supuesto, es la falta de la glándula mamaria. La depresión subclavicular es la segunda queja con frecuencia, siendo tercero el defecto axilar. Generalmente no es factible reconstruir el área axilar, y las pacientes son informadas de esto (Bland, 1993).

Debe ser entendido que el proyecto de reconstrucción no debe de ninguna manera comprometer la decisión del cirujano sobre qué tipo de cirugía es necesaria para tratar el cáncer de la paciente. El cáncer mamario sigue siendo una enfermedad potencialmente letal y el objetivo primario es la supervivencia de la mujer (Pereira, 1996). Sin embargo, debe mencionarse que hay algunas variantes en la técnica en el momento de la cirugía original que, cuando son factibles, son útiles en términos de reconstrucción futura y es importante considerarlas. Entre éstas, está la incisión transversal que hace de la reconstrucción una tarea mucho más fácil. Si puede hacerse la incisión de tal modo que la cicatriz resultante quede dentro del contorno normal del corpiño de una mujer, la paciente podrá usar mucho más cómodamente su ropa. La cicatriz vertical que va hacia la axila y la distorsiona es raras veces necesaria. Además de alterar la incisión, el cirujano puede, en interés de la reconstrucción evitar un sacrificio de piel innecesario si esto no pone en peligro las probabilidades de lograr la curación (Hunter, 1988).

La perspectiva de la reconstrucción luego de la mastectomía brinda un medio adicional para convencer a las mujeres de que se realicen exámenes mamarios periódicos. Muchas mujeres lo evitan por miedo. La disponibilidad de una reconstrucción, si es necesaria una mastectomía, genera menos temor en las mujeres (Donegan, W. 1982). Así mismo, la discusión con la paciente de la posibilidad de la reconstrucción antes de la mastectomía hace a la operación un poco más aceptable y menos traumática para ellas, y es interesante notar que muchas mujeres que desean discutir la reconstrucción antes de la mastectomía encuentran que más adelante no tienen

deseos de ésta. Los cirujanos deben sentirse libres para sugerir la reconstrucción a sus pacientes, ya que esta puede mejorar significativamente la calidad de vida de muchas de ellas (Donegan, 1982).

Generalmente el término reemplazo funcional implica el incremento o el reemplazo de funciones corporales, fuerza o amplitud de movimientos, pero esta definición no es aplicable a la mama. Fuera del periodo de lactancia, la única función de la mama adulta consiste en contribuir a la forma del cuerpo. En este sentido, la modificación de la forma de las mamas representa una recuperación de su función. Si bien la mama adulta ha sido descrita como un apéndice innecesario, la ausencia de una mama equivale a la ausencia de la nariz o de una oreja. Por cierto, es posible vivir sin estas estructuras visibles, pero su ausencia se asocia materialmente con una menor calidad de vida (Hellman, 1996). En los últimos 10 años, los procedimientos de reconstrucción mamaria después de una mastectomía han comenzado a ser considerados como de carácter funcional más que estético. Un procedimiento estético es aquel destinado a mejorar la apariencia de una estructura que puede ser considerada dentro del amplio rango de las variaciones normales (Bland, 1993).

Existen cinco factores esenciales relativos a cualquier procedimiento de reconstrucción que también se aplican a la resección y a la reconstrucción de las mamas: La supervivencia de la extirpación, la facilitación de extirpación adecuada, la corrección de un sitio operatorio irradiado o cicatrizal, recreación de la forma de la estructura perdida, reemplazo de la función de la estructura perdida (Bland, 1993). La

evolución histórica de la reconstrucción mamaria se asocia principalmente con el desarrollo de los implantes de siliconas como se mencionó anteriormente, los colgajos miocutáneos y los injertos tisulares autógenos. Estas aplicaciones clínicas se han implementado en el curso de los últimos 20 años, pero la captación general de estos procedimientos recién se ha producido en estos últimos 5 años. La aplicabilidad clínica de estas nuevas modalidades ha modificado radicalmente el abordaje quirúrgico de una mama ausente (Bland , 1993).

Los implantes de silicona fueron introducidos inicialmente en 1964 por Cronin y Gerow. Estos primeros trabajos quirúrgicos fueron llevados a cabo en colaboración con Silas Braley de la Dow Chemical Company. Las siliconas fueron elegidas como material de implante debido a su potencial no reactivo, la segunda razón consiste en las características fisicoquímicas de la silicona, las cuales posibilitan una amplia gama de morfologías (Bland , 1993). Los colgajos miocutanéos fueron descritos por el profesor Iginio Tanzini de Padua en 1896 con el uso del colgajo miocutáneo con el músculo dorsal ancho para cerrar el defecto de la mastectomía radical. Tanzini (1998), introdujo esta técnica como mecanismo para obtener una mastectomía radical de curación primaria.

Con respecto a la reconstrucción mamaria subpectoral, la eficacia del método ha sido claramente reconocida y la técnica aun es comúnmente utilizada en pacientes seleccionadas. Representa una notable mejoría con respecto al implante mamario estándar colocado bajo la piel de la mastectomía (Bland, 1991). Existen otros tipos de

reconstrucción entre ellos la reconstrucción con implante de dorsal ancho, expansión tisular, transferencias de tejido autógeno, colgajo TRAM, reconstrucción con dorsal ancho en "J", transferencias de tejidos micro vasculares (Bland, 1993).

La adaptación física y psicológica ante el diagnóstico de cáncer de mama y la extirpación de una mama es, por definición, un proceso de recuperación. En su forma más simple puede ser considerado como una adaptación a un cambio del enfoque vital que pasa de prepararse para la muerte a prepararse para la vida. La reconstrucción mamaria representa un aspecto importante del proceso de recuperación. Pero antes de considerar una intervención quirúrgica es necesario resolver otros aspectos del problema como prepararse para la muerte, descreimiento, negación, ira, depresión, aceptación (Copeland, 1991). Es fundamental que la paciente resuelva satisfactoriamente los sentimientos negativos, esto es que los identifique y maneje, antes de que pueda considerarse una reconstrucción mamaria programada. Algunos pacientes niegan estos sentimientos por completo y nunca llegan a la fase de aceptación, en estos casos no debe considerarse una reconstrucción mamaria dado que el estado emocional de las pacientes impedirá aportarles bienestar a través del procedimiento quirúrgico, del mismo modo, que la compra de un vestido bueno no puede generar felicidad (Bland , 1993).

Las expectativas de la paciente con respecto a la reconstrucción mamaria han aumentado en forma creciente con el curso del tiempo. En general estas pacientes poseen abundante información y pueden comprender cabalmente las diferencias entre los distintos métodos de reconstrucción mamaria, y a menudo manifiestan opiniones

personales a favor y en contra de determinados procedimientos (Bland , 1993).

Comúnmente, las pacientes mastectomizadas experimentan malestar emocional debido a la imposibilidad de utilizar ropa común, manifiestan su desagrado por las prótesis externas y cansancio de soportar la desfiguración y el estigma de la mastectomía (Bland , 1993).

Cuando el proceso de la recuperación ha progresado hasta la fase de “aceptación”, es posible considerar los siguientes objetivos de la reconstrucción mamaria en la paciente: 1) *Asimetría*. El objetivo principal consiste en aceptar que la mama contralateral es diferente, 2) *resultado duradero*. Como un objetivo tácito, toda paciente espera un resultado duradero aun cuando ese objetivo solamente puede ser relativamente garantizado con la transferencia de tejidos autógenos, 3) *factores estéticos relacionados con la forma, la consistencia y el tamaño*. La paciente por lo general no insiste demasiado sobre estas consideraciones en una fase inicial, pero eso se debe solamente a la incapacidad de expresar tales preocupaciones, 4) *olvidar la mastectomía*. Este representa el objetivo final de cualquier tipo de reconstrucción mamaria. Es de esperar que el trauma psíquico asociado con la mastectomía y con la reconstrucción mamaria puede ser olvidado en un futuro. Esta meta puede parecer demasiado ambiciosa, pero en muchos casos se cumple (Bland, 1993).

Las expectativas de la paciente en lo que respecta a la reconstrucción mamaria debe ser determinadas en un comienzo dado que todas las decisiones ulteriores se basan

sobre uno de los siguientes objetivos quirúrgicos: limitado, moderado y ambicioso (Bland, 1993).

Aspectos Psicológicos De La Mastectomía

Una enfermedad grave es siempre un reto, pero el cáncer lleva consigo un estigma que lo hace diferente de otras enfermedades, las pruebas diagnósticas, los tratamientos, los índices inciertos de curación, la súbita posibilidad de una muerte inmediata o de desfiguración física, todo ello afecta profundamente el estado psicológico del paciente, por lo tanto, éste necesita sobre todo el apoyo de la familia, los amigos, así como otros medios de ayuda (Stanley, 1988).

La reacción de la mayoría de los pacientes ante un diagnóstico de cáncer tiene varios componentes comunes (Hunter, 1988).

La respuesta de cada persona estará influida por variables como, la edad, el sexo, la personalidad, las relaciones con la familia y los amigos y las propias creencias. Con todo, la mayor parte de los pacientes experimentan las siguientes emociones (Dennis, 1988) :*Impacto diagnóstico* cuando la persona se entera de que tiene un cáncer, el impacto inicial es tal que la persona puede olvidar durante algunos segundos donde se encuentra. Puede sentirse “irreal” o desorientada. Si no es capaz de pensar con claridad, es mejor no comentar los detalles del caso durante algunos días o incluso una o dos semanas (Tannenhaus, 1988). El tratamiento puede retrasarse durante ese tiempo,

sin efectos perjudiciales (Stanley, 1988).

Otra emoción es la actitud negativa que no es más que la **negación** que sigue al impacto diagnóstico. El paciente no parece darse cuenta de la gravedad de la enfermedad. Este síntoma en realidad es esperable, saludable y necesario: permite que el paciente se amortigüe y recupere los elementos de afrontamiento necesarios enfrentar la condición de estar enfermo. Permite así mismo que la persona mantenga la disposición y la actitud requerida para colaborar con los médicos. Sin embargo, la negación puede constituir un problema importante si el paciente no reconoce la necesidad del tratamiento requerido (Hunter, 1988).

La **culpabilidad** es una reacción común frente al diagnóstico de cáncer. Una persona puede sentirse culpable debido a sus hábitos personales, como fumar o seguir un régimen alimentario deficiente, que pueden estar relacionados con la enfermedad, o bien por el temor de convertirse en una carga para la familia. Incluso, algunos pacientes creen que el cáncer es el castigo por algún pecado del pasado (Dennis, 1988).

La **depresión** es otra de las reacciones emocionales que se presentan en la adaptación a la enfermedad y sus causas son múltiples: El temor a las intervenciones quirúrgicas, al tratamiento o a la muerte, a la pérdida de la integridad física o de la propia estima, al haber perdido el dominio sobre el presente o el futuro, a depender de los médicos, las enfermeras y el personal del hospital para realizar sus actividades e incluso a veces para las funciones más elementales, tales como asearse. La pérdida de la

intimidad es uno de los aspectos más sentidos por el paciente pues pocas veces los pacientes de un hospital disponen de una habitación individual: durante las pruebas quizás estén presentes otras personas que no sean los médicos y enfermeras, deben ajustarse a las normas y a la rutina hospitalarias, entre otros (Stanley, 1988). Por lo general, los procedimientos hospitalarios, incluyendo la inserción de catéteres (drenajes), la administración de enemas y las exploraciones ginecológicas y proctológicas y otros procedimientos invasivos, pueden resultar aversivos para la persona (Hunter, 1988). Los sentimientos de miedo, rabia, humillación y pérdida de la propia estima pueden manifestarse en forma de depresión. Es una reacción natural, aunque algunos pacientes se deprimen patológicamente e incluso pierden las ganas de vivir (Stanley, 1988). La negativa prolongada a tomar alimentos y medicinas pueden ser intentos de suicidio de un paciente muy deprimido (Tannenhaus, 1988).

La **rabia** es otro de los factores emocionales que afectan al paciente en su proceso de adaptación; este sentimiento se puede presentar contra sí mismo, su familia, sus amigos o el personal del hospital. Ello puede constituir un signo saludable si el paciente es capaz de aprender a dirigir su ira contra la enfermedad y ser más agresivo en la búsqueda del tratamiento más efectivo (Stanley, 1988).

Con respecto al **aislamiento**, se ha evidenciado que existen pacientes que se resisten a hablar de la enfermedad o de sus sentimientos personales, aislándose socialmente. La familia y los amigos suelen compartir esta resistencia, ya sea porque ellos mismos no se atreven a enfrentarse con la situación, ya sea porque creen que el

paciente prefiere no hablar de sus asuntos personales (Stanley, 1988).

Si todas las reacciones emocionales mencionadas anteriormente hacen parte de la respuesta adaptativa al proceso de enfermedad en todos los pacientes con cáncer pero que definitivamente esto depende también de las diferencias individuales, es posible predecir que cada mujer reaccione de una forma distinta ante el diagnóstico de cáncer de mama y que así mismo, su respuesta esté determinada por multitud de factores (Tannenhaus, 1988). El amplio espectro de problemas emocionales y psicosociales a los que puede verse sometida una persona que recibe esta noticia varía desde síntomas depresivos, hostilidad, descenso de la autoestima, desesperanza, negación, pérdida de la sensación de control y otros trastornos del humor (Dennis, 1988)

La mayoría de las mujeres refieren una combinación de miedo, ira, culpa, ansiedad, soledad, abandono y negación, con diferente intensidad. El grado en el que se asuman, expresen y manejen de forma eficaz será función de la personalidad de la paciente, las conductas y estilos de afrontamiento aprendidos, los estresores coincidentes, la red social de apoyo y la capacidad de utilizar esta red y aceptar el apoyo disponible (García, 1999).

Las pacientes mastectomizadas presentan más secuelas psicológicas que los controles sometidos a una biopsia con diagnóstico de benignidad (García, 1999). La quimioterapia se asocia con niveles altos de depresión, ansiedad y otros síntomas que expresan las dificultades de adaptación. A pesar de los progresos en el alivio de algunos

de los efectos secundarios del tratamiento, la alopecia, la ganancia de peso, los cambios en la piel y otros efectos fisiológicos reales o imaginados suponen una importante fuente de malestar (García, 1999).

Cambios en la Relación de Pareja

La sexualidad conlleva factores emocionales y sociales, así como funciones biológicas; forma parte del carácter de cada individuo, sin consideración de la edad, el sexo o la cultura; los profesionales sanitarios a veces no tienen en cuenta los cambios en la sexualidad provocados por cáncer y su tratamiento, porque perciben que la preocupación por el tratamiento de cáncer o el posible desenlace moral, son más importantes que la sexualidad, por desgracia, sin un asesoramiento adecuado las disfunciones sexuales pueden alterar las relaciones entre el paciente y su pareja, complicando aún más, los problemas que ya tiene la persona con cáncer (Chamorro, 1990).

Estudios realizados por Lacasa (1981), presentaron la manera en que los esposos proporcionan el apoyo en lugar de los tipos de apoyo que ellos proporcionaron en nuestra vista, tipos diferentes de apoyo, incluyendo, el apoyo emocional, la apreciación, el apoyo informativo e instrumental.

Este apoyo puede ofrecerse en más de una forma, como por ejemplo: los esposos pueden intentar proporcionar el apoyo emocional, preguntando cómo las percepciones

de los pacientes, hablando sobre los problemas que no se relacionan a la enfermedad, para distraer a la paciente de su condición (Ellard, 1999). El compromiso activo se describe como involucrar al paciente en las discusiones, mientras inquiriendo como la percepción del paciente, preguntando por la ayuda y la información que necesitan, y usando otros métodos como resolver problemas constructivos, de esta manera se proporciona el apoyo similar a la conceptualización de apoyo social (Acitelli, 1994).

La falta de evidencia para la asociación negativa entre la satisfacción matrimonial, puede indicar que estas relaciones solo están presentes bajo ciertas condiciones, aunque es evidente que diagnosticándose, con el cáncer todos los pacientes perciben el mismo grado de dolor psicológico (Weisman, 1984).

Estas relaciones sólo están presentes bajo ciertas condiciones. Aunque es evidente que diagnosticándose con el cáncer, no todos los pacientes percibirán el mismo grado de dolor psicológico (Weisman, 1984). Es más, los pacientes difieren en el grado a que ellos se dañan físicamente. Nosotros defendemos que las personas que son muy apenadas, tremendamente físicamente dañó, o ambos, perciba el mando pequeño encima de sus actividades diarias y quiere recobrar el mando (Rowland, 1990). las discusiones Abiertas sobre el cáncer con su compañero y problema de la juntura que resuelve es decir, el compromiso activo podría ayudar que ellos recobraran el mando, considerando que los pacientes y acciones del compañero minan los sentimientos de los pacientes de mando más aun. Como una consecuencia, estas personas pueden afectarse más fuertemente por las acciones a favor de su compañero que aquellos que perciben el dolor

psicológico y físico pequeño (Koopman,1998).

Dada la cantidad y la diversidad de factores implicados en la función sexual es difícil cuantificar el grado de afectación debido a la enfermedad. La propia enfermedad, los efectos del tratamiento y las complicaciones emocionales contribuyen en conjunto a producir estos cambios. Los efectos físicos de la quimioterapia, a la vez que la depresión o la ansiedad, pueden influir de forma notable en el deseo sexual y en la capacidad de percibirse como sexualmente atractiva y relacionarse con su pareja. La mujer puede sentir que nunca más será deseable para su pareja, ver como disminuye su deseo sexual y la frecuencia de relaciones, o tener dificultades en la excitación u otras fases de la función sexual (García, 1999).

El compromiso Activo se asoció más fuertemente positivamente con la satisfacción matrimonial entre las pacientes mujeres que entre los pacientes hombres, particularmente cuando las paciente tenían muchas limitaciones físicas. Además, en contraste con los pacientes hombres, las pacientes informaron los sentimientos más negativos , aunque la mayoría de los efectos de la interacción que consideran el deterioro físico y , estos efectos indican que no es simplemente variación del método común que activa las relaciones encontrada, los análisis sugirieron que la conducta de compañeros saludables afectó la satisfacción matrimonial a través de las percepciones de pacientes. De un punto de vista práctico, esto es importante que porque sugiere que los compañeros de la manera intentan apoyar a su esposo enfermo no importando su condición, de hecho. En conjunto, la evidencia para el papel moderando del deterioro físico del

paciente era algo más fuerte que la evidencia para el dolor psicológico. Sobre todo con respecto al compromiso activo, esto puede ser debido al hecho que las limitaciones físicas de los pacientes son más visibles que su dolor psicológico (Crofton, 1990). Para los pacientes desfavorablemente cuando necesitan del apoyo de su pareja muchas veces no lo tienen , pero ellos no pueden saber que su esposo siente algún malestar y los tildan de ser incapaz de notar el dolor o cuando ellos se culpan de sentirlo (Plata, 1990). Además, los pacientes piensan que su pareja percibe mas el dolor cuando observan la herida físicamente o tienen conocimiento de esta, ya que ellos piensan que el dolor psicológico como no se ve a simple vista no s siente malestar (Vinokur, 1996).

La situación familiar y la etapa del ciclo vital influyen notablemente en la reacción ante la enfermedad neoplásica, el diagnóstico genera impacto en todos y cada uno de los pacientes uno de los miembros de la familia, lo que favorece el desarrollo de respuestas ansiosas y/o depresivas. No hay que olvidar que los familiares de primer grado de las pacientes con cáncer de mama tienen un riesgo dos o tres veces mayor que la población general (García, 1999).

Las parejas de las pacientes con cáncer de mama viven experimentan niveles de incertidumbre permanentes además de miedo a la recidiva y a la muerte. El cambio de rol social (el marido pasa a ocuparse de los hijos y la casa), las dificultades de comunicación con la enferma, los sentimientos de soledad, la confusión sobre la manera de tratar el tema con los hijos y la culpa por verse afectado psicológicamente cuando uno no tiene el cáncer se presentan continuamente en la mente de la pareja. Los niños temen

por su propia seguridad. Los padres de una paciente con cáncer de mama pueden experimentar sentimientos de culpa por la posibilidad de sobrevivir a su hija (García, 1999).

La preocupación sobre las secuelas psicológicas y conductuales de la cirugía de cáncer de mama ha aumentado en las últimas décadas. El cáncer puede ser una enfermedad, cuyas implicaciones emocionales tienen un alto costo para el paciente y su familia. Bard y Sutherland (1955) consideraban que una mujer (y quizás su pareja) se vería como una persona sexualmente "cambiada" después de una mastectomía. Derogatis (1980) mencionó que los componentes identidad sexual e imagen corporal se ven directamente afectados por el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Las revisiones contemporáneas resaltan la importancia de la sexualidad para los sobrevivientes de cáncer. Gotay y Muraoka (1998), mencionan que para la mayoría de las pacientes mastectomizadas la calidad en cuanto a su relación de pareja, varía de acuerdo al tipo de mastectomía y a las posibilidades de reconstrucción de las pacientes y las implicaciones a nivel de la satisfacción y el desempeño sexual suelen ser una preocupación común (Walsh, 1995).

La mujer soltera y el cáncer de Mama

En relación con las pacientes casadas, las mujeres solteras presentan mayor frecuencia de sentimientos de aislamiento, una mayor presión ante la enfermedad y niveles más altos de depresión. Sin embargo algún estudio realizado por Coyne en 1994

encontraba niveles bajos de problemas de adaptación en mujeres solteras que habían padecido tenido cáncer de mama al cabo de varios meses de seguimiento. Parece claro que las variables de confusión en estos casos son múltiples, incluyendo la edad del paciente y la situación social y familiar por lo que se requieren estudios más detallados y abordajes individualizados en estos casos (García, 1999). El Diagnóstico de cáncer a una edad joven es asociado con un pronostico especialmente pobre, y el descubrimiento temprano de patología del pecho es crucial a la supervivencia (Kroman, 2000). Los resultados no revelaron ninguna asociación entre la edad y la clase social, aunque la edad puede percibir el cáncer de mama, Sin embargo, las mujeres de mayor edad puede complicarse por los resultados de cáncer, ` El susto de descubrir el cáncer de mama hace a muchas mujeres temer lo peor. Ellas piensan que ellos se morirán dentro de meses de tratamiento y algunas mujeres espera morirse durante la cirugía (Cirket, 1992). La cirugía puede mejorar las desigualdades de supervivencia pero no reduce la probabilidad de disminuir la enfermedad (Clark, 1991).

Embarazo y maternidad

Desde un punto de vista biológico parece justificado el interés acerca del efecto del embarazo sobre las neoplasias mamarias. Muchos de los cambios sistémicos que favorecen el desarrollo fetal parecen favorecer igualmente la promoción del crecimiento tumoral. En grados variables, el cáncer de mama retiene la dependencia hormonal de su origen tisular, permaneciendo potencialmente obedientes a los cambios fisiológicos que estimulan al parénquima mamario. Las evidencias clínicas y de laboratorio indican que

los estrógenos y la prolactina, que aumentan dramáticamente durante el embarazo, pueden estimular el crecimiento del carcinoma mamario (Donegan, 1982).

Las investigaciones realizadas confirman que el curso clínico de la mujer embarazada con carcinoma mamario está marcado por retrasos inusuales (Applewhite, 1993). Se tiene evidencia sobre mujeres vistas entre 1948 y 1967, documento una duración promedio de síntomas de 11 meses versus 4 meses para mujeres no embarazadas. El diagnóstico se demoró un mes adicional luego de la primera visita al médico en el caso de la mujer embarazada con un retraso entre el diagnóstico y el tratamiento de 8 días de promedio versus de 3 días para la mujer no embarazada (Westberg, 1946). Se encontró que el retraso promedio entre el descubrimiento de un nódulo, y el tratamiento era de 2 meses más para la mujer embarazada que para las otras, y este hallazgo fue confirmado por investigadores que atribuyeron tres cuartos del retraso en el tratamiento o dilación del médico. Los factores que contribuyen incluyen omisión de examinar las mamas regularmente en los estudios prenatales (Montgomery, 1961). Este cáncer es raro debido a que el cáncer mamario es más frecuente en edades no reproductivas de la mujer entre los 50 y los 55 años. De todos los tipos de cáncer de mama solo el 2.8% coincide con el embarazo (Donegan, 1982).

La incidencia general estima que de 1 a 2 % de mujeres afectadas están entre 21 a 44 años y la edad promedio es de 34 a 35 años. Generalmente, el diagnóstico de cáncer mamario en mujeres embarazadas se hace de forma tardía. La mayoría de los obstetras que descubre un nódulo en una mujer embarazada lo considera de posible naturaleza

benigna. No obstante, todo nódulo al principio o final de la gestación debe ser investigado hasta obtener su diagnóstico, por lo que los gineco-obstetras y los médicos de familia desempeñan un papel importante en la detección temprana de la enfermedad. Es importante el examen de las mamas en la primera consulta antes de que estas ingurgiten y sean más difíciles de examinar (Donegan, 1982).

El pronóstico de la paciente que padece desarrolla un cáncer de mama durante el embarazo y lactancia generalmente es más desfavorable que para otras mujeres, por los cambios endocrinológicos y fisiológicos que ocurren en el periodo de la gravidez y lactancia, que constituyen factores de riesgo y empeoran su pronóstico. Desde el punto de vista clínico se produce un aumento de los senos que dificulta la palpación de posibles nódulos (Donegan, 1982).

El embarazo y el cáncer son los únicos estados biológicos que el sistema inmunitario tolera. El mecanismo que permite la implantación fetal se halla quizás relacionado con un trastorno de la inmunidad celular que al parecer también disminuye la resistencia de huéspedes o las neoplasias malignas (Donegan, 1982).

ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO

El curso completo del tratamiento y las complicaciones médicas que con frecuencia aparecen durante el mismo, la recidiva, la posibilidad de entrar en ensayos clínicos experimentales, los tratamientos adicionales y la rehabilitación o la decisión de abandonar el tratamiento elevan considerablemente la morbilidad psiquiátrica y psicológica. En general se aprecia una tendencia a la negación de estas preocupaciones, en franca contradicción con las expectativas creadas en un principio, apareciendo sentimientos de soledad. Las mujeres experimentan sentimientos de culpa y remordimiento sobre decisiones tomadas en el tratamiento previo, problemas en el diálogo con su familia y amigos sobre la recidiva, cambios físicos adicionales y aumento de la tensión emocional. En muchos casos, las secuelas físicas, los problemas económicos o síntomas similares al estrés postraumático pueden dificultar la adaptación a su vida cotidiana (García, 1999).

Una variedad de factores influyen en la manera en que cada mujer vive el cáncer de mama y las consecuencias psicosociales que le acompañan, entre éstos se destacan la personalidad previa y el estilo de afrontamiento de los problemas. Factores estresantes coincidentes en el tiempo pueden modular la adaptación a la enfermedad; para muchas mujeres el cáncer continúa siendo un estigma, y hay un sentimiento de culpa y vergüenza asociado a esta enfermedad. Así no es raro que la autoestima de muchas pacientes se encuentren ligada estrechamente al concepto de belleza personal,

atribuyendo a la apariencia externa un valor desproporcionado (García, 1999).

Debido a que las pacientes se sienten poco atractivas en su físico o incluso repulsivo, tiene muy poca posibilidad de tener unas relaciones sexuales sin problemas; hay numerosos factores que provocan alteraciones en la imagen corporal y como se menciono anteriormente en la autoestima en pacientes con cáncer, una de las causas de dichas alteraciones suele ser la alopecia, aunque esta sea temporal; la esterilidad secundaria al tratamiento puede ocasionar una crisis de identidad que indirectamente afecte a la respuesta sexual (Stewart, 1993).

El riesgo de desfiguración en estos casos supera el miedo a la recidiva y a la muerte. La solicitud de información es también considerada un mecanismo de afrontamiento positivo para muchas pacientes. En algunos casos representa una forma de reformar el control de iniciar una acción o de asumir la responsabilidad, lo que puede ser importante para algunas mujeres acostumbradas a tomar decisiones sobre los eventos vitales experimentados (García, 1999).

La negación puede ser una forma de adaptación para hacerle frente a la enfermedad en momentos determinados o a lo largo del proceso de ésta, pero puede llegar a preocupar cuando es prolongada, ya que puede interferir con el tratamiento y la actuación inadecuada para resolver los problemas por parte del paciente (Nielsen, 1985).

REHABILITACIÓN

Se han desarrollado diferentes estrategias para ayudar a las pacientes con cáncer de mama y a sus familias en el proceso de afrontamiento de las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad, su tratamiento y sus secuelas. Los beneficios de cada intervención deben ser evaluados a la luz de las necesidades de cada paciente, tratando de diseñar un plan de tratamiento específico que se adapte a la realidad y circunstancias del mismo. Tanto las técnicas en si como el papel a desempeñar por el equipo terapéutico variarán considerablemente de unos casos a otros. Una actitud comprensiva por parte del equipo, que incluya una comunicación eficaz y abierta, garantizará que la intervención se lleve a cabo de la mejor forma posible, por el miembro del equipo con la mejor preparación en dichas técnicas. En la rehabilitación para la mujer con cáncer de mama después de la mastectomía, el apoyo social desempeña un papel fundamental en el abordaje de las consecuencias psicosociales del cáncer. Los sentimientos de aislamiento y abandono tienden a exacerbar las reacciones emocionales. Aquellos pacientes que reciben mayor apoyo por parte de sus familias presentan mejor pronóstico en lo que a secuelas emocionales se refiere. Este tipo de apoyo es referido con frecuencia por las pacientes como uno de los factores básicos en su recuperación emocional. La contribución del apoyo social a la prolongación de la supervivencia es controvertida (García, 1999).

El apoyo puede proceder de profesionales, familiares o amigos y puede darse de muchas formas. Parece que cuanto más se aproxime a una necesidad real percibida por la paciente mayores serán sus efectos, de igual forma que cuando se realice de la manera que la paciente desea. La eficacia del apoyo en la superación de síntomas depresivos y ansiosos, en la modificación de conductas mal adaptativas, en la sensación de bienestar general, en el miedo y el dolor, en la percepción de sí mismo o en las ideas de desesperanza ha sido evidenciada (García, 1999).

Otro factor importante en la rehabilitación es el papel del equipo sanitario ya que la relación que la paciente establezca con éste determinará la necesidad de un tipo u otro de intervención. La información y el apoyo que el profesional puede aportar incrementan la confianza entre médico y paciente, lo que se ha demostrado que ayuda a la paciente a enfrentarse a los problemas emocionales que le supone el diagnóstico de esta relación estrecha entre médico y paciente se ha relacionado con la sensación de bienestar de la paciente tras el diagnóstico y tras la recidiva; por otra parte los familiares y las personas más allegadas juegan un papel importante en la rehabilitación de la paciente, estas necesitan comprender que muchas veces la ira que sus seres queridos muestran hacia ellos, puede ser una ira desplazada. Es posible que los médicos no se den cuenta que la falta de cooperación del paciente puede deberse a su ansiedad, el paciente puede interpretar la depresión del cónyuge como una apatía hacia él. (Kummer, 1990). Los intentos en dar apoyo, aunque generalmente positivos, pueden tener sus inconvenientes; ya que este tiene como objetivo ayudar al paciente a sentirse mejor, ofreciéndole ayuda para resolver problemas concretos y así mismo disminuir los sentimientos de abandono

que pueden ser considerables (Ferszt, 1996). La pareja de la paciente debería establecer una relación tal con el equipo terapéutico que le permita llevar a cabo su propio proceso de adaptación, así como ayudar a la paciente de la mejor forma posible, ya que una relación correcta permitiría el abordaje de los aspectos relacionados con la intimidad y la sexualidad (García, 1999). El cónyuge también puede alegrar o levantar el ánimo de su pareja, pero este comportamiento puede ignorar los verdaderos sentimientos de la paciente, el cónyuge puede no desear hablar de emociones fuertes y dolorosas por miedo a deprimir a su pareja, pero al sacar a la superficie estos sentimientos, reconoce su trascendencia así brindarle un mejor bienestar a su pareja ya que esta necesita sentir que sus familiares y en especial su cónyuge la cuiden, la entiendan y respondan a sus necesidades.

La forma más eficaz de intervención por parte del equipo sanitario se inicia con una adecuada evaluación de la paciente y su situación familiar, con el fin de identificar la acción más apropiada para cada uno de los miembros. Después de la evaluación psicosocial son muchos los posibles recursos a dónde remitir a las pacientes y sus familias. En algunos casos los grupos de apoyo aportan una ayuda incalculable en la normalización de la experiencia de enfermedad, y en la garantía de que las emociones y reacciones vividas son típicas y pueden ser superadas (García, 1999).

CONCLUSIONES

El cáncer de mama por ser una enfermedad que desencadena consigo toda una amplia gama de secuelas tanto físicas como psicológicas se ha convertido en una problemática de mayor interés para los profesionales de la salud. Y de mayor impacto entre la población femenina. La aparición de esta enfermedad neoplásica maligna, conlleva a las mujeres a enfrentarse a una variedad de situaciones que ocasionan malestar e incomodidad, llegando a alterar su estabilidad y su equilibrio emocional. La mujer al enfrentarse ante un diagnóstico de cáncer de mama cuyo posterior tratamiento debe ser la cirugía, crea en ella un conflicto en donde se ve frente a la dura decisión de decidir si realizarse una mastectomía y aceptar su nueva apariencia o seguir con un tumor dentro de su organismo y que este siga probablemente propagándose por todo su cuerpo. Esta situación crea en la mujer un verdadero conflicto emocional, sin embargo la decisión esta tomada; decidir por la realización de una mastectomía. Luego de la cirugía la situación se torna en situaciones cada vez mas difícil, el enfrentarse a su nueva condición , el miedo a ser rechazada, el sentimiento de culpa por quizás no haber tenido

los cuidados para prevenir un cáncer; el no tener control ante situaciones como: tener que asistir a consultas medicas, controles, tratamiento, etc, y el manejo inadecuado de habilidades de afrontamiento hacen que su estadía por este nuevo episodio en su vida se torne desagradable. Para contribuir al interés del personal de la salud de psicología y especialistas de la rama de oncología; en esta investigación se realizo toda una revisión teórica a cerca del cáncer de mama y los efectos psicológicos que trae consigo la cirugía en mujeres con cáncer de mama, con el fin de diseñar talleres psicoeducativas basados en técnicas de la psicología clínica para la modificación de conducta y entrenar a las pacientes en habilidades que puedan utilizar ante situaciones que causen estrés y/o ansiedad, ya que estas mujeres presentas creencias desadaptativas frente a su situación, altos niveles de tensión muscular y activación fisiológica, dificultades para la aceptación de su nueva apariencia física, inadecuada expresión de sentimientos y comportamientos con familiares, amigos, pareja, entre otros. Se observa la necesidad de trabajar en rehabilitación psicológica para mujeres mastectomizadas, ya que a partir de las investigaciones y estadísticas encontradas se detecta un incremento en el numero de mujeres en esta condición, que por diferentes factores no han tenido la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado y por ende carecer de una calidad de vida.

Esta información psicoeducativa que se suministrará a las mujeres mastectomizadas se realizará con el fin de proporcionar una condición adecuada a su condición y de esta forma contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estas pacientes.

DISCUSIÓN

A partir de la revisión bibliográfica realizada, es claro que las mujeres que son sometidas a tratamiento quirúrgico radical presentan un impacto psicológico que debe ser abordado terapéuticamente a través del apoyo y el tratamiento de soporte. El seguimiento de este tipo de pacientes tiene, en muchas ocasiones, implicaciones emocionales como la ansiedad frente a las visitas periódicas a su médico, la incertidumbre intolerancia frente a la espera de resultados, entre otros. Sin embargo, lo cierto es que las pacientes mastectomizadas tienen el derecho a vivir una vida normal mientras están libres de enfermedad oncológica. Lo último no implica que el tener una recaída la haga una persona anormal, pero probablemente sí tenga un efecto sobre su rutina diaria y altere su funcionalidad, para lo cual, el haber vivido una vida lo más común posible durante su periodo le dará mejores y mayores herramientas de ajuste psicológico y afrontamiento de la enfermedad.

Definitivamente, tener un cáncer de seno supone un doble impacto que está

determinado en primer lugar, por la estigmatización del cáncer y en segundo lugar, por afectar un órgano que tiene unas repercusiones psicológicas muy importante, alterándose así desde el punto de vista psicológico y de calidad de vida, los siguientes aspectos: Ansiedad y depresión, alteraciones en las relaciones familiares y sociales, alteraciones en el entorno laboral, relaciones de pareja, la función cognoscitiva y el estado psicológico. Es decir, todas sus áreas de ajuste, se ven afectadas.

Lo anterior sugiere que todos los esfuerzos que se hagan por aportarle a esta problemática soluciones viables y efectivas, son pocas. La intervención psicológica a este nivel es imprescindible, puesto que no solo ayudará a la mujer mastectomizada a reanudar su vida normal, evitando así el que ella se sienta invadida por la enfermedad, sino que, se constituirá en una opción de incrementar la probabilidad de que estas mujeres decidan fortalecer sus estrategias de afrontamiento y asumir nuevos estilos de vida, más saludables y óptimos para su desarrollo psicosocial.

Vivir con la incertidumbre de la recurrencia de un cáncer tiene un costo emocional y biológico muy significativo para una persona. Superar toda una serie de nuevas condiciones y enfrentarse a ellas suponiendo que esta persona debe retomar sus roles y funciones, como si nada hubiera pasado, pareciera ser un exabrupto. El cáncer probablemente haya quedado ahí, esté latente o aunque no sea así, un día volverá a aparecer. Eso es lo mínimo que estas mujeres pueden pensar. Fue capaz de mutilarlas, en todo el sentido de la palabra, pues la mutilación no es solamente física, sino emocional y afectiva, y probablemente, sea capaz de matarlas. Esa “sentencia” como muchas veces

ellas mismas lo denominan, impide definitivamente que estas personas retomen su vida ignorando todo lo acaecido. La cicatriz se encarga de recordarles que fueron o son “víctimas del cáncer”, pero que aún así, deben seguir. Es aquí donde la psicología no puede estar ausente. Es aquí donde el psicólogo debe utilizar todos sus conocimientos para explotar todos los recursos personales, sociales, familiares, etc. con los que cuentan estas pacientes y garantizarles un mejor afrontamiento de esa experiencia que están viviendo.

Es necesario hacer un gran esfuerzo por unir conocimientos, por trabajar interdisciplinariamente en esta problemática que día tras días afrontan miles de nuevas mujeres en el mundo y con la cual han “sobrevivido” muchas más.

RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Como producto de este trabajo, es importante sugerir algunas recomendaciones para trabajos de investigación relacionados con la mujer con cáncer de seno:

- Es necesario diseñar y desarrollar protocolos de investigación que permitan seguir unas directrices mínimas de acción y que le garanticen mayor éxito terapéutico a las pacientes
- Es fundamental que el psicólogo se interese en la rehabilitación de estas mujeres y se descontamine de la estigmatización que reza que rehabilitar a un paciente con cáncer “no vale la pena porque igual se va a morir”.
- Realizar un trabajo psicoterapéutico a nivel familiar, involucrando a cada uno de sus miembros en el proceso de rehabilitación de la mujer mastectomizada.
- Realizar un programa psicoterapéutico a nivel de relación de pareja, recalando la sexualidad.
- Desarrollar talleres psicoeducativos con el fin de fomentar la comunicación de la paciente – cónyuge, paciente- familia.

Impacto psicológico de la mastectomía

- Seguir investigando sobre otros posibles factores psicológicos que afectan a la mujer mastectomizada.
- Diseñar un proceso de atención interdisciplinario entre psicóloga, trabajadora social, fisioterapeuta, enfermera y nutricionista para fomentar la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas.
- Sería pertinente e interesante realiza un investigación a nivel de la región caribe con el fin de evaluar cuales son los efectos psicológicos que manejan las mujeres mastectomizadas de la costa atlántica, teniendo en cuenta variables sociodemográficas, y a partir de ello diseñar un protocolo de rehabilitación.

REFERENCIAS

Abaunza, H. (1987). *Cáncer Mamario*. Cap.2,3,4. Bogota: Editores e Impresores.

Acitelli.(1994). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Álvarez ,E. (1990). *Mastología Dinámica*. Cap.5,9. Barcelona: Salvat.

Bard.(1995). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Bennett, B. (1990). *Manual de Oncología Clínica*. (seg.ed) Barcelona: Edición Salvat S.A.

Bland, K. (1991). *La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. (Tomos I, II).Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Casciato, D. (1990). *Manual de Oncología Clínica*. (seg.ed) Barcelona: Edición Salvat S.A.

Cirket.(1992). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Clark.(1991). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Copeland, E. (1991). *La mama, manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. (Tomos I, II).Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Crofton.(1990). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Croman.(2000). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Charles, M. (1990). *Manual de Oncología Clínica*. (seg.ed) Barcelona: Edición Salvat S.A.

Devita, V. (1986). *Cáncer Principios y Prácticas de Oncología*. Cap:34. Barcelona: Salvat
Editores S.A.

Dennis, E. (1988). *Cáncer*. Cap. 1,4,7. Barcelona: Ediciones CEAC, S.A.

Die, G. (1999). *Manual de Oncología Básica*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

Donegan, W. (1982). *Cáncer de mama*. Cáp. 13,17. Editorial Médica Panamericana.

Ellard.(1999). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio: Empírica
Articles.

García, C. (1999). *Manual de Psicooncología*. Cáp.14. Madrid: Aula médica.

Hellman, S. (1986). *Cáncer Principios y Prácticas de Oncología*. Barcelona: Salvat Editores
S.A.

Hunter, R. (1988). *Cáncer*. Cap. 1,4,7. Barcelona: Ediciones CEAC, S.A.

Huidobro, A. (1999). *Manual de Psicooncología*. Cáp.14. Madrid: Aula médica.

Koopman.(1998). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Lacasa. (1981). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Llambart, M. (1999). *Manual de Oncología Básica*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

Pereira, F. (1996). *Enfermedades de las glándulas mamarias*. Cap. 4,5,6,15. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

Rowland.(1990). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*. Vol. 19 (3).Ohio:Empírica Articles.

Suárez, M. (1996). *Enfermedades de las glándulas mamarias*. Cap. 4,5,6,15. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

Steven, A. (1986). *Cáncer Principios y Prácticas de Oncología*. Cap:34. Barcelona: Salvat Editores S.A.

Spratt, J. (1982). *Cáncer de mama*. Cap. 13,17. Editorial Médica Panamericana.

Stanley, J. (1988). *Cáncer*. Cap. 1,4,7. Barcelona: Ediciones CEAC, S.A.

Tannenhaus, N. (1988). *Cáncer*. Cap. 1,4,7. Barcelona: Ediciones CEAC, S.A.

Tejerina, A. (1990). *Mastología Dinámica*. Cap.5,9. Barcelona: Salvat.

Vinokurt.(1996). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Walsh.(1995). *Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

Wueisman.(1984).*Satisfacción Matrimonial en Pacientes con cancer*.Vol. 19 (3).Ohio:Empírica
Articles.

CD.(1997-1998). *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia* .ISS-ASCOFAME.

TALLERES PSICOEDUCATIVOS PARA MUJERES MASTECTOMIZADAS

La elaboración de estos talleres psicoeducativos para la mujer mastectomizada tiene como objetivo apoyar el proceso de rehabilitación a nivel psicológico. Esto, con el desarrollo de estrategias educativas, basadas en las técnicas de intervención cognoscitivo-comportamentales, que incrementen el afrontamiento activo de su condición, favoreciendo así su adaptación y calidad de vida en las diferentes áreas de ajuste. Por lo tanto, se pretende actuar sobre éstas con el abordaje de temáticas específicas cuyo valor psicológico redundará en el intento por introducir a la paciente en la modificación de actitudes, creencias y otros comportamientos que obstaculizan su proceso de rehabilitación.

Justificación

La intervención grupal para el abordaje terapéutico de las personas con cáncer ha demostrado ser efectivo en la medida en que facilita la adopción de nuevos comportamientos, la adquisición de reforzamiento social, la obtención de apoyo social y personal y el incremento o mejoramiento de los niveles de calidad de vida percibidos. Adicionalmente, se constituye en una estrategia que brinda mayor cobertura, dando solución a los diversos problemas experimentados por estas personas. Evidentemente, es de anotar que la presencia del cáncer desorganiza virtualmente todos los aspectos de la

vida del paciente; la estabilidad emocional y el mantenimiento del estilo de vida propio se ven severamente afectadas (Lowitz, 1990). Así mismo, el cáncer de mama en las mujeres trae consigo un sin número de respuestas psicológicas que varían dependiendo de la forma, intensidad y afrontamiento que tiene la mujer para asumir situaciones que se desencadenan a partir de este acontecimiento. Cuando las mujeres se enfrentan a una mastectomía se ven involucradas en toda una problemática psicosocial, que dificulta la adaptación de ellas a su nueva condición de “mujer mastectomizada”.

Por ello, se pretende a través del desarrollo de los talleres psicoeducativos, entrenar a la paciente mastectomizada en estrategias y habilidades que pueda utilizar y que le permitan incrementar su percepción de control sobre estas manifestaciones conductuales, emocionales y cognoscitivas.

Así, para promover en estas pacientes una adecuada adaptación a su situación se considera pertinente realizar un abordaje basado en las técnicas cognoscitivo conductuales y en el modelo biopsicosocial, dirigido a desarrollar habilidades y fortalecer su competencia para afrontar las diversas situaciones que, debido al curso de la enfermedad y a su tratamiento (mastectomía), pueden ser percibidas de una forma amenazante. Por consiguiente, partiendo del patrón de comportamiento del paciente crónico y de la mujer mastectomizada, que generalmente está asociado a estilos atribucionales poco adaptativos frente a los diversos eventos propios de la enfermedad y el tratamiento, estilos de afrontamiento pasivo, déficit en asertividad, dificultad en la expresión de sentimientos y altos niveles de estrés y ansiedad, se realizó una revisión cuidadosa acerca de las técnicas que se utilizan para la modificación de conducta en este tipo de problemáticas y seleccionar aquellas que garantizaran mayor efectividad para la

población. Para lograr este objetivo, se eligieron las técnicas de relajación y respiración que están dirigidas a enseñar a las pacientes a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos (Olivares, 1996). Según Pellicer y Salvador (1990) las técnicas de relajación y respiración resultan eficaces para el tratamiento de las náuseas, el dolor y el temor a los procedimientos médicos como exámenes de laboratorio, ecografías, tratamientos, etc. Para el abordaje de los estilos atribucionales que favorecen el afrontamiento pasivo de la mastectomía, se eligió trabajar la reestructuración cognoscitiva y la Terapia Racional Emotiva (TRE). Esta última está basada en el concepto de que las emociones y las conductas provienen de los procesos cognoscitivos; y que por lo tanto, es posible modificar dichos procesos para conseguir diferentes maneras de sentir y comportarse; por ende este taller de reestructuración cognoscitiva va encaminado a identificar y modificar las creencias desadaptativas que manejan las pacientes y guiarlas hacia la búsqueda de alternativas racionales.

Por otra parte, el taller de afrontamiento está dirigido a proporcionar a las mujeres estrategias y fomentar habilidades de afrontamiento que puedan utilizar ante situaciones que les ocasionan estrés y ansiedad, y de esa manera tener control adecuado de sus autoverbalizaciones, generando así un mayor control tanto de pensamientos negativos como de la activación fisiológica.

Dentro de las metas que se espera alcanzar con el desarrollo de estos talleres psicoeducativos están la aceptación de la paciente a su condición, la adquisición de mejores estrategias de afrontamiento, incremento de autoeficacia y autoestima, entre otros. Muchas mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas se enfrentan

a acontecimientos que son percibidos de manera amenazante para ellas y a pesar de las atenciones medicas y los progresos de la medicina que agota todos sus recursos para propiciar un estado físico estable para esta población, aun se puede encontrar que en aquellas instituciones en donde se brinda atención de pacientes con cáncer, la rehabilitación psicosocial a esta población es relativamente escasa. Estos talleres psicoeducativos pretenden favorecer la rehabilitación psicológica de las mujeres mastectomizadas, y a su vez fomentar la ayuda grupal entre ellas y propiciar un afrontamiento ante su situación, para el mejoramiento de su calidad de vida.

OBJETIVOS

General

Proporcionar estrategias educativas que favorezcan la percepción de autocontrol y optimicen la utilización de los recursos personales disponibles en la mujer mastectomizada para el afrontamiento activo tanto de la enfermedad como de su mastectomía.

Específicos

- Educar a la paciente sobre la naturaleza de la enfermedad
- Proporcionar estrategias para el manejo de la tensión muscular y la activación fisiológica
- Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que manejan las mujeres mastectomizadas.

Impacto psicológico de la mastectomía

- Proporcionar a la paciente habilidades de afrontamiento para el manejo de situaciones que le causan estrés
- Fortalecer la autoestima de la paciente mastectomizadas
- Desarrollar y optimizar las habilidades sociales de las pacientes.

TALLERES PROGRAMADOS

Los talleres psicoeducativos que constituyen esta intervención grupal para las mujeres mastectomizadas son los siguientes: (1) Taller naturaleza del cáncer de mama, (2) taller de técnicas de relajación y respiración, (3) taller de reestructuración cognoscitiva, (4) taller de habilidades de afrontamiento, (5) taller de autoestima y (6) taller de habilidades sociales.

DURACIÓN

El programa total de talleres psicoeducativos tendrá una duración de 36 horas. Cada taller está estructurado en tres sesiones de 2 horas cada una.

CRONOGRAMA:

	Mes junio						Mes julio															
Taller	Naturaleza del cáncer de mama			relajación y respiración			Reestructuración cognoscitiva			Afrontamiento			Autoestima			Habilidades sociales						
Duración	Semana1			Semana2			Semana3			Semana4			Semana5			Semana6						
Sesión			3			3				1												

Nota. L : lunes , M: miércoles , V: viernes

TALLER
NATURALEZA DEL CANCER DE MAMA

Objetivo General

Informar a la paciente mastectomizada sobre la naturaleza, factores de riesgo y tratamiento del cáncer de mama.

Objetivos Específicos

- Presentación de las 4 talleristas y las 17 mujeres mastectomizadas.
- Explicar a las pacientes el concepto de cáncer de mama
- Educar a las pacientes sobre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo del cáncer
- Informar sobre el tratamiento del cáncer de mama

Duración : 2 horas

Recursos

Humanos

- Diecisiete mujeres mastectomizadas, pacientes de la Clínica Vargas de Cartagena
- Cuatro talleristas, estudiantes de 10 semestre de la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar

Técnicos

- Papelógrafo
- Marcadores

Administrativos

- Salón amplio con buena ventilación e iluminación.
- Sillas cómodas

Desarrollo

Se inicia el taller dando la bienvenida a las participantes y se realiza la presentación de cada una de las talleristas, se comenta el objetivo del programa de talleres psicoeducativos. Se les informa también, sobre el objetivo y la dinámica del taller, así: “ Bienvenidas al programa de talleres psicoeducativos.

“Nosotras somos (se da el nombre de cada una de las talleristas), estudiantes de décimo semestre de la Facultad de

Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar y hemos estado trabajando en la elaboración de este programa para ustedes. El programa consiste en seis talleres cuyos temas son (1) la naturaleza del cáncer de mama, (2) las técnicas de relajación y respiración, (3) el abordaje de pensamientos y sentimientos negativos, el afrontamiento, (5) la autoestima y (6) las habilidades sociales. Esperamos que todos sean de su agrado y especialmente, que su participación en este programa les aporte significativamente a su calidad de vida.

En este primer taller, como les acabamos de mencionar, hemos decidido trabajar sobre la naturaleza del cáncer de mama, pues es fundamental tener conocimientos e información veraz y científica de la enfermedad que tenemos o hemos tenido. Por lo tanto, con el desarrollo de este taller, ustedes van a conocer generalidades del cáncer de mama, es decir, su definición, factores de riesgo y su tratamiento. Además, vamos a conocernos y hacer de este programa educativo una serie de actividades valiosas y gratificantes. A continuación vamos a empezar una actividad llamada parejas rotativas”.

PRIMERA SESIÓN

Nombre de la dinámica: las parejas rotativas.

Objetivos

Romper el hielo relacionando a las participantes del grupo

Desarrollo de la sesión:

Una vez ubicadas las participantes en un doble círculo por parejas una frente a la otra, deben formularse preguntas personales: nombre, edad, aficiones, si tienen hijos, con quien viven, en que trabajan, que hacen, etc. con disposición de dos minutos aproximadamente, para responder a las cuestiones planteadas por la otra participante. La tallerista hará una señal para que las participantes situadas en el círculo interior roten hasta situarse frente a otro miembro del grupo, realizando las mismas preguntas que a la compañera anterior. Se repite la actividad hasta conseguir pasar por todas las mujeres del grupo, situadas en el círculo contrario.

Al terminar, se le pide a las participantes que comenten cómo se sintieron realizando la actividad y se destinan 5 minutos para ello.

A continuación, se proporciona la siguiente información: “Ahora, vamos a

desarrollar el contenido del tema, pero antes me gustaría que me contaran qué conocimientos tienen ustedes acerca del cáncer, ya sea que lo hayan leído, que el médico les haya informado o por información recibida en la televisión y otros medios” (para esto se destinan 2 o 3 minutos). Una vez hayan participado las pacientes, se procede a desarrollar el tema proporcionando la siguiente información:

Definición

El cáncer es una enfermedad definida como el crecimiento ilimitado de células que se reproducen de modo incontrolado formando una masa llamada tumor. Al hacerlo así, destruye en el tejido que hay a su alrededor y quita nutrientes a las células sanas. Esta enfermedad se presenta en cualquier tipo de ser vivo: animales, ya sean mamíferos, aves o peces, plantas y humanos. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer. Es el tumor sólido más estudiado en todos sus aspectos, debido, por una parte a su gran frecuencia, y por otra a los trastornos psicológicos y físicos que produce su diagnóstico y posterior tratamiento.

Aquí se pregunta a las pacientes si existe alguna duda y se pide que alguien voluntariamente parafrasee la información proporcionada.

Factores de riesgo

Existen evidencia científica que relaciona al cáncer de mama con algunos factores. Lo que queremos decir es que algunos factores aumentan el riesgo o la probabilidad de que se desarrolle el cáncer. Sin embargo, es de vital importancia que ustedes comprendan que nada, por sí solo, causa el cáncer. Siempre debe existir una mezcla de condiciones que, en un organismo específico, favorezca la aparición del cáncer. Entre los factores que se considera tienen una influencia en el desarrollo del cáncer, están las hormonas y la dieta, la edad (mayores de 45 años) en mujeres cerca de la menopausia y aumenta la incidencia con la edad. Otro factor de riesgo es la historia familiar: se observa un aumento de cáncer de mama en las madres, hijas y particularmente hermanas, pero también en tías, primos, abuelos. El número partos: las mujeres que no han tenido hijos o las que tuvieron el primer embarazo pasados los treinta y un años de edad, tienen de tres a cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama que las que terminaron su primer embarazo antes de los dieciocho, las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron el primer embarazo entre los dieciocho y los treinta y uno. Otro factor de riesgo intermedio está relacionado con la menstruación, con la menarquia temprana es decir si la primera menstruación

fue a temprana edad (antes de los 12 años), o si la menopausia fue tardía, es decir retiro de la menstruación tarde. Así como hay factores que incrementan el riesgo de desarrollar el cáncer de mama, hay algunos que lo disminuyen. Dentro de éstos podemos mencionar: primer parto antes de los 18 años y menopausia temprana. Otros factores que no tienen ningún efecto sobre el riesgo, pese a lo que la gente piensa y dice, son los partos múltiples y la lactancia.

Aquí se pregunta a las pacientes si tienen alguna duda al respecto y se pide que en parejas mencionen por lo menos dos factores de riesgo para el cáncer de mama.

A continuación se les pide que resuelvan las dudas que tengan sobre el efecto de ciertos factores, que ellas hayan escuchado que están relacionados con el cáncer de mama, para que las talleristas las resuelvan.

Sintomatología y diagnóstico

Los síntomas iniciales del cáncer de mama no son muy notorios. En primera instancia se manifiesta como un nódulo mamario, sensación de peso, puede presentarse dolor aunque lo más frecuente es que esto no sea así, puede haber secreción, erosión, y hundimiento del pezón. El tumor es el signo más frecuente en la mayoría de los casos detectado por la propia

mujer, este puede ser duro, superficie irregular, indoloro, móvil o fijo. El tiempo desde que aparece el primer síntoma hasta su diagnóstico es variable con un promedio de seis meses a un año. Para diagnosticar un cáncer de mama, en primer lugar se realiza un auto examen, luego un examen médico y finalmente exámenes complementarios como son biopsias, ecografías, mamografías, T.A.C, exámenes de sangre, etc. Lo más importante es realizar el autoexamen mensualmente, visitar al ginecólogo periódicamente, no ignorar los signos o síntomas que se presenten, y mantener todos los hábitos de autocuidado posibles para el buen mantenimiento de la salud. NUNCA elijan un tratamiento alternativo (no comprobado) por sobre el tratamiento médico (comprobado). Si deciden optar por el consumo o práctica de algún tratamiento alternativo, consúltenlo SIEMPRE con su médico.

Aquí se pregunta a las pacientes si tienen alguna duda al respecto del tema. Se pide que, quien quiera participar voluntariamente, comente cuáles fueron los síntomas que le indicaron que tenía el cáncer y cómo los descubrió. Esto con el objetivo de demostrar las diferencias individuales aunque se comparta la misma enfermedad.

Tratamiento

Los tratamientos para el cáncer de mama están dirigidos a prevenir, controlar y/o curar la enfermedad. (aquí se les pregunta: *¿Qué tipo de tratamientos conocen ustedes?*) Se dan 2 minutos para la participación y se retroalimenta con la siguiente información: Efectivamente, ustedes los han nombrado, los tratamientos para el tratamiento del cáncer de mama y para todos los tipos de cáncer existentes son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Como ustedes sabrán, la quimioterapia consiste en la administración intravenosa, oral, tópica, intramuscular o subcutánea de uno o varios medicamentos que se colocan al paciente y cuyo objetivo primordial es combatir y acabar las células cancerosas. En general, dura de 6 meses a un año y puede repetirse si el médico lo considera pertinente. Tiene efectos secundarios que, a veces, resultan indeseables: Náuseas, vómito, diarrea o estreñimiento, caída del pelo, entre otros.

Aquí se pregunta *¿Quiénes han recibido quimioterapia?*
¿Quisieran contarnos qué síntomas experimentaban cuando se las administraban ?

Se promueve la participación y se retroalimenta con la siguiente información:

Como ven, aunque muchas de ustedes experimentaron síntomas similares, no a todos los pacientes les dan los mismos efectos pues hay diferentes tipos de quimioterapia y cada organismo tolera de manera diferente las cosas. Por ejemplo, tres mujeres embarazadas no se sienten igual aunque su condición sea la misma. De pronto, una de ellas vomitará frecuentemente durante los primeros tres meses del embarazo, otra durante los nueve meses completos y la otra nunca. Por lo tanto, es posible que ustedes hayan tenido la experiencia de conocer otras mujeres con cáncer de seno que no fueron mastectomizadas, a otras que recibieron quimioterapia y se les cayó el pelo y a otras que también recibieron quimioterapia y no se les cayó el pelo. Entonces, lo que queremos resaltar es que todos somos diferentes y todos los tipos de cáncer son diferentes. lo único que comparten es que se llaman cáncer. por lo demás, todo es distinto.

La radioterapia consiste en radiaciones que se hacen al paciente en la zona o zonas afectadas por el cáncer. Se realiza generalmente de forma diaria durante pocos minutos y durante varios días seguidos (los que el médico considere necesarios) También puede provocar efectos secundarios que, para

algunos pacientes, son indeseables: Náuseas, vómito, diarrea, fatiga, sensación de ardor en el lugar irradiado, ente otros.

Finalmente, la cirugía, la cual consiste en extraer la parte u órgano afectado por el cáncer, en el caso del cáncer de mama se le llama mastectomía que es cuando se extrae el seno de la mujer de forma completa o parcial, como en el caso de ustedes. Existen diferentes tipos de mastectomía: la mastectomía radical, la cual consiste en la extracción de todo el seno, la mastectomía segmentada: consiste en la extracción de una parte del seno afectada, la mastectomía conservadora: es aquella que consiste en la extracción de una parte del seno pero conservando la forma y tamaño del seno de tal forma que no se a muy notoria la cirugía y se coloca una prótesis o un injerto de piel de otra parte del cuerpo (generalmente el abdomen o la cadera). Todas las mujeres que han sido mastectomizadas son susceptibles de ser reconstruídas. Lo que sucede es que deben esperar por lo menos tres años antes de ello para tener la certeza de que el cáncer está controlado. Además, es un tratamiento muy costoso y por ello las EPS y en general, las entidades del Estado no las cubren por considerarlas cirugía estética. Si alguna de ustedes está interesada en esto, debe hablarlo con su oncólogo quien evaluará qué tan pertinente es este procedimiento en su caso.

Aunque la cirugía es el tratamiento de elección para el cáncer, muchas veces, dependiendo del tipo de tumor, se decide iniciar con quimioterapia o radioterapia y luego hacer la cirugía. Lo cierto es que estos tres tratamientos que hemos mencionado, suelen mezclarse para buscar la mayor efectividad y beneficio para el paciente.

A continuación se invita a las pacientes a realizar preguntas acerca del tratamiento y resolver sus inquietudes.

Cierre

Bueno, esperamos que este taller haya sido de su agrado, que les haya aportado información relevante y especialmente, esperamos que tener esta información las anime a continuar investigando y sabiendo de su enfermedad. Nada proporciona mayor control y tranquilidad que saber qué está pasando y por qué. Ignorar lo que ocurre en nuestro propio cuerpo es ignorarnos.

Gracias por su asistencia y las esperamos el próximo miércoles cuando vamos a trabajar en dos técnicas muy efectivas contra el estrés y la ansiedad. Aquí las esperamos.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de evaluación (anexo 17)

TALLER
RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN

Objetivos

General

Entrenar a las pacientes en ejercicios de relajación y respiración profunda

Específicos

- Enseñar a la paciente a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas, sin ayuda de recursos externos, por medio de ejercicios de relajación de los grupos musculares.

- Facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido en la situaciones que le precipiten la ansiedad.
- Explicar a las pacientes la relación estrés respuesta inmunológica

Duración: Tres sesiones de 2 horas cada una.

Recursos

Humanos

- Diecisiete mujeres mastectomizadas, pacientes de la Clínica Vargas de Cartagena
- Cuatro talleristas, estudiantes de 10 semestre de la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria tecnológica de Bolívar

Técnicos

- Salón amplio con buena ventilación e iluminación.
- Sillas cómodas (en lo posible reclinomáticas) o colchonetas para cada una de las pacientes
- Grabadora

- Papelógrafo
- Marcadores
- Folletos informativos y autorregistros
- Cassette de relajación
- Lápices
- Hojas de papel
- Cartulinas
- Cinta pegante
- Bolsas de papel

Administrativos

- Habitación silenciosa y con temperatura agradable

PRIMERA SESIÓN

Título de la sesión ¿POR QUÉ SE TENSIONAN MIS MUSCULOS?

Objetivos

- Justificar a las pacientes la importancia de la respiración y la relajación en

relación con la tensión muscular

- Sensibilizar a las pacientes en la identificación de las sensaciones hasta llegar a la identificación de la tensión
- Identificar sitios de tensión muscular en su cuerpo, con el fin de hacer mas énfasis en esos lugares durante la sesión de relajación.

Duración: 2 horas

Desarrollo de la sesión.

Introducción

Bienvenidas a nuestro segundo taller psicoeducativo. En esta oportunidad vamos a trabajar sobre un tema fundamental el control del estrés y de la ansiedad. Para ello, hemos preparado una serie de ejercicios muy prácticos y efectivos que vamos a aprender en estas próximas tres sesiones que siguen. Iniciemos entonces.

Presentación y explicación de la técnica de relajación y respiración:

La experiencia ansiosa

Cuando nos enfrentamos a ciertas situaciones de la vida cotidiana que nos producen temor, miedo, incertidumbre, malestar, entre otros; tendemos a generar toda una serie de respuestas ansiosas. Por ejemplo, cuando cada una de ustedes tiene que asistir a una consulta o chequeo médico, cuando tienen que dirigirse a la clínica, consultorio o laboratorio para realizarse ya sea una quimioterapia, radioterapia, examen de sangre u otro tipo de examen, seguramente sienten que el corazón se acelera, comienzan a sudar más de lo normal, desde días antes pierden el apetito, o empiezan a comer con mayor frecuencia, en ocasiones pueden presentar dolor de estómago, cólicos, diarrea o micción frecuente, empiezan a desvelarse en las noches y sienten ciertas partes de su cuerpo muy tensas, en fin se presentan una serie de síntomas que normalmente no experimentan. Pues bien, esto es debido a la activación fisiológica y a la tensión muscular que se presentan en esos momentos. Es importante que ustedes sepan que aunque el estrés y la ansiedad son respuestas naturales, en exceso pueden llegar a ser muy nocivos. Nuestras defensas en el organismo se ven seriamente afectadas cuando se presentan estos estados permanentes e intensos de estrés, ansiedad y tensión y por

lo tanto, nos hacemos menos eficaces para combatir las enfermedades. Entre más estrés y ansiedad manejemos, menos eficacia y soporte para nuestro cuerpo. Vivir una enfermedad como el cáncer resulta lo suficientemente estresante y es por ello que debemos aprender a manejarlo adecuadamente. De lo contrario, nuestras defensas disminuirán y tanto el cáncer como otras enfermedades tendrán mayor posibilidad de afectarnos.

La tensión muscular

La tensión muscular consiste en la contracción de los músculos de algunas partes del cuerpo, que se da a causa de la situación que uno percibe como amenazante y pese a que uno reconoce que tienen que enfrentarla, le está generando mucha ansiedad.

Para poder controlar toda esa serie de respuestas que solo les están ocasionando malestar, es importante que ustedes aprendan y pongan en práctica algunas técnicas de relajación y respiración que seguramente van a serles de gran utilidad en el manejo efectivo de estas situaciones.

Relajación-respiración

Como su nombre lo indica, las técnicas de relajación consisten básicamente en relajar los músculos del cuerpo por medio de una serie de ejercicios que les vamos a enseñar en la tercera sesión de

este taller. Y la técnica de respiración consiste en que cada una de ustedes aprenda a tener un control adecuado de su respiración para poder hacer frente a esas situaciones que les generan ansiedad y a su vez aprender a manejar los aumentos de su activación fisiológica producidas por ésta; estos ejercicios los realizaremos en la siguiente sesión. Los hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento.

La primera actividad que se realiza en este taller está dirigida a identificar las situaciones que generan mayor ansiedad en las pacientes. Se les solicita que piensen en las cinco situaciones que les generan más angustia en la vida y que las escriban de mayor a menor. Luego que piensen en las que les generan mayor satisfacción en la vida y que las escriban de mayor a menor y finalmente, las que les generan mayor tranquilidad y que las escriban de mayor a menor.

Se les pide que, voluntariamente, compartan sus respuestas.

Una vez que se ha dado lugar a la socialización de las respuestas, se procede a realizar una actividad con el fin de que las pacientes identifiquen las partes del cuerpo en donde se focaliza la tensión muscular. Se coloca en el papelógrafo el dibujo de una silueta humana y se entrega a cada una de las pacientes unas tarjetas de cartulina en blanco en donde cada una de ellas debe escribir el nombre de la zona en donde se centra su tensión muscular. Una vez realizada esta actividad, se invita a las pacientes a

compartir su trabajo.

Posteriormente, se les invita a realizar la siguiente actividad:

Se presenta la misma figura pero esta vez con el nombre de partes del cuerpo en donde se puede presentar tensión muscular (Anexo 1), y se realiza una identificación de la ubicación de estas regiones en el cuerpo (Hombros, cabeza, cuello, brazos, espalda, caderas, cintura, etc.). Una vez identificadas las zonas de tensión muscular, cada una de ellas debe pasar al papeleo grafo, tomar una o unas de las tarjetas (en caso de que identifique dos o más lugares de tensión muscular) y situar la tarjeta en el respectivo lugar del cuerpo (silueta de la figura humana) en la cual se encuentra ubicada la zona de tensión muscular.

Al finalizar esta actividad se hace entrega de un registro (Anexo 2) a cada una de las participantes y a su vez se da la siguiente instrucción:

“ Esta hoja que se les acaba de entregar es un registro que consta de dos columnas. En una de ellas (se señala la primera columna) ustedes deben escribir el nombre de la parte del cuerpo en donde sienten que se acumula la tensión muscular y en la otra columna, deben escribir la situación que les está causando esa tensión muscular; por ejemplo: Se acerca la fecha o la hora de hacerse un examen médico, de sangre, control, tratamiento, intimidad con la pareja, tener que asistir

a una reunión social, etc.”

Finalmente, se evalúan los conocimientos adquiridos por las pacientes durante la sesión a través de la siguiente actividad: se realiza un cuadro en el papelógrafo en donde se colocan tres columnas con los siguientes enunciados; “Se enfatizó” – “Se dijo” – “Lagunas” (Anexo 3). Las pacientes deben una por una llenar las columnas con lo dicho durante la sesión y se tendrá en cuenta la columna de “Lagunas” con el fin de aclarar las dudas que presenten las pacientes referente al taller.

Cierre

Como podemos ver, la tensión muscular y la ansiedad son situaciones que vivimos diariamente. Es poco probable que existe una persona que jamás se estrese o a quien nada la tensione. Todos, en algún grado, lo experimentamos. Lo cierto, es que no se puede ni se debe convivir con ellas, pues aunque a corto plazo resulten más o menos soportables, a largo plazo se convierten en un obstáculo para lograr un buen nivel de calidad de vida. Lo que queremos decirles es que, no existe una razón para que algo que tiene solución, se convierta en una condición de deterioro. Conocer cómo relajarse y respirar adecuadamente es una de las formas de

lograr este control y probablemente, una de las más efectivas que sin lugar a dudas, les traerá beneficios en el afrontamiento de la enfermedad y de otras situaciones estresantes que tendrán que enfrentar de aquí en adelante en las diversas áreas de su vida.

Se solicita que para la próxima sesión deben llevar sudadera o ropa amplia y cómoda.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de evaluación (anexo 17)

SEGUNDA SESIÓN

Título de la Sesión: CÓMO RESPIRAR CUANDO ME SIENTO ANSIOSA

Objetivos

- Enseñar a la paciente a utilizar las técnicas de respiración en situaciones cotidianas estresantes en las que se pueda utilizar para disminuir la tensión

muscular.

- Lograr que la paciente dirija el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones.
- Entrenar en respiración diafragmática
- Lograr que la paciente sea capaz de hacer más completa y regular la respiración.
- Conseguir una adecuada alternancia respiratoria entrenando la inspiración y la expiración completa.
- Mostrar a la paciente la diferencia entre una respiración adecuada y una respiración inadecuada.

Duración: 2 horas

Desarrollo de la sesión:

El taller se inicia solicitando a las pacientes que recuerden cuáles son las áreas de su cuerpo que se tensionan con mayor frecuencia y se les proporciona la siguiente información:

“Cuando nos sentimos estresados y especialmente ansiosos, tendemos a respirar de manera inadecuada. De hecho, los seres humanos nos caracterizamos por respirar inadecuadamente. Respiramos tan rápido y superficialmente como si el aire que respiramos fuera prestado y no lo fueran a quitar. Sin embargo, nos acostumbramos a respirar así y cuando estamos bajo situaciones de ansiedad, respiramos aún peor.

Entonces lo hacemos más rápido y superficialmente y eso nos genera un enorme malestar. Si ustedes no tienen un hábito correcto de respiración es probable que su organismo no tenga un buen funcionamiento, ya que no le está llegando el oxígeno necesario para ello. Si la cantidad de aire es insuficiente la sangre no se purifica adecuadamente y esto implica que aumenten la depresión, la ansiedad y la fatiga. Por eso es necesario que cada una de ustedes mantenga una adecuada respiración para su bienestar físico y así lograr controlar y disminuir los niveles de ansiedad que presentan ante situaciones como: cercanía de un control médico, realización de un examen de laboratorio, radiografías e inclusive tener que someterse a una cirugía, u otro tratamiento”.

Una vez explicada la importancia de tener una adecuada respiración se realiza un ejercicio de hiperventilación con el fin de mostrar a la paciente las respuestas fisiológicas que se pueden presentar cuando se respira de manera inadecuada. Para ello, se le entrega a cada una de las pacientes una bolsa de papel y se les dan las siguientes instrucciones: “ Vamos a hacer un ejercicio que les va a permitir comprender lo que hemos dicho hasta el momento con mayor profundidad. Tomen la bolsa de papel y colóquenla en su boca de esta manera (la tallerista modela a las pacientes como deben colocar la bolsa sobre su boca), una vez la hallan colocado van a respirar rápidamente aspirando y espirando el aire por la boca. Deben fijarse como la bolsa de papel se contrae y se llena de aire a la vez que ustedes van tomando y botando oxígeno rápidamente”. Este ejercicio se hace durante tres a cinco minutos (o hasta que la paciente sienta incomodidad, no que se enferme). Una vez se empiecen a presentar los síntomas, se les ordena que se detengan y se realiza el siguiente ejercicio.

“Van a respirar lentamente. Tomen aire muy profundo y sosténganlo hasta cuando yo cuente hasta seis, suéltelo muy suavemente. Lo habrán botado completamente cuando yo cuente hasta seis (este ejercicio se repite durante tres minutos)”.

A continuación, se les hacen algunas preguntas y se les proporcionan la siguiente información:

“¿Cómo se sintieron? ¿Qué experimentaron?

Creemos que ahora es evidente lo que nuestro organismo presenta cuando respiramos mal. Seguramente eso lo han sentido alguna vez en la que estuvieron muy estresadas o angustiadas. Por esto es que hemos considerado relevante y necesario enseñarles una estrategia para controlar la respiración y así, controlar el estrés y la ansiedad”.

Posteriormente se da inicio a la practica de ejercicios adecuados para mantener una buena respiración.

Ejercicio 1: Inspiración abdominal

Se pide a las pacientes que sigan las instrucciones y a su vez observen a la tallerista quien ira modelando el ejercicio.

“Coloquen una de sus manos encima del abdomen: una por encima del ombligo y otra encima de su estómago. Inspiren el

aire por la nariz hasta que sientan que llega hasta la parte inferior de sus pulmones, reténganlo por cinco segundos y bótenlo por la boca. Para saber cuándo están haciendo bien la inspiración, deben estar pendientes de sentir si su mano ubicada encima del ombligo se eleva. Ahora vamos a realizarlo juntas un par de veces más”.

Se realiza este ejercicio varias veces hasta que todas logren realizarlo de manera correcta. Es necesario reforzarles sus logros y avances. Solo si lo hacen correctamente, se pasa al ejercicio 2.

Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral

Se coloca a las pacientes en la misma posición del ejercicio anterior.

Diciéndoles:

“Van a mantener la posición que tenían anteriormente con una mano encima del ombligo y la otra encima de su estómago. Nuevamente, va a inspirar aire hasta llenar la parte inferior de sus pulmones pero esta vez van a notar si se produce movimiento en la mano del ombligo y luego en la mano del estómago (a su vez la tallerista ira modelando el ejercicio)”.

Así se repite el ejercicio hasta que todas las pacientes logren realizarlo bien, se refuerzan sus logros y avances y solo si se logra el objetivo, se pasa al siguiente

ejercicio.

Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal

Manteniendo la misma posición de los ejercicios anteriores se pide a las pacientes:

“ Vamos a mantener la misma posición pero ahora vamos a respirar marcando tres tiempos en la inspiración de la siguiente forma (la tallerista hace primero la demostración y luego le pide a las pacientes que la realicen), llenan el aire primero en la zona del abdomen, luego el estómago y por último el pecho”.

De esta manera se sigue realizando el ejercicio hasta que todas las pacientes logren hacerlo bien y solo así se continúa con el siguiente ejercicio.

Ejercicio 4: Espiración

A las pacientes colocadas en la postura de entrenamiento, se les pide que sigan las siguientes instrucciones, mientras la tallerista va modelando el ejercicio.

“Ahora deben realizar toda la inspiración completa del

ejercicio anterior de esta manera (la tallerista modela). Después para espirar, cierran bastante los labios de forma que se produzca un fuerte sonido con la salida del aire al salir, provocando así una espiración pausada y controlada, ahora observen como lo hago yo”.

Una vez las pacientes repitan el ejercicio se debe estar pendiente si se produce el ruido del aire ya que esto será lo que nos indique que lo están realizando bien. Luego de que las pacientes hayan aprendido el ejercicio se continúa con el siguiente.

Ejercicio 5: Ritmo inspiración- espiración

Este ejercicio es similar al anterior; ahora se le pide a las pacientes realizar la inspiración de forma continua y no marcando los tres tiempos (la tallerista hace la demostración) y en la medida que se vaya realizando se hace más silenciosa. Una vez las pacientes realicen bien el ejercicio se procede a continuar con el último ejercicio.

Ejercicio 6: Sobregeneralización

En este ejercicio es importante aclarar a las pacientes que se deben repetir los ejercicios ante la diferentes situaciones en las que se presente y realizar la respiración mínimo una vez al día durante todos los días, tomándola como un hábito diario que deben tener. Aquí se les pide a las pacientes que cambien de posición por ejemplo:

“Ahora vamos a realizar todos los ejercicios en otra posición,

lo vamos a realizar de pie (se realizan todos los ejercicios de pie)”

También se les indica que lo pueden hacer caminando o en otras condiciones como con los ojos abiertos, realizando otra tarea de forma simultánea, etc. Finalmente, modificando la condiciones ambientales: ruidos, presencia de otras personas, etc. También se le explica al paciente que es importante ir graduando la práctica en orden de dificultad creciente. Posterior a esto se siguen realizando ejercicios en diferentes posiciones y ambientes.

Cierre

Una vez entrenadas las pacientes en la técnica de respiración se les pide que realicen los ejercicios en casa diariamente y se les hace entrega de un folleto informativo (Anexo 5), que contiene todos los ejercicios hechos en la sesión para que logren recordar los ejercicios practicados en ella.

Se solicita nuevamente que para la próxima sesión deben llevar sudadera o ropa amplia y cómoda.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de evaluación (anexo 17)

TERCERA SESIÓN

Título de la sesión: APRENDIENDO A RELAJARME

Objetivo

Entrenar a las pacientes en la técnica de relajación.

Duración: 2 horas

Desarrollo de la sesión:

Se inicia pidiendo a las pacientes que dejen sus pertenencias en un lugar destinado para ello, que ellas puedan verlos y no les genere ansiedad.

Para introducir la sesión, se realiza un breve ejercicio de respiración profunda que nos permitirá verificar si han practicado y cómo lo están haciendo.

A continuación se pide a las pacientes que recuerden en qué lugares de su cuerpo está acumulada mayor tensión para que durante la relajación hagan énfasis en ellos intentando relajarlos especialmente. Luego se inicia el ejercicio en relajación pasiva que se combinará con los ejercicios de relajación autógena con inducción de sensación de peso y calor.

Se procede a ubicar a cada una de las pacientes en las colchonetas o sillas reclinables y se les proporcionan las siguientes instrucciones:

“Cada una de ustedes debe acostarse en una colchoneta, boca arriba,(la tallerista a su vez va modelando las instrucciones que se le van suministrando a las pacientes) coloquen sus brazos a los largo del cuerpo ligeramente flexionados de esta manera, las palmas de la mano hacia abajo y las puntas de los dedos inclinadas hacia fuera”.

Si por el contrario, las pacientes se van a ubicar en sillas reclinables, se les proporcionan las siguientes instrucciones:

“Cada una de ustedes debe sentarse en una silla y recostar su cabeza cómodamente en la cabecera (La tallerista a su vez va modelando las instrucciones a las pacientes), y colocar sus brazos en los descansa brazos de esta manera (se modela la conducta a las pacientes)”.

Una vez se haya logrado la posición ideal, se da inicio al ejercicio proporcionando las siguientes instrucciones:

“A partir de este momento deben seguir mis instrucciones.

Solamente fijarán su atención en mi voz, ignorando cualquier ruido o suceso que se presente. Ahora te sientes muy cómoda; cierra los ojos y siente cómo todo tu cuerpo descansa cómodamente sobre el sillón (colchoneta). Déjate llevar por esta agradable sensación. Suéltate, relájate, disfruta de ella.

Ahora focaliza tu atención en tu mano derecha. Concéntrate en tus músculos, en los relajados que están quedando, muy sueltos, muy relajados, calientes, continúa concentrándote en estas sensaciones mientras sientes que tu mano derecha va quedando más y más relajada, más y más suelta.

Ahora focaliza tu atención en tu hombro derecho. Concéntrate en tus músculos, en los relajados que están quedando muy sueltos, muy relajados, calientes, siente esa sensación de fresco que pasa en estos momentos desde tu mano derecha hasta tu hombro, ahora ya logras sentir los músculos de tu cuello, puedes sentir que están relajados, se sienten livianos y flexibles, y la sensación de tranquilidad y relajación llega hasta él, realmente es muy relajante sentir tu cuello así. Esa sensación sube hasta tu cabeza y poco a poco experimentas la sensación de sentirla más liviana, relajada.

Intenta ahora visualizar una luz blanca, muy clara, que abarca

todo tu campo visual. Solo puedes escuchar las instrucciones que te estoy dando. Te sientes tan relajada que tienes la sensación de estar flotando. La luz blanca baja por tu frente relajando sus músculos, suéltate, relájate. Ahora continúa bajando hasta tus ojos, sientes los párpados pesados, suéltalos, así, esta luz llega hasta tus mejillas y mentón haciendo que los sientas más livianos y relajados. Suéltate, relájate.

Intenta observar cómo brilla la luz, cómo te relaja visualizarla. Con mucha calma, regresa a tu cuello, observa como la luz pasa por él, lo ilumina y llega hasta tu hombro derecho. Detente en tu hombro, focaliza tu atención en estos músculos, están totalmente relajados, se sienten livianos, aliviados por la luz que ya llegó hasta él. Siente cómo la luz baja por tu brazo hasta llegar a tu mano derecha, hasta los dedos de tu mano derecha. Tu espalda está cómodamente relajada la luz logra llegar hasta ella, todos tus músculos se encuentran muy, pero muy livianos, la luz logra iluminar toda tu espalda dejándola muy relajada, es realmente agradable esa sensación. Disfrútala, suéltate, relájate.

Ahora focaliza toda tu atención en tu pecho siente como la luz recorre e ilumina tu pecho, escucha el ritmo de tu corazón, late armoniosamente, tu respiración es lenta. La luz baja hacia tu

abdomen; se siente muy bien, sientes cómo la luz llega hasta tu estómago hasta llegar a tus caderas; los músculos de tus caderas se encuentran, muy livianos y relajados, la sensación de frescura sigue siendo muy agradable.

Ahora la luz baja por tus piernas, logras sentir como se desliza por ellas, y a su vez puedes ir sintiendo tus piernas livianas, tus músculos están totalmente sueltos, y cada vez más livianos, realmente frescos y muy relajados. La luz sigue desplazándose hasta llegar a tus pies. Sientes que estás muy relajada, liberas toda tu tensión, tu cuerpo está totalmente relajado, liviano y con esa agradable sensación de frescura, realmente te sientes diferente, como nueva, toda la tensión de tu cuerpo acaba de salir de él, dejando una muy agradable sensación de tranquilidad en todo tu cuerpo. Disfrútala, realmente te hace sentir muy bien. Solo piensa en esa agradable sensación en todo tu cuerpo piensa en ella, concéntrate.

Ahora voy a contar hasta cinco muy despacio. Cuando escuches el número tres podrás abrir tus ojos. Uno, dos, puedes tratar de abrir tus ojos pero no por completo. ...tres.....cuatro...cinco, ya puedes abrir completamente tus ojos.

Cierre

Una vez realizada la relajación se pregunta a las pacientes cómo se sintieron, si lograron relajarse, qué sensaciones experimentaron, si les gustó, etc. y se le explica a las pacientes la importancia de que repitan este ejercicio en casa, practicándolo diariamente como mínimo una vez.

Finalmente se hace entrega del cassette de relajación a cada una de las pacientes, así como de un autorregistro para la práctica de la relajación en casa (Anexo 4). Para su diligenciamiento, se proporciona la siguiente explicación:

“ En la hoja que les acabamos de entregar encuentran un cuadro que consta de tres columnas en las cuales, cada una de ustedes debe anotar la tensión que ha experimentado antes y después de practicar la relajación en las dos primeras columnas. Para ello van a utilizar una escala de 1 a 5, en donde 1 representa nada de tensión, 2 algo de tensión, 3 bastante tensión, 4 mucha tensión y 5 muchísima tensión. En la tercera columna, podrán anotar las observaciones que usted considere importante anotar. Por ejemplo, que sintió miedo, que no pudo hacerlo, cuáles fueron los motivos, etc.”

Finalmente, para cerrar el taller, se proporcionará la siguiente información:

“ Con esta sesión hemos finalizado nuestro segundo taller en relajación y respiración. Esperamos que les haya sido de gran utilidad y queremos recordarles que todo en la vida lo hace la práctica. Esto no funciona por sí mismo, funciona si ustedes lo hacen con la frecuencia indicada y en las situaciones estresantes que vayan enfrentando. Con el tiempo y la práctica, ustedes aprenderán a relajarse sin la necesidad de hacerlo tan detalladamente. Seguramente, llegará un momento en que con el solo hecho de respirar profundamente, la respuesta de relajación se activará.

En este momento ustedes tienen conocimiento general sobre el cáncer de mama, sobre su naturaleza, los factores de riesgo que se conocen hasta el momento, y los posibles tratamientos. Así mismo, han aprendido y practicado dos técnicas reconocidas como efectivas en el manejo de la ansiedad y el estrés. Ahora, con nuestro siguiente taller psicoeducativo queremos ofrecerles la posibilidad de manejar los pensamientos y actitudes relacionadas con la enfermedad y que favorecen interpretaciones negativas de los sucesos vívidos”.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de

evaluación (anexo 17)

TALLER
ESTRATEGIAS DE INTERPRETACIÓN
DE UN ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE

Objetivos

- Identificar cogniciones desadaptativas que presentan las mujeres mastectomizadas.
- Informar a las pacientes sobre la naturaleza de los pensamientos desadaptativos.
- Proporcionar algunas estrategias de control sobre la interpretación negativa de los pensamientos y experiencias vividas por las mujeres mastectomizadas.

Duración Tres sesiones de 2 horas cada una

Recursos

humanos

- Diecisiete mujeres mastectomizadas, pacientes de la Clínica Vargas de Cartagena
- Cuatro talleristas, estudiantes de 10 semestre de la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria tecnológica de Bolívar

Administrativos

Salón

Papelógrafo

Sillas

Económicos

Papelería (Cuadro modelo ABC)

Lápices

Marcadores

Hojas en blanco

Cartulina

PRIMERA SESIÓN

Título de la sesión ¿POR QUÉ PIENSO ASÍ?

Objetivos

- Explicar a la paciente el origen y mantenimiento de sus pensamientos desadaptativos.
- Explicar a la paciente que los acontecimientos externos contribuyen parcialmente a originar los pensamientos negativos pero que no los causan directamente.
- Lograr que la paciente acepte que son sus creencias irracionales el factor que más contribuye a mantener su conducta desadaptativa frente a su mastectomía.

Desarrollo de la sesión:

Presentación y explicación del desarrollo del taller.

Bienvenidas a nuestro tercer taller psicoeducativo.

Ya hemos desarrollado dos grandes sesiones que esperamos hayan contribuido de manera positiva en sus vidas. Hemos

trabajado algunas estrategias que les han demostrado cómo controlar la ansiedad y el estrés. Este taller es un complemento de ello. Les daremos mayores y mejores herramientas para que el control de su percepción de las situaciones vividas diariamente sea óptimo. Para ello, hemos querido desarrollar tres sesiones que les enseñarán a comprender por qué la forma en que interpretamos las cosas que nos suceden afecta positiva o negativamente nuestra calidad de vida. Para empezar vamos a darles una explicación del por qué las personas al encontrarnos ante ciertos acontecimientos que pueden cambiar de una y otra forma nuestra vida cotidiana, generamos toda una serie de creencias y pensamientos que nos hacen sentir mal y comportarnos de una forma diferente a como nos comportamos antes de que se presentaran dichos acontecimientos. Es decir, ustedes a través de este taller van a conocer de dónde surgen esos pensamientos y sentimientos que están manifestando después de la mastectomía.

También lograrán identificar cuáles son esos sentimientos y pensamientos y cómo lograr modificarlos a través de toda una serie de estrategias que les brindaremos

para que ustedes las pongan en práctica y así lograr una adaptación a su mastectomía y mejoren día tras día su calidad de vida.”

Una vez hecha esta pequeña introducción, se procede a darles una explicación acerca del origen y mantenimiento de los pensamientos y sentimientos que seguramente se están manejando.

“Probablemente, muchas de ustedes, como muchas otras mujeres, sintieron que les cambió la vida desde el momento en que les diagnosticaron el cáncer de mama y les hicieron saber que deberían realizarse una mastectomía. Con seguridad, sintieron miedo, sentimientos de culpa, se preguntaron (o incluso lo siguen haciendo aún hoy) a sí mismas por qué esta enfermedad, por qué a mí, sintieron rabia, se negaron al tratamiento y a su situación, o se preguntaron a sí mismas qué iba a pasar con su vida, en que forma esta iba a cambiar. En fin, estas dos noticias generaron en cada una de ustedes toda una serie de sentimientos y pensamientos. Estos, aparecen en nosotros a partir de creencias que se toman de toda aquella información que recogemos de la sociedad, de lo que nos han enseñado en nuestro núcleo familiar, de nuestros amigos, del trabajo,

de los medios de comunicación, de los grupos religiosos, entre otros.

Posiblemente estos pensamientos fueron: “me voy a morir”, “me voy a quedar sin seno”, “me voy a ver fea”, “ya no le gusto a mi pareja”, “yo no voy a sentir placer cuando tenga relaciones sexuales”, “que van a decir mis amigos”, “me voy a ver deforme”, “que ropa voy a utilizar”, etc. El hecho de tener constantemente esos pensamientos hace que ustedes manifiesten conductas como: no querer salir de casa para evitar que las otras personas las vean, aislarse, evitar tener relaciones sexuales con su pareja, evitar manifestar sus sentimientos a las personas, mostrarse agresivas ante comentarios que realicen los demás referentes al Cáncer, a la mastectomía o a su situación, dejar el trabajo, no frecuentar amistades y muchas otras conductas que suelen manifestar.”

A continuación, y una vez explicado de donde surgen los pensamientos y sentimientos desadaptativos frente a su situación se procede a hacer la explicación de que todas esas consecuencias emocionales y conductuales que ellas presentan no es una consecuencia directa del acontecimiento (mastectomía) sino que depende de la interpretación (creencias) que ellas hagan de esta situación (mastectomía). Se continua

haciendo una explicación dinámica del modelo ABC de la terapia Racional Emotiva de Ellis, y se continúa diciendo a las pacientes lo siguiente:

“Van a realizar un ejemplo para que ustedes puedan identificar cómo se forman estas creencias que vienen siendo todos los pensamientos que posiblemente ustedes estén manejando en este momento frente a su condición de mastectomizada. Para ello, identificaremos cuales los sentimientos y las acciones que se generan a partir de sus creencias y finalmente propondrán una alternativa adaptativa hacia ese pensamiento o creencia. Este cuadro contiene cuatro columnas (se muestra el cuadro del modelo ABC y la columna D) (Anexo 6).

La primera columna que se denomina (A) hace referencia a los acontecimientos; la segunda columna que se denomina (B) hace referencia a las creencias, la tercera columna que se denomina (C) hace referencia a las consecuencias y la cuarta y última columna que se denomina (D) hace referencia a las alternativas adaptativas para la creencias que cada una de ustedes tiene.

En la columna (A), que corresponde a los

acontecimientos, se coloca la situación que les está generando a ustedes sentimientos y pensamientos desadaptativos como por ejemplo “me han quitado un seno” o “ me han realizado una mastectomía” ese vendría siendo el acontecimiento; en la columna (B) que corresponde a las creencias colocaría aquellos pensamientos que yo tengo referente a ese acontecimiento como por ejemplo “me voy a morir”, “ya no le voy a gustar a mi pareja”, “esto es un castigo por algo malo que hice”, etc. En la columna (C) que corresponde a las consecuencias, se colocaría la consecuencia emocional y conductual que ustedes manifiestan. Como por ejemplo, responder agresivamente ante opiniones que realicen otras personas acerca de la mastectomía, aislamiento, dejar de frecuentar amistades y a familiares, evitar contacto sexual con su pareja. Y en la columna (D), que corresponde a las alternativas adaptativas para esa creencia, se coloca la alternativa de pensamiento o interpretación de esta situación. Es decir, una forma más positiva y optimista de interpretar la relación, como por ejemplo: “ Debo aprender de las experiencias pasadas, pero no estar pendiente de ellas o con prejuicios”.

Una vez se haya explicado a la paciente en que

consiste el modelo ABC y la columna (D), se recalca la importancia que ellas comprendan que esas consecuencias emocionales y conductuales no son directamente originadas por la situación (mastectomía), si no, que dependen directamente de las creencias que ellas manejan frente a ese acontecimiento.

A continuación, se realiza la siguiente actividad:

Se entrega a las pacientes una hoja que contiene el cuadro del modelo ABC en el cual encontraran 3 columnas. La columna (A) contendrá dos acontecimientos:

El primero: “se rompe un jarrón” y el segundo: “se rompe un espejo” (Anexo 8). Y se les proporciona la siguiente información:

“Cada una de ustedes debe tener en cuenta los dos acontecimientos que aparecen en la primera columna (se rompe un jarrón y se rompe un espejo). Deben situar en la columna (B) que corresponde a las creencias aquellos pensamientos que les generen en ese momento los dos acontecimientos de la columna (A) y en la columna (C) deben colocar las consecuencias emocionales y conductuales.”

Luego de haber dado las instrucciones se les da un tiempo de 5 minutos a las participantes para que realicen la actividad. Al haber terminado la actividad se pide a las participantes que socialicen lo realizado en el ejercicio y se procede a realizar la respectiva retroalimentación de la siguiente manera:

Se toma nota en el papelógrafo de lo dicho por cada una de las pacientes y se sitúan en cada una de las columnas correspondientes, la idea es que las pacientes logren ver la diferencia de los pensamientos que tuvieron en cuanto al acontecimiento “se rompe un jarrón” en el cual posiblemente no generen pensamientos negativos y por ende la consecuencia a nivel emocional y conductual no sería desagradable. Por el contrario frente al acontecimiento “se rompe un espejo” probablemente las creencias que se generaron frente a ese acontecimiento desencadenaron pensamientos negativos ya que la creencia es que cuando se rompe un espejo traerá mala suerte, y por ende la consecuencia a nivel emocional y conductual podría ser desagradable, ya que para evitar la mala suerte, no saldrían de casa y realizarían toda una serie de conductas desadaptativas. Tomando como base la actividad realizada,

se hace énfasis en lo colocado en la columna (B) y se explica que de la misma manera como ocurre en las dos situaciones en donde son las creencias las que influyen directamente en las consecuencias y no el acontecimiento el que genera la consecuencia. Es decir que dependiendo de las creencias que se tengan ante determinado acontecimiento va a ser la que directamente origine la consecuencia emocional y conductual y que así mismo, ocurre en la situación de mujer mastectomizada ya que frente a ella se generan creencias inadecuadas que son las que están originando consecuencias emocionales y conductuales que se vuelven desadaptativas.

De esta manera se finaliza la explicación acerca del origen y naturaleza de los pensamientos y se concluyen enfatizando en la importancia que tiene el hecho de que ellas logren identificar las creencias y consecuencias que están manejando frente al acontecimiento que actualmente están vivenciando.

Se hace entrega a cada una de las pacientes de una hoja que contiene el cuadro ABC en donde ellas deben identificar y registrar en casa todos los acontecimientos que vivencian en relación con el hecho de estar mastectomizadas, y las creencias y consecuencias que éstos le producen.

SEGUNDA SESIÓN

Título de la sesión: ¿CUÁLES SON MIS CREENCIAS?

Objetivos:

- Identificar las creencias que manejan las pacientes frente a la mastectomía
- Identificar acontecimientos o situaciones ante los cuales se presentan los pacientes.
- Identificar las consecuencias emocionales y conductuales que manifiestan las pacientes a partir de sus creencias.
- Mostrar a las pacientes el recurso de la interpretación racional de las situaciones.

Duración: 2 horas

Desarrollo de la sesión:

Se inicia la sesión revisando la tarea del cuadro ABC que se dejó para realizar en casa y con base a ello, se identificarán los acontecimientos, creencias y consecuencias que manejan las pacientes.

Para analizar lo anterior, se realiza la siguiente actividad que está diseñada

respetando la privacidad y confidencialidad de la paciente. Lo anterior, solicitando con anterioridad quién desea compartir, de manera voluntaria su tarea para tomarla como ejemplo y realizar la actividad o si ellas prefieren se recogerán todas las tareas y al azar se escogerá una la cual se tomará de ejemplo. Debe quedar absolutamente claro que no se divulgará el nombre de la persona a quien pertenezca. Bajo estos criterios se procede a realizar la actividad.

Si ninguna de las personas estuviera de acuerdo o se ofreciera como voluntaria para realizar dicha tarea, entonces se debe recurrir a la utilización de un caso hipotético pero basado en la literatura, que servirá como ejemplo (anexo 7)

Al tomar la persona X como ejemplo (o la situación hipotética), se inicia leyendo el contenido de la hoja y a continuación se ubican en el cuadro ABC, que se encuentra en el papelógrafo, reforzando la explicación que se realizó en la primera sesión con este caso real.

Una vez identificada la situación, las creencias y las consecuencias, se precede a realizar el cuestionamiento socrático hacia las creencias que manejan las pacientes, de esta manera: (de manera voluntaria se pide colaboración a una de las participantes, para tomarla como ejemplo y realizar el cuestionamiento). Si no se logra la participación voluntaria, se establece un juego de roles donde, alguna de las talleristas debe asumir el papel de paciente.

<Tallerista> “ N.N ¿Por qué te sientes fea?”

<Participante> “ Porque estoy incompleta. Además, pienso que las mujeres bonitas son aquellas que están completas, que tienen unos senos firmes, y yo ya no los tengo así. Ni siquiera los tengo”

<Tallerista> “¿Y tú realmente crees que lo único que hace bellas a las mujeres son sus senos?”

<Paciente> “Pues no, yo creo que hay otras cosas que también hacen que las mujeres sean bonitas”

<Tallerista> “Y si tu piensas que hay otras cosas que hacen que las mujeres sean bonitas, ¿por qué te sientes fea? O eso quiere decir que tu valor como mujer solo estás en tus senos? “

De esta forma se sigue cuestionando a la paciente de tal forma que ellas logren determinar que sus pensamientos son dicotómicos e irracionales y que esta interpretación que hacen de ellos resulta desadaptativa.

Y así finalmente la actividad va encaminada a persuadir a cada una de las pacientes a través del cuestionamiento con el objetivo de que ellas lleguen a hacer una construcción de alternativas adaptativas frente a sus creencias desadaptativas.

A continuación, se hace entrega de una hoja que contiene dos columnas en las cuales se anotaron, en una, las creencias irracionales y en la otra se colocaron

alternativas racionales adaptativas (Anexo 9); para ello se retoma la explicación acerca de la columna (D) con respecto a las alternativas adaptativas a las creencias que manejan las pacientes. En esta ocasión, el ejemplo se realiza teniendo en cuenta creencias que ellas hayan colocado en las hojas ABC, posteriormente, se les pide que lo llenen en casa y lo traigan en la próxima sesión.

De esta manera finaliza la sesión.

TERCERA SESIÓN

Título de la sesión: “PENSANDO DE MANERA ADAPTATIVA, SOY RACIONAL, ME PROTEJO Y AUMENTA MI CALIDAD DE VIDA”

Objetivo

- Continuar desarrollando alternativas cognoscitivas más racionales frente a la condición de estar mastectomizada.

- Lograr que las pacientes comprendan el beneficio de utilizar estilos atribucionales adaptativos en la interpretación de los eventos vitales estresantes y el efecto que ello tiene sobre su calidad de vida

- Promover la generalización de estos estilos atribucionales a todas las situaciones vitales estresantes

Duración: 2 horas

Desarrollo de la sesión:

Durante toda la sesión se trabajará en las alternativas adaptativas que den las pacientes frente a sus creencias. Este es un taller de reforzamiento de esos logros y para ello deben realizarse tres actividades:

La primera de ellas estará dirigida a desarrollar una sesión de relajación con imaginación y autoverbalizaciones. Para ello se le pide a las pacientes que inicien la relajación (esto además permite evidenciar si ha habido práctica de las estrategias de respiración profunda y relajación). Cuando hayan logrado el estado de relajación, el tallerista encargado va a pedirles que imaginen una escena que les genere estrés. Una vez lo hayan logrado, se les instruye para repetir en voz alta la frase: “me puedo controlar” hasta que la ansiedad vaya decreciendo. Posteriormente, se les indica que lo hagan durante dos minutos en voz baja y luego, durante dos minutos mentalmente, y se termina como se practicó en el taller de respiración y relajación con el ejercicio.

La segunda actividad consiste en retomar lo explicado en la sesión anterior, pidiéndoles que entreguen la tarea realizada en casa acerca de las alternativas adaptativas a cada una de sus creencias desadaptativas. Debe trabajarse de manera personalizada

durante 5 minutos con cada una de ellas. Esto se logra con tres de las talleristas que trabajarán paralelamente, cada una con una paciente. El objetivo es retroalimentarlas sobre la forma en que hicieron el cuadro, conocer sus dificultades en ello y la habilidad para identificar creencias.

La tercera actividad se da simultáneamente con la segunda, en donde la cuarta tallerista estará dirigiendo un ejercicio de respiración profunda con autoverbalizaciones con las pacientes que estén en asesoría. Este ejercicio dura cinco minutos y se repite cinco veces en total.

Cierre

“Hemos finalizado este tercer taller. Agradecemos como siempre su asistencia y participación y esperamos que todo lo que han aprendido en estas tres sesiones vaya complementando lo que ya sabían para que ustedes mismas se encarguen de ir perfeccionando sus técnicas de afrontamiento. Creemos importante resaltar que cada uno de nosotros tiene la responsabilidad consigo mismo de controlarse, de darle un significado justo, ni más grande ni más pequeño, sino justo, a todas aquellas situaciones que vivimos a diario. Algunas de ellas nos causarán tristeza extrema y otras, una infinita alegría. Otras serán simples y otras más relevantes, pero todas son nuestras y como tal, tenemos la responsabilidad de vivirlas, de

aceptarlas y de interpretarlas tal y como son: UNA EXPERIENCIA QUE DEBE APORTARLE A MI CALIDAD DE VIDA.

Nuestro próximo taller pretende continuar aportándoles herramientas para el afrontamiento de este tipo de situaciones estresantes. Ya aprendimos el control fisiológico de la ansiedad, el control de nuestro pensamiento frente a ella y ahora veremos cómo actuar correctamente para hacer óptimo nuestro afrontamiento a ellas. Las esperamos entonces el próximo (Se da fecha, hora y lugar)”.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de evaluación (anexo 17)

TALLER DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Objetivos:

- Reforzar el concepto de afrontamiento con base en lo aprendido en los dos talleres anteriores

- Favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento activo que promuevan en las pacientes la percepción de autocontrol en situaciones estresantes

- Incrementar los niveles de competencia frente al estrés

Duración:

Tres sesiones de dos horas cada una.

Recursos

Humanos

- Diecisiete mujeres mastectomizadas, pacientes de la Clínica Vargas de Cartagena
- Cuatro talleristas, estudiantes de 10 semestre de la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar

Técnicos

Sillas

Papelógrafo

Administrativos

Salón con buena ventilación

papelaría (hojas de auto registros)

marcadores

tijeras

cartulinas

revistas

pegante

lápices

PRIMERA SESION

Título de la sesión: ¿ASI REACCIONO ANTE SITUACIONES

ESTRESANTES?

Objetivos:

- Explicar a las pacientes el concepto de estrés
- Promover en las pacientes la identificación de sus respuestas

producto del estrés

Duración: 2 horas

Desarrollo de la Sesión:

Se inicia el taller con la siguiente explicación:

“Una vez más, bienvenidas a éste, nuestro cuarto taller psicoeducativo, en el que cada una de ustedes aprenderá a identificar cuáles son las respuestas fisiológicas y los pensamientos negativos que generan frente a una situación percibida como amenazante. Una vez identificados, les enseñaremos una serie de estrategias que podrán utilizar frente a estas situaciones. Así mismo, les asignaremos ejercicios que ustedes deben realizar en casa e incorporarlos a todas aquellas estrategias que les hemos enseñado en los talleres anteriores”.

A continuación, se proporciona una breve explicación acerca del origen y mantenimiento de las respuestas de estrés haciendo uso del modelo explicativo sobre la naturaleza de las reacciones de estrés (anexo 10). Se inicia diciendo:

“Como lo hemos venido mencionando, cuando las personas se enfrentan ante una situación que se percibe como amenazante comienza a generar una serie de respuestas fisiológicas como son: palpitaciones aceleradas, sudoración, dilatación pupilar (en caso que se desconozca esta respuesta se explica qué es), contracción muscular, etc. que son interpretadas automáticamente por la persona, generando así toda una serie de pensamientos negativos frente a esa

situación percibida como amenazante, los cuales a su vez van a hacer que su activación fisiológica incremente aún más y en la misma medida se sigan incrementando los pensamientos, convirtiéndose esto en un ciclo vicioso para la persona (se hace una explicación ilustrativa en el papelógrafo, tomando como ejemplo una situación ante la cual ellas se puedan presentar). Es decir, cuando muchas de ustedes se enfrentan ante situaciones como: realizarse algún control médico, chequeos, exámenes de laboratorio, ecografías, mamografías, algún tratamiento o el simple hecho de pensar en una recaída; suelen tener un aumento en la actividad fisiológica, es decir su ritmo cardíaco se acelera , se tornan muy nerviosas, sienten náuseas, sudoración, dolor estomacal, diarrea, estreñimiento, entre otros, los cuales a su vez generan en ustedes una serie de pensamientos automáticos negativos, que como vimos en el pasado taller, se definen como aquellas palabras o frases negativas que se repiten ustedes mismas constantemente. Estas suelen ser pensamientos que se vuelven persistentes en ustedes como por ejemplo: “ me voy a enfermar otra vez”, “ me van a salir mal los exámenes”, “ el médico me va a dar una mala noticia”, “otra vez me va a dar cáncer” , “me van a realizar otra cirugía” , etc. Al presentarse esto, la activación fisiológica sigue aumentando haciéndose más intensa y los

pensamientos negativos frente a la situación amenazante siguen siendo más persistentes”.

Una vez explicado el modelo sobre la generación y mantenimiento del estrés, se continuará realizando una actividad que va dirigida a reconocer el mayor número de variables implicadas en el desarrollo y mantenimiento del problema. Para esta primera recolección de la información, se utilizarán las técnicas basadas en la visualización y el recuerdo de imágenes pertenecientes a situaciones estresantes (actividad que se ha ido moldeando con el ejercicio realizado en el taller anterior).

Se ubica a las pacientes en grupos de cuatro o cinco integrantes, se les hace entrega de una cartulina, marcadores, revistas, tijeras y pegante y se les dan las siguientes instrucciones:

“A continuación cada una de ustedes debe ubicarse en grupos de cuatro integrantes según su preferencia, y con los materiales que les entregaremos deben realizar un collage (se les hace la explicación de qué es un collage en caso de que lo desconozcan) de situaciones que les generan estrés tomando las imágenes de las revistas que se les entregaron”.

Vale la pena recalcar que previo a esto se revisaran las revistas con el fin de que estas contengan variedad de imágenes ilustrativas y así las pacientes puedan identificar varias de las variables influyentes en su problema. Se les da un tiempo de media hora para realizar la actividad. Una vez las participantes hayan terminado se les pide que escojan una representante de su grupo y expongan el resultado de su trabajo, es

importante que a la hora de exponer las situaciones, la participante voluntaria elija exponer aquellas que ella haya identificado y se procede a realizar la exposición de la siguiente manera: Se pedirá al resto de las participantes que mientras se lleva a cabo la exposición hagan mucho silencio. Se le explica a la participante cómo se va a desarrollar la exposición así:

“vas a escoger la ilustración de una de las situaciones que tú identificaste (la paciente señala la ilustración), ahora vas a sentarte en esta silla y vas a cerrar los ojos, luego vas a narrar a tus compañeras cuál es la situación, qué hacías ese día, qué personas estaban contigo, qué pasó, qué pensamientos, sentimientos y conductas desarrollaste, en fin todo lo que logres recordar de esa situación con la mayor cantidad de detalles posible”.

Una vez la paciente haya narrado todo lo sucedido, se le pide que preste atención a otros aspectos de la situación de estrés que en un principio pudieron haberle pasado desapercibidos. Se pide que los mencione y que se vea en esa situación no como una víctima del estrés, sino que logre ver que ella misma con su conducta y con los pensamientos que tuvo en ese momento contribuyó a que ese estrés se diera y se mantuviera.

Es importante tener en cuenta que realizar esta actividad, puede incrementar el posible temor que pueda tener la paciente de revelar determinados pensamientos o sentimientos por miedo, entre otros, al juicio y a la evaluación del grupo. En este caso, es importante que las talleristas realicen un juego de roles en donde ellas como

pacientes, narren una situación en donde expresen situaciones similares.

De esta forma se pide a las pacientes que identifiquen una situación y realicen el ejercicio cada una mentalmente. Luego se les entrega una hoja que contiene cuatro columnas y en cada una de ellas deben anotar: situación, respuestas fisiológicas, pensamientos y conductas realizadas durante la situación de estrés (Anexo 11). Se les explica a través de un ejemplo lo que deben situar en cada columna, de esta manera ellas anotarán la situación, todo lo que sintieron, pensaron e hicieron en la situación de estrés y que de igual forma logren verse no como víctimas, si no que caigan en cuenta que ellas fueron contribuyentes al desarrollo y mantenimiento del estrés.

Finalmente se pide a las pacientes que continúen llenando el registro en casa e identificando situaciones que les causan estrés y haciendo las anotaciones respectivas en cada columna del registro y que lo traigan para la próxima sesión.

De esta manera finaliza la primera sesión.

SEGUNDA SESIÓN:

Título de la sesión: “COMO PONER FIN A MIS PENSAMIENTOS

NEGATIVOS”

Objetivos:

- Realizar una explicación a las pacientes acerca de cómo la relajación y los pensamientos positivos logran disminuir la activación fisiológica.

- Realizar una jerarquía de situaciones estresantes para cada una de las pacientes.
- Entrenar a las pacientes en las habilidades cognoscitivas para el control de sus pensamientos negativos a través de las autoinstrucciones.

Duración: 2 horas

Desarrollo de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el autorregistro dejado en la sesión anterior acerca de las situaciones, respuestas fisiológicas, pensamientos y conductas que se manifiestan ante situaciones de estrés, con el fin de evaluar si lograron identificar y situar correctamente sus respuesta en las columnas asignadas y aclarar cualquier duda que estas presenten.

Posteriormente se inicia la explicación a las pacientes acerca de la influencia de sus pensamientos negativos frente a su activación fisiológica y control de la situación estresante. Se inicia diciendo:

“Si recordamos la explicación hecha en la sesión anterior acerca del ciclo de desarrollo y mantenimiento del estrés ante una situación aversiva, sabemos que al enfrentarnos ante la situación amenazante generamos toda una serie de respuestas fisiológicas como las palpitaciones,

sudoración , tensión muscular, etc, y esto a su vez hace que se generen una serie de pensamientos negativos ante esa situación como:“ me voy a morir”, “ todo va a salir mal”, “no puedo soportar esta situación”, en fin, todos aquellos pensamientos que cada una de ustedes anotó en su hoja de autorregistro. Así, en la medida en que estos pensamientos se van generando y al ustedes sentir que no tienen control ante este tipo de situaciones, su activación fisiológica va aumentando y en la misma medida va generando aún más pensamientos negativos que hacen que ustedes pierdan control ante la situación y manifiesten conductas como por ejemplo de escapar de esa situación, evitar asistir a los controles médicos y/o evitar realizarse chequeos u exámenes de laboratorio, evitar tener contacto con la pareja y evitar salir o frecuentar amistades, etc. Por ende, si ustedes logran adquirir algunas estrategias que puedan utilizar en esas situaciones que les producen estrés, lograrán tener el control sobre esa situación y así mismo, la activación fisiológica disminuirá y los pensamientos negativos que generan frente a esta situación también”. Para lograr tener control sobre su activación fisiológica, es importante que ustedes sigan poniendo en práctica las técnicas de relajación y respiración, ya que este aumento de la activación disminuye conforme ustedes vayan

practicando la relajación y respiración”.

Una vez realizada esta explicación se procede a realizar una actividad con el fin que las pacientes elaboren una jerarquía de situaciones estresantes categorizándolas desde la que genere mayor estrés hasta la que genere menor estrés.

Se entrega a cada una de las paciente una hoja en blanco y un lápiz y se les pide que realicen en ella una jerarquía de las situaciones estresantes, ordenándolas desde el más estresante hasta el menos estresante, así:

“En la hoja que se les hemos entregado deben realizar una lista de las situaciones que les producen estrés ordenándolas desde las que les generan mayor estrés hasta las que les generan menor estrés, por ejemplo: supongamos que la situación que le genera mayor estrés a algunas de ustedes sea tener que enfrentarse a la situación de intimidad con la pareja, entonces la sitúan de primero, para ello deben tener en cuenta la activación fisiológica y la variedad de pensamientos negativos que ustedes generan en ese momento, pueden apoyarse en el registro elaborado en casa en donde identifican situaciones generadoras de estrés, la activación fisiológica, los pensamientos y las conductas que manifiestan. Y así sucesivamente van jerarquizando cada una de las situaciones hasta llegar a la situación que les cause menos ansiedad. Para realizar esta actividad tienen un tiempo de media hora”.

Una vez que las pacientes han realizado la jerarquía, las talleristas asesorarán a

cada una de las participantes y con cada una leerán y corregirán en tal caso que sea necesario la jerarquía hecha por cada una de las pacientes, con el fin de evaluar si las situaciones están bien identificadas y organizadas de acuerdo al grado de estrés que se presente ante cada una de ellas.

A continuación, se pide a las participantes que de forma voluntaria una de ellas facilite su hoja para que, con base en ella, se realice la actividad en donde se enseñará a las pacientes a utilizar las autoinstrucciones para lograr tener control de sus pensamientos negativos y modificarlos por pensamiento positivos.

Antes de realizar la actividad se realizará una explicación sobre las autoinstrucciones y su valor en la modificación de los pensamientos negativos así:

“Las autoinstrucciones son un conjunto de órdenes que las personas nos damos a nosotras mismas para el manejo de nuestra propia conducta. Es decir, todas las personas al encontrarnos ante X situación realizamos toda una serie de autoverbalizaciones que están interfiriendo sobre nuestra conducta; por ejemplo, ante las situaciones de ansiedad se generan pensamientos negativos como: “ Todo va a salir mal”, “no puedo con esta situación”, me voy a morir”, estas son autoverbalizaciones o autoinstrucciones que nos estamos dando en la situaciones que perciben como amenazantes y que obviamente, están influyendo negativamente sobre la realización de una determinada tarea, como lo es por ejemplo asistir a realizarse un examen

de laboratorio de una manera muy tranquila. Por lo tanto, la finalidad es instaurar dentro de su repertorio de interpretaciones y pensamientos otras autoinstrucciones más adecuadas de acuerdo a la situación a la que ustedes se enfrenten. Por ejemplo, modificar las autoinstrucciones negativas que ustedes están manejando por verbalizaciones como: “ todo saldrá bien , pues estoy siguiendo las recomendaciones hechas por el médico”, “yo puedo controlar la situación”, “me siento bien, no está pasando nada, esto debo hacerlo por mí misma, por mi bien”, etc.

Tras haber hecho esta explicación, se les pide a las pacientes que coloquen en la misma hoja y frente a las verbalizaciones negativas , verbalizaciones positivas por las cuales ellas cambiarían las negativas. Una vez las pacientes hayan realizado la actividad y las talleristas hayan revisado lo hecho como se realizó anteriormente, se procede entonces a realizar el entrenamiento en autoinstrucciones.

“El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en el desarrollo de cinco pasos (Anexo 12) los cuales son: (se muestra a las pacientes el cuadro de las fases que se encuentra colocado en el papelógrafo)

Primero: Elijo una de las situaciones consideradas como estresantes (esta hoja corresponde a una participante voluntaria que se ofreció anteriormente para servir de ejemplo

a esta actividad): estoy en casa y un familiar me dice que “*tengo que apartar la cita para el control de exámenes con el médico especialista*”, voy a imaginar que estoy viviendo realmente esta situación, normalmente mi corazón se acelera, empiezo a sudar y automáticamente pienso que el médico me va decir que estoy nuevamente enferma. Pero en esta ocasión yo debo tener control sobre la situación y lo que voy a hacer de ahora en adelante es pensar que “debo hacerlo, es mi responsabilidad y mi salud”. Todas ustedes van a prestar atención a lo que yo voy a hacer y a observar cómo enfrento la situación. Me repito a mi misma y en voz alta “ Me he sentido bien, debo hacerlo, es mi responsabilidad y mi salud”.

Segundo: “Ahora N.N (la participante voluntaria) vas a sentarte frente a mi y vas a imaginar que estás ante la siguiente situación: “Tienes que apartar una cita para el control de exámenes con el médico especialista”, (la tallerista pide a N.N que narre la situación ante la cual se encuentra con la mayor cantidad de detalles posible). Una vez que N.N narra la situación, la tallerista continúa dando la siguiente instrucción. Esos pensamientos que acabas de mencionar en estos momentos los vas a sustituir por otra serie de verbalizaciones las cuales vas a repetir en voz alta, lo más alto que puedas, por ejemplo: cambia “ me voy a enfermar otra

vez” por “ Me he sentido bien, debo hacerlo, es mi responsabilidad y mi salud”, ahora piensa en la situación y repite en voz muy alta la frase” (la paciente debe repetir en voz alta la verbalización). Una vez realizado este ejercicio se pasa al siguiente paso.

Tercero: se pide a la paciente que imaginándose en la situación, ella misma se de las autoverbalizaciones en voz alta, debe hacerlo sola , la tallerista orienta y refuerza , y las demás participantes deben observar lo que realiza la participante voluntaria.

Cuarto: se pide a la paciente que siga imaginando la situación y ahora se de autoverbalizaciones en voz baja, de igual forma la tallerista orienta y refuerza.

Quinto: Finalmente, se le pide a la participante que realice las autoverbalizaciones mentalmente, y la tallerista orienta y refuerza. Al terminar, se pide a la participante que comente su experiencia durante el ejercicio

Una vez se haya realizado el ejercicio en autoverbalizaciones, se aclara a las pacientes que de esta manera lo deben realizar todas y llevándolo a cabo con cada una de la situaciones que les causan estrés, iniciando desde la que genere menor estrés hasta llegar a la de mayor estrés y primero por imaginación y después de haberla practicado utilizarla en las situaciones de la vida diaria, cuando se enfrenten ante situaciones que

les generen estrés. Es importante recordar a las pacientes que este ejercicio deben practicarlo diariamente por lo menos una vez al día con una situación.

Finalmente se entrega a las pacientes una carpeta con el contenido de los pasos para realizar las autoverbalizaciones (anexo 12) con el fin de que logren recordarlo y ponerlo en práctica en casa.

TERCERA SESION

Título de la sesión: “PONIENDO EN PRÁCTICA LAS HABILIDADES APRENDIDAS”

Objetivos:

- Poner en práctica las estrategias aprendidas en la fase anterior en situaciones de estrés.
- Comprobar el aprendizaje de las habilidades enseñadas.
- Corregir las dificultades encontradas por las pacientes en su puesta en práctica de las habilidades enseñadas.

Desarrollo de la sesión:

Se inicia la sesión preguntando a las pacientes cómo les fue con la práctica de las autoverbalizaciones en casa y las experiencias que tuvo cada una de ellas al realizar el

ejercicio ante la imaginación de situaciones que les generan estrés. Se destinan 5 minutos para el intercambio de información.

En esta ocasión, y como continuación de la práctica de autoinstrucciones a través del ensayo imaginado, se pide a las pacientes que sigan las instrucciones que les va a dar el tallerista y que pongan en práctica las estrategias de afrontamiento que les fueron enseñadas para disminuir la ansiedad. Las instrucciones recogen una situación estresante común para ellas: Mirarse la cicatriz de la mastectomía en el espejo.

Una vez se ha inducido a las pacientes en estado de relajación, se proporcionan las siguientes instrucciones:

“Estás frente al espejo. Obsérvate. Ubícate frente al espejo en el que siempre te miras, frente al cual tienes la costumbre de arreglarte. Te estás mirando, alcanzas a ver en él la mitad de tu cuerpo, desde la cintura hasta la cabeza. Empiezas a desnudarte, te quitas la ropa que llevas puesta. Ahora te observas desnuda frente al espejo. Te estás mirando, mírate. Muy bien... Estás mirando tu rostro, miras tu pelo, lo tocas, lo sientes, lo cepillas, estás relajada, no tienes prisa. Ahora estás viendo tu rostro. Miras tus ojos, tu nariz, tus labios, sientes la textura de tu piel, te gusta. La sientes suave, fresca, limpia. Ahora estás viendo la imagen de medio cuerpo que da el espejo. Te ves completa desde tu rostro hasta la cintura. Mírate, visualiza tu propia imagen. Estás ahí, frente al

espejo. Enfocas tu mirada en la cicatriz que te quedó tras la mastectomía, deten tu pensamiento, solo tienes acceso a la imagen, no permitas que nada en ti te perturbe, recuerda que ahora tú tienes el control de tus pensamientos, utiliza todo lo que has aprendido, di todo lo que quieras y debas decirte, hazlo mentalmente, mírate en el espejo, estás viendo tu imagen. Tranquila, pon tu mano derecha sobre el hombro izquierdo, y deslízala suavemente desde el hombro hasta tu pecho, pasándola sobre la cicatriz, hazlo muy lentamente, muy lentamente. Ahora haz lo mismo pero con tu mano izquierda sobre tu hombro derecho. Haslo lentamente, di todo lo que quieras y sientas que debes decirte en estos momentos. Es tu piel, es tu cuerpo, debes quererlo y respetarlo, cuidarlo y atenderlo. Prende la ducha, escucha cómo suena el agua cuando cae, déjala caer, ingresa a la ducha y cierra tus ojos bajo el chorro de agua, siente cómo cae por tu cuerpo; toma el jabón y deslízalo sobre la cicatriz, reconócela, cuídala, siéntela. Te dices mentalmente “merezo ser feliz, me puedo controlar” repítelo varias veces, vamos muchas veces más,(debe repetir estas frases por lo menos 15 veces)” Ahora puedes abrir los ojos”.

Una vez termina esta sesión, se pide a las participantes que comenten su experiencia. A continuación, el tallerista comenta cuál fue su impresión, se refuerzan los

logros y se corrigen las dificultades que las pacientes puedan presentar al momento de realizar el ejercicio.

Cierre

Se finaliza el taller concluyendo que:

“El uso de las autoverbalizaciones aumenta la eficacia en el control del estrés si se practica diariamente y al utilizarse en conjunto con las demás estrategias enseñadas en los talleres anteriores. Evidentemente, no van a obtener los mayores y mejores resultados a corto plazo (aunque eso no quiere decir que no los vean como ya lo han hecho) pero la práctica y la persistencia no solo les van a garantizar óptimos resultados a mediano plazo sino un incremento muy significativo en su calidad de vida. La práctica de estas estrategias les garantiza aprender una nueva forma de ver y de afrontar las situaciones difíciles y las adversidades a las que se vean enfrentadas de aquí en adelante. Será una manera de adoptar un nuevo estilo de vida, más constructivo, más enriquecedor”.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de

evaluación (anexo 17)

TALLER DE AUTOESTIMA

Objetivos

- Enseñar algunas estrategias válidas para modificar las percepciones negativas que mantienen las mujeres mastectomizadas en relación con su autoimagen y autoconcepto
- Incrementar, con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento activo, el sentimiento de autoeficacia de las mujeres mastectomizadas

- Promover una actitud reflexiva y objetiva hacia sí mismas

Duración: _Tres sesiones de dos horas cada una.

Recursos

Humanos:

- Diecisiete mujeres mastectomizadas, pacientes de la Clínica Vargas de Cartagena
- Cuatro talleristas, estudiantes de 10 semestre de la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar

Recursos Técnicos:

Papelógrafo

Sillas

Recursos administrativos:

Salón

Papelería

Lápices

Marcadores

Cartulina

PRIMERA SESION

Título de la sesión: ¿QUIÉN SOY?

Objetivos

Explicar a las pacientes el concepto de autoestima.

Resaltar el valor de la autoestima en el afrontamiento activo de la enfermedad

Desarrollo

Bienvenidas a nuestro taller psicoeducativo de autoestima. Este es un taller muy importante para ustedes. Es un taller donde vamos a romper los esquemas de lo que veníamos trabajando y vamos a tomar este espacio para favorecer un reencuentro de cada una de ustedes con ustedes mismas, con sus sentimientos, con su amor propio, vamos a recordar cuánto valemos, cuánto nos merecemos y todo lo importantes que somos. Para ello, vamos a trabajar un poco sobre el concepto de

autoestima y la forma en como ésta influye en nuestra vida, afectando nuestro comportamiento, nuestro bienestar emocional. Es decir que ustedes con este taller van a conocer por qué a veces, cuando estamos enfrentadas a situaciones complejas, se nos hace difícil querernos y aceptarnos haciendo que nos aislemos de nuestro entorno social, de nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo y además, nos hace pensar que nos vemos feas, empezamos a autoverbalizar frases negativas menospreciándonos; cosas como ya no valgo nada, todo el mundo me tiene lastima, ya no soy la misma de antes, se van a burlar de mí, quien me va a querer así, causando esto malestar e incomodidad en nosotras mismas.

También esperamos que logren identificar cuando están presentando una buena o baja autoestima y que aprendan cómo lograr mejorarla a través de una serie de claves que les daremos para que las pongan en práctica, y así lograr cambiar esa percepción que ustedes tienen sobre su imagen. Esperamos que este sea un verdadero aporte para que recuerden cuánto valor tiene y aprendan o reaprendan a valorarse a sí mismas en su condición de mastectomizadas.

Para explicar a las pacientes de una forma clara el concepto de autoestima se

realizará la siguiente actividad denominada “¿quién soy?”, cuyo objetivo es que las pacientes adquieran un conocimiento personal de sí mismas. A cada paciente se le hace entrega de una hoja donde se encuentra el desarrollo de la actividad, encabezada por una reflexión que dice “*la vida merece vivirse, pero solo viven los que luchan, los que saben quiénes son, los que quieren ser*”, una vez leída la frase por la tallerista se invita a las pacientes a reflexionar sobre ella durante 5 minutos” (anexo 14).

Una vez pasados los 5 minutos, se invita a las pacientes a socializar su reflexión a través de las siguientes preguntas: ¿Cómo les pareció la frase? ¿Qué pensaron durante estos 5 minutos? ¿Qué sintieron? ¿Cómo interpretan ustedes que la vida merece vivirse? ¿Qué opinan de que solo aquellos que luchan son aquellos que viven? ¿Saben ustedes quiénes son?

Después de escuchar la reflexión de las pacientes, la tallerista hará una retroalimentación de la frase anterior:

“A todas las personas se nos presentan dificultades, inconvenientes, problemas ya sean emocionales, físicos, afectivos, sociales los cuales muchas veces nos hacen pensar que es el fin de nuestra vida, ya que desconocemos qué tan competentes somos, nuestras capacidades, aptitudes, habilidades y destrezas para salir adelante a pesar de todo esto. Los seres humanos tenemos la capacidad de conocernos a sí mismos, mejorar cuando se necesario trazándonos metas a corto y a largo plazo, con el fin de alcanzar la

autorrealización; es necesario que cada uno de nosotros luche por las metas trazadas para luego no arrepentirnos de lo que no se pueda hacer.”

Después de la retroalimentación de la reflexión se continuará con la segunda parte de la dinámica se le explicará a las pacientes las instrucciones de la hoja que se les entregó así:

En esta hoja hay tres preguntas, que debes contestar, la primera pregunta hace referencia a “quién soy yo” aquí deberán escribir como crees que eres tú: enumera todos tus valores, cualidades, habilidades y tus antivalores y defectos, es decir aspectos por mejorar; la siguiente pregunta que dice “qué quiero ser”, consiste en que debes de determinar qué pretendes en la vida, cuáles son tus metas, tus ilusiones, tus objetivos. Y la tercera y última pregunta dice “cómo actúo para llegar a ser lo que quiero ser”, en esta deberás indicar qué haces y cómo te comportas en los diferentes contextos, como por ejemplo: en la vida familiar, en tu trabajo con tus amigos u otros”.

Para realizar esta actividad, las pacientes contarán con un tiempo de 30 minutos para responder las preguntas anteriores. Luego se les dice que de forma voluntaria socialicen lo que escribieron. La tallerista les preguntará como se sintieron al realizar esta

actividad.

A continuación las talleristas concluirán la actividad diciendo:

“Es importante que todas las personas realicen este tipo de reflexiones, ya que estas ayudan a descubrir y a mejorar aspectos de nuestra vida, teniendo un conocimiento previo de quiénes somos, qué queremos ser y qué hacemos para llevar a cabo lo que nos proponemos a lo largo de la vida. El valor que le damos a lo que hacemos, nuestro grado motivacional, nuestra percepción de lo que somos y merecemos son entre otros, muchos de los elementos que conforman nuestra autoestima. Ésta es el pilar de muchas de nuestras conductas y se establece desde nuestra más temprana infancia indicándonos qué tan eficaces somos y cuánto podemos lograr. Y por lo tanto, su fortalecimiento o debilitamiento están dados por nuestras experiencias vitales y la forma en que las interpretamos y vivimos”.

Tras haber realizado la conclusión de la dinámica se explica una actividad que deben realizar en casa. Escribir un cuento donde ellas sean las protagonistas, que narre la historia de su vida teniendo en cuenta acontecimientos agradables y desagradables para ellas.

SEGUNDA SESIÓN

Nombre de la sesión: MI VIDA.

Duración : 2 horas.

Objetivos:

- Proporcionar información sobre las características de autoestima alta y baja.
- Enseñar a las pacientes a identificar cuáles son las características de la autoestima alta y baja.

Desarrollo

Se inicia esta sesión, diciéndole a las pacientes que de forma voluntaria lean la tarea que se les dejó en la anterior sesión, la cual consistía en escribir un cuento con la historia de su vida. Una vez leída la historia, o si no hay ninguna voluntaria, se procede a preguntar cómo se sintieron al realizar esta actividad, cómo se percibieron a sí mismas,

qué sentimientos les generó recordar los momentos difíciles y agradables de su vida (se asignan 15 minutos para ello).

A continuación, se les proporciona la siguiente información:

“A algunas personas se les dificulta expresar sentimientos y pensamientos de sí mismas, ya sea por vergüenza, por temor, miedo a que los demás conozcan lo que realmente sienten y piensan de ella, porque nunca antes se lo enseñaron o porque lo consideran inapropiado o incluso ridículo o innecesario. No obstante, es absolutamente necesario y saludable hacerlo: Expresar sentimientos. Expresar, dialogar, hablar... pero especialmente, para ello es necesario saber cómo hacerlo. Ahora les voy a entregar esta hoja a cada una de ustedes con la que vamos a hacer un ejercicio con el que espero hacerme entender mejor. Este ejercicio que vamos a realizar se llama “mi vida”. quiero que en esta hoja que les di, dibujen una línea que represente su vida. Una línea que debe mostrar los altibajos de ésta, (se realiza un ejemplo en el Papelógrafo para que comprendan de mejor forma el primer ítem de la dinámica); en donde colocaran todos los rasgos, ángulos, curvas, altibajos que quieran de lo que piensan que ha sido su vida. Bien, el siguiente ítem consiste en describir 4 experiencias agradables o positivas que ustedes creen que

marcaron su vida: ordénelas por orden de importancia. Después pasamos al otro ítem en donde se realizará lo mismo que en el anterior pero con experiencias desagradables o negativas que ustedes piensan que han influido también en su vida. Pasemos al ítem siguiente. Después de ver un poco su realidad vivida, ¿qué conclusión haría de usted misma? ¿Se gusta a sí misma? A continuación, contestan la siguiente pregunta: ¿Qué aspectos de su personalidad le parece que debe tratar de reforzar para mejorar la conclusión que usted ha hecho? Para finalizar, describa lo que le gustaría que dijeran de usted sus familiares y amigos.

Después de darle la explicación a las pacientes de cada ítem se les dice que tienen un tiempo de 40 minutos para responder los ítem anteriores (ver anexo 15).

Las talleristas les preguntarán a las pacientes cómo se sintieron realizando este ejercicio, qué les llamó más la atención y si tuvieron alguna dificultad para contestar alguna de las preguntas.

A continuación se les proporciona la siguiente retroalimentación “con esta actividad esperamos que ustedes hayan tenido un espacio para hacer un breve análisis de su vida, para conocerse y reconocerse sus cualidades y aspectos por mejorar y para realizar una reflexión acerca de ustedes

mismas. Nuestra autoestima es la responsable de muchos de nuestros éxitos y de nuestros, ya que una autoestima adecuada vinculada a un concepto positivo de sí mismo potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a las personas al fracaso”.

Todo tenemos sentimientos no expresados que con el tiempo pueden asumir muchas formas, odiarse a sí mismo, tener ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpa, reacciones exageradas, estar sensible, encontrar el lado negativo en situaciones positivas, sentirse poco o nada importantes y susceptibles de ser autodestruidos. Otras de las características que identifican a las personas con baja autoestima son: llorar frecuentemente, pensar negativamente, no creer en si mismo, pensar en que las demás personas las rechazan, estar triste y enojado, estar agresivo, pensar que todo lo que hacen les va a salir mal, ser tímidos, mientras que las características de las personas con una autoestima adecuada se identifican por ser personas espontáneas, que creen en sí mismas, motivadas a seguir hacia adelante, a enfrentar sus problemas, se aceptan como son, tienen buen sentido del humor, son sociables, comprenden a los demás, y

comprenden su situación”.

Estas características se presentan con el objetivo de que las pacientes puedan identificar qué tipo de características le son más comunes y por ende, cómo está su autoestima. Luego se le deja la tarea a las pacientes entregándoles una hoja que contiene un cuadro con dos columnas y se les explica, diciéndoles que anoten en la primera columna las características que presentan de autoestima baja y en la segunda de autoestima alta de acuerdo con lo que se les dio a conocer en la sesión. Al terminar esta actividad se darán cuenta en que nivel de autoestima presentan (anexo 16).

TERCERA SESIÓN

Nombre de la sesión: ¡APRENDO LAS CAVES!

Duración: 2 horas

Objetivos:

- Identificar las claves adecuadas para mejorar la autoestima.
- Enseñar a las pacientes las diferentes claves que existen para incrementar la autoestima.

Desarrollo de la sesión:

Una vez leída la tarea se les pregunta cómo se sintieron al realizarla y qué dificultades tuvieron para ubicar las características en las columnas.

Después de respondidas por las pacientes las anteriores preguntas se les da la siguiente información:

“En esta actividad pudieron darse cuenta que las personas son únicas e irrepetibles y cada una va creciendo y formando su autoestima de acuerdo a su ambiente familiar que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que nos inculcan los valores y costumbres. No solo se forma a través de la vida familiar sino también con lo que ustedes creen que las demás personas piensan de ustedes y lo que piensan ustedes de si mismo y de su condición de mastectomizadas. Vamos a continuar con una actividad que tiene por nombre “comunicación de vivencia”. Vamos a entregarles una hoja que contiene el desarrollo de la dinámica como es costumbre. Queremos que escriban un periodo concreto de su vida. Después, de acuerdo con las características de autoestima vistas en la sesión anterior cuáles predominan en relación con la percepción que ustedes tienen de sí mismas después de haber sido mastectomizadas. Tienen 20 minutos para realizar esta actividad”.

Las talleristas les preguntarán a las pacientes qué sintieron al recordar este periodo de su vida y cuál de las características bajas y normales anotaron con respecto a su mastectomía.

A continuación se proporciona la siguiente información:

“Situaciones que pueden resultar tan amenazantes como una cirugía y más como una cirugía tan radical favorece que ciertas características propias de la baja autoestima se instauren en nosotras. Si además, reconocemos que ésta nunca ha sido muy alta, pues probablemente, este tipo de eventos causen mayores y peores efectos sobre ella. Pero aún si nuestra autoestima ha sido siempre alta, los efectos de un cambio radical en nuestro cuerpo y en nuestra imagen, suelen causar un impacto negativo. Por esto, hemos querido enseñarles algunas estrategias para combatir estos efectos nocivos sobre nuestra autoestima”.

El primer paso es no idealizar a los demás. Esto hace referencia a no hacerse falsas ideas de ustedes mismas sino aceptarse tal y como son; evaluar sus cualidades y sus defectos. Cada una de ustedes va a hacer un listado de los aspectos positivos y negativos que poseen. Examinen los aspectos negativos que encontraron y generen alternativas a ellos. Por ejemplo: me veo fea sin un seno. La alternativa a

este ejemplo es no debo detenerme sobre este aspecto; soy hermosa por lo que soy, por mi personalidad, no por mis senos. Controlar los pensamientos, cambiar todos los pensamientos negativos que tienen sobre ustedes mismas por pensamientos positivos y valorativos, no buscar la aprobación de los demás sino que se consideren ustedes mismas como seres importantes y valorando sus condiciones, sus actividades y sintiéndose seguras, confiadas de lo que están haciendo. Afrontar el problema que se les presenta teniendo confianza en ustedes mismas, no aferrándose al problema sino buscándole solución al problema que se les está presentando haciéndole un análisis detallado a este para así tomar la mejor decisión; practicar nuevos comportamientos es decir, incluir en nuestro repertorio conductual conductas favorables y agradables que les ayuden a hacerle frente a cualquier situación en la que están padeciendo; aceptar su propio cuerpo es una de las claves más importantes ya que deben quererse, valorarse como son sin importar lo que les pase. Cuidar su salud; deben protegerse y defenderse de cualquier situación externa que les cause daño a nivel físico, emocional, conductual. Quererse a sí mismas, valorarse como personas íntegras, conocerse a sí mismas y sentirse seguras de quiénes son. Ser independientes, esto hace referencia a que no dependan de los demás sino a valorar sus propios medios dependiendo de la situación en la que se encuentran; auto examinar sus cualidades, defectos, actitudes, aptitudes, comportamientos y habilidades que poseen. Estas claves que les proporcionamos les ayudarán a mejorar su autoestima, y su calidad de vida y así obtener un bienestar consigo misma de tal manera que exista la posibilidad que no alcancen estos ideales. De ser así se sentirán con sentimientos

de inferioridad e ineficiencia y al contrario alcanza rlos disminuirá la ansiedad y logrará que tengan una buena autoestima, lo que les permitirá ser libres, creativas quererse a sí mismas y así hacerle frente al mundo externo que les rodea.

Cierre

Aprender a quererse a sí mismo es una tarea que tenemos todos lo seres humanos para lograr unos buenos niveles de calidad de vida. No es una tarea fácil pero sí enriquecedora y deseable. Por lo tanto, es necesario que practiquen en casa las diferentes claves para mejorar su autoestima o para fortalecerla si consideran que ya es alta. Pero es igualmente importante, que impulsen esa meta con el establecimiento de otras cuyo valor sea enorme para ustedes; para eso y para finalizar, es necesario que escriban en esta hoja, 3 metas a corto plazo, 3 metas a mediano plazo y 3 metas a largo plazo con respecto a su autoestima. Es decir, qué voy a hacer para quererme y reconocerme mi valor a corto, a mediano y a largo plazo. Ese es su motor, de ustedes depende alcanzar la meta.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de evaluación (anexo 17)

TALLER DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre del Taller: “Como expresar adecuadamente lo que pienso y siento”

Objetivo:

- Enseñar a los pacientes a expresar de manera asertiva sus sentimientos, pensamientos y

emociones relacionados con su mastectomía.

Duración: 2 Sesiones de 2 horas y 1 hora de duración.

Recursos

Humanos

- Diecisiete mujeres mastectomizadas, pacientes de la Clínica Vargas de Cartagena
- Cuatro talleristas, estudiantes de 10 semestre de la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar

Técnicos:

- Papel
- Papelógrafo
- 2 colchonetas
- Marcadores

Administrativos:

- Salón amplio
- Sillas cómodas

Desarrollo de la sesión:

Presentación y explicación del desarrollo del taller. Se inicia diciendo a las participantes

“Bienvenidas a este, nuestro último taller psicoeducativo. Hoy vamos a tratar el tema de las habilidades sociales y la importancia que tienen estas en cada una de nuestras vidas y la forma como influyen para comunicarnos en forma adecuada con las personas, ya sean familiares, amigos, vecinos, conocidos y desconocidos. Cabe destacar que estas habilidades se aprenden y que existen personas que carecen de ellas, quizás porque su medio, aspectos propios de la persona o situaciones experimentadas en su vida no han permitido que éstas se desarrollen, o que se presenten trayendo consigo dificultades tales como ansiedad, pensamientos negativos, temor a que estas personas conozcan cuáles son sus pensamientos y sentimientos creando en ellos malestar e incomodidad, rabia consigo mismo y frustración, entre otros.

Sería beneficioso que todas las personas manifestaremos

nuestros pensamientos y sentimientos de manera adecuada. A continuación, vamos a realizar unas actividades con el fin de aprender a expresarnos de manera asertiva con respecto a la condición de mujeres mastectomizadas”.

Luego de realizar esta introducción se les solicita a las participantes que en una hoja escriban una carta a su mejor amigo/a o a aquella persona en quien más confianza sientan (real o imaginario) en la que van a contarle qué cambios han tenido a nivel físico, a nivel de las relaciones interpersonales, en el estado de ánimo, qué creen que piensan las personas que conviven con ellas en relación con su condición, cómo es la comunicación que tienen con su familia, qué sienten. Tendrán 20 minutos para realizar esta actividad.

Después, las talleristas realizarán un juego de roles donde uno de ellos asumirá el rol de la pareja y la otra de paciente en el que recrearán las respuestas que ellas debieron considerar en su carta pero de manera poco asertiva. Luego, se retroalimenta sobre los aspectos de comunicación que manifestó el tallerista que hizo de paciente, aspectos de comunicación como: expresiones vagas, volumen, tono, voz temblorosa, hablar gritando, entonación, expresiones no verbales como: mirada, gestos, postura, no mirar al hablar, agresividad, insultos, etc.

Realizada la actividad por las participantes se les comunica que:

“ Los profesionales de la salud nos hemos preocupado notablemente por las mujeres mastectomizadas. Por lo tanto, con los estudios e investigaciones se ha encontrado que muchas mujeres mastectomizadas piensan, sienten y se comportan de la siguiente manera, claro está que algunas comparten iguales pensamientos, sentimientos y conductas, otras comparten en menor proporción tales aspectos, y en otros casos se han presentado que no comparten esto, debemos tener en cuenta que el ser humano, es diferente, no del otro, que vivimos la vida de diferente manera y que tenemos formas distintas de mirarla y asumirla; somos auténticos, e incomparables, dentro de lo que hemos observado se ha encontrado que, en general, las mujeres mastectomizadas piensan así:

“Yo no soy la misma”, “mi vida llegó hasta aquí”, “yo tengo la culpa”, “se acabará mi familia”, “todos tienen lástima de mi”, “mi marido ya no me quiere”, “no voy a tener relaciones sexuales con él”, “por qué no hice nada para evitar esto”, “estoy horrible”, “Dios me castigó”, “me están dando la oportunidad de vivir”, “gracias a Dios y a la ciencia puedo seguir viviendo”, “voy a luchar contra esta enfermedad por mis hijos”, “muchas mujeres no tienen esta oportunidad”, “tengo que aprovecharla”. Entre los sentimientos que pueden tener las mujeres mastectomizadas: rabia, sentimiento de culpa, sentimientos de soledad, frustración, vergüenza, miedo a la muerte. Las conductas que pueden manifestar son:

aislamiento, es decir suelen apartarse de su vida familiar, social, desvincularse del trabajo, presentar cambios en el estado de ánimo que suelen manifestarlo con cambios de conducta, irritabilidad, gritos, agresividad en las conversaciones que presenta con las personas que la rodean, suelen mostrarse irritables, no realizarse tratamientos o abandonarlos, no salir de casa, pasar todo el tiempo acostada, no hablar, presentan problemas en el dialogo con sus familiares y amigos, sus conversaciones suelen ser tensas ya que aseguran que la personas, piensan mal de ellas, creen que los demás le tiene lástima, muchas veces están a la defensiva. En muchos casos, las secuelas físicas, los problemas económicos pueden dificultar la adaptación a su vida cotidiana, ya que muchos factores influyen en la manera en que cada mujer viva el cáncer de mama y las consecuencias psicológicas y sociales que la acompañan, entre estos factores se destacan la personalidad previa y la forma que cada una afronte o resuelva los problemas”.

Se les sigue diciendo a las participantes lo siguiente con el fin de enfocar la actividad hacia la importancia del por qué es necesario aprender a expresar sentimientos y pensamientos de una manera adecuada.

“Es valioso y comprensible que nos comportemos de tal forma, pero debemos tener en cuenta que nosotros no estamos solos en el mundo y que necesitamos comunicarnos más con otros, pero es necesario que esta comunicación sea de la forma más adecuada y asertiva, ya que podemos hacerle daño a las demás personas, independientemente de cuál sea nuestra condición.

Es importante que la comunicación sea adecuada ya que esta, ayuda a que la información sea recibida y dada en forma clara, precisa y sin ningún tipo de dificultades con el único objetivo de las relaciones interpersonales sean las más positivas posible y que no lastimen ni al receptor ni al emisor, muchas veces las expresiones que hacemos ya sea en forma premeditada o no, lastimar a los demás y así mismo debilitar las relaciones interpersonales, el uso adecuado de la comunicación ayuda a que las personas se entiendan mutuamente y comprendan los sentimientos, pensamientos y conductas que realizan ustedes en su condición de mujeres mastectomizadas y así mismo podrán ustedes comprender cómo se siente y piensa su familia, amigos y personas allegadas y si esto no se aclara las personas piensan que cada una actúa así para hacerle daño, es más se dan cuenta que

éstas no tienen los pensamientos y sentimientos que aseguran tienen unos de otros. Por tal razón creemos necesario trabajar en este aspecto”.

Después de haberles informado lo anterior se realizará una actividad que consiste en expresar a las participantes la diferencia entre comunicación asertiva y una comunicación inadecuada por medio de una dramatización realizada por dos de los talleristas.

Se les dice a las participantes: “ Ahora nosotras vamos a recrear una escena y esperamos que todas estén atentas a todo lo que se hace y se dice”.

Escena: Es una mujer de 34 años se casó hace 5 años después de haber cumplido 2 años y 8 meses de casada le diagnosticaron cáncer de mama, el médico le informa que su cáncer puede ser tratado, que es necesario realizarle la mastectomía en su seno derecho con el fin de combatir la enfermedad. Desde que la mujer se enteró de su diagnóstico, después de habersele realizado la mastectomía hace ya un año, no acepta tener relaciones sexuales con su esposo a pesar de que éste le haya insistido tanto.

La mujer está sola en la habitación, son las 9:00 PM, el esposo llega y trata de darle un beso en la boca pero como siempre, ella lo esquiva y le dice “no seas hipócrita yo sé que lo haces es para hacerme sentir bien, no lo hagas yo entiendo que lo haces obligado”.

“Sara ya me tienes aburrido con la misma cantaleta te he explicado varias veces

que no es así ¡quédate con tu amargura!

Él le expresa con mucha rabia y le grita ¡ya estoy cansado de esta situación!

Ella le responde:

Tú me tienes lástima, yo sé que tú no me deseas yo sé que lo haces es por compromiso eso sí se te nota, es más yo tampoco te deseo (pensando ella afirma: yo sí te deseo). Tengo mucho miedo de que yo no despierte en ti lo que te despertaba antes de mi mastectomía.

Con mucha rabia Rafael le da la espalda y se duerme. Sara queda llorando durante horas.

Luego de realizar esta escena se le pregunta a las participantes los aspectos negativos que observaron en la escena, se les pregunta que harían ellas para tener una comunicación asertiva entre Sara y Rafael.

En la dramatización realizada los talleristas mostraron: gestos, indiferencia, tonos de voz demasiados altos, manoteos, tuvieron una postura inadecuada. Es necesario que las participantes tengan en cuenta todos estos aspectos claves que influyen en la comunicación asertiva:

Se les solicita a dos participantes que realicen la misma escena de la forma que ellas consideren es asertiva, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: No hacer gestos de rabia, moderar el tono y volumen de voz, qué se dirían para mejorar la relación.

Luego de que los participantes realicen la escena se refuerzan por aspectos positivos que tuvieron para mejorar la escena y se retroalimentan los aspectos negativos que se presentaron.

Luego de la intervención de los participantes los talleristas recrean ahora la escena que muestra la situación en forma asertiva:

La mujer está sola en la habitación son las 9:00 PM el esposo llega y trata de darle un beso en la boca a Sara ella lo esquiva y le dice: no seas hipócrita yo sé que lo haces para hacerme sentirme bien, no lo hagas yo entiendo que lo haces obligado” lo dice de la misma forma que la vez anterior.

Sara lo piensa por unos momentos y al recapacitar le dice a Rafael: Discúlpame por haberte tratado así durante todo este tiempo, lo que pasa es que desde que me diagnosticaron la enfermedad me he sentido muy mal, he pensado muchas cosas que quiero decirte para que me saques de dudas, quizás estoy equivocada pero es mejor decir las para evitar discusiones innecesarias entre nosotros y para que me ayudes a darle solución a mis inquietudes.

Tienes toda la razón Sara, talvés los dos estemos actuando de manera incorrecta. Es necesario que hablemos y expresemos nuestros sentimientos sin hacer mala cara y sin hacernos daño. Yo entiendo tu situación pero yo quiero que entiendas la mía, me da mucha rabia cuando tú piensas que yo te busco para hacer el amor porque siento lástima de ti, eso es totalmente absurdo ya que tú eres mi mujer, eres hermosa a pesar de que te

haga falta un seno, tu tienes cualidades, valores que me hicieron enamorarme de ti o es que si a mi me faltara una pierna tu ibas a dejar de quererme? Yo creo que no ¿verdad Sara?

Rafael yo siento tanto miedo, me da vergüenza que tú me veas, de verdad que no quiero sentirme así, deseo que me ayudes a superar todo esto. Claro que sí Sara, vamos a buscar ayuda profesional creo que los dos lo necesitamos.

Sabes Rafael me siento muy bien por haber hablado contigo, contarte todo lo que siento, me siento mucho mejor creo que es mejor que cada vez que hablemos lo hagamos sin insultos y sin rabia ya que nos hacemos daño, perdóname Rafael por haberte dicho que no te deseaba. Sí te deseo y mucho, yo soy una mujer y te necesito.

Se termina la escena y la tallerista afirma:

“No solamente podemos utilizar una comunicación asertiva en esta situación, esta es necesaria en todos los ámbitos de nuestras relaciones interpersonales, se necesita que cada una de ustedes ponga en práctica los elementos de la asertividad ya que ésta va a ayudarlas a tener una mejor calidad de vida con sus relaciones interpersonales.

Deseamos que tengan en claro que las habilidades sociales o la conducta asertiva se aprende y que ésta puede mejorar y ser utilizada en todos los contextos de nuestra vida y que es

necesaria para nuestro bienestar emocional, porque si las personas reprimen o se abstienen a expresar lo que piensan y sienten pueden presentar una serie de problemas los cuales no las ayudaría a sentirse bien consigo misma, ni con las demás personas”.

Posteriormente se les coloca la actividad para que estas practiquen conductas asertivas. Se les dice:

“Cada una de ustedes va a poner en práctica las herramientas dadas en este taller. Para la próxima sesión traerán como tarea explicación de una situación similar o parecida donde tengan que poner en práctica lo visto, lo describirán en papel colocaran como llevaron a cabo tal situación y qué hicieron para que esta se diera de una forma asertiva”.

SEGUNDA SESIÓN

Duración: 1 hora

Durante esta sesión, las participantes mencionarán cuáles fueron las dificultades que encontraron al desarrollar las conductas asertivas.

En segundo lugar, se les pide que cada una de ellas mencione una situación en la que con frecuencia le cueste trabajo ser asertiva. Los talleristas se encargarán de darle estrategias de solución.

Al finalizar la sesión se les recordarán algunas pautas básicas para la comunicación efectiva: (1) Analizar y discriminar cómo, cuándo y dónde dar la información. (2) Definir el problema (qué es lo que quiero arreglar o manifestar). (3) Expresarlo de manera clara, sin rodeos, sin reiterar en el pasado, solo haciendo énfasis en el presente y en el suceso vivido, en voz suave, clara, evitando alzar la voz o gritar, sin acusaciones y especialmente, enviando mensajes YO. (4) Proponer soluciones y (5) cerrar el tema tras haber encontrado la solución con la que los dos se sientan conformes.

Cierre

Con este taller hemos terminado nuestro programa de talleres psicoeducativos. Esperamos, no solamente que hayan pasado ratos tan agradables como nosotras, sino que hayan aprendido tanto de estos como nosotras. Gracias por permitirnos compartir nuestro conocimiento con ustedes, por escucharnos y por participar. Gracias por su presencia y esperamos sinceramente, que estos conocimientos sean empleados en cada uno de los momentos de sus vidas y les traigan verdaderos beneficios”.

Evaluación

Se solicita a las participantes que antes de salir, diligencien los formatos de

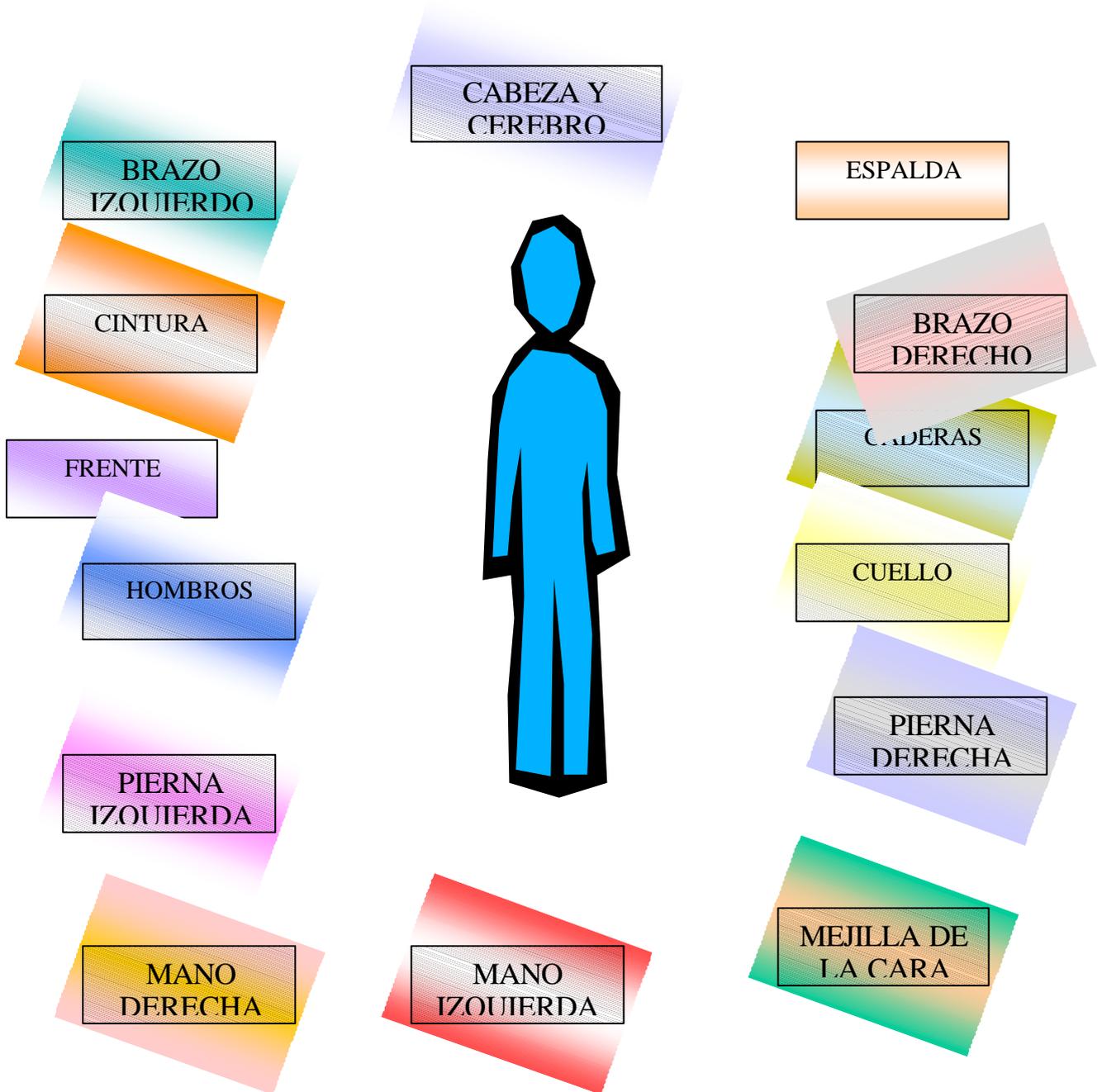
evaluación (anexo 17)

ANEXO 1

ACTIVIDAD

SESION 1 – TALLER DE RELAJACIÓN Y RESPIRACION

Dibujo de la silueta humana, con las tarjetas de cartulina que contienen los nombres de los lugares en donde se acumula la tensión muscular.



ANEXO 2

ACTIVIDAD

AUTOREGISTRO PARA IDENTIFICAR LUGAR DE LA TENSIÓN MUSCULAR
1 SESIÓN- TALLER DE RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

NOMBRE DE LA ZONA DE TENSIÓN MUSCULAR	SITUACIÓN ANTE LA CUAL SE PRESENTA

ANEXO 4

AUTOREGISTRO PARA LA PRÁCTICA DE LA RELAJACIÓN

NOMBRE _____

SEMANA _____ DE 200 _____

Cada vez que se relaje, anote en este registro la tensión que ha experimentado antes y después de practicar la relajación. Para evaluarlo, utilice la siguiente escala:

1 nada de tensión 2 algo de tensión 3 bastante tensión 4 mucha tensión 5 muchísima tensión

	ANTES DE LA RELAJACIÓN	DESPUÉS DE LA RELAJACIÓN	OBSERVACIONES
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			

ANEXO 5

FOLLETO INFORMATIVO PARA LA PRÁCTICA DE RESPIRACIÓN EN CASA

PARA RECORDAR.....

PRÁCTICA DE RESPIRACIÓN EN CASA

1. *ejercicio: inspiración abdominal:*
coloque una mano encima del ombligo (abdomen) , y la otra encima de su estómago. Si realiza el ejercicio correctamente debe percibir movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no la del estómago.
2. *ejercicio: inspiración abdominal y ventral:*
situarse en la posición del ejercicio anterior y, una vez que haya llenado la parte inferior de sus pulmones, debe llenar también la zona media. Ahora se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la mano situada en el vientre.
3. *ejercicio: inspiración abdominal, ventral y costal:*
una vez colocada en la posición del ejercicio anterior, debe respirar marcando tres tiempos en su inspiración: llenando de aire primero la zona del abdomen, luego el estómago y por último la del pecho.
4. *ejercicio: espiración:*
mantenerse en la postura de entrenamiento, realizar una inspiración completa tal y como se indica en el ejercicio 3. Después, para espirar, se cierran bastante los labios de forma que se produzca un fuerte resoplido del aire al salir, provocando así una espiración pausada y controlada. El ruido que produce el aire es un indicador para usted sobre si está realizando correctamente el ejercicio. Levante un poco los hombros para ayudar a exhalar el aire de la zona superior de los pulmones.
5. *ejercicio: ritmo inspiración-espiración:*
Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se realiza de forma continua y sin marcar los tres tiempos. La espiración también es semejante a la del ejercicio anterior aunque poco a poco debe hacerlo de forma más silenciosa.
6. *ejercicio: sobre generalización:*
Para ello, se van repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de practica. Primero se van cambiando las posiciones: sentado, de pie, andando, etc. También se alteran otras condiciones como por ejemplo, tener los ojos abiertos, realizar otra tarea de forma simultanea, etc. Finalmente modificamos las condiciones ambientales: ruidos, presencia de otras personas, etc.

ANEXO 6

CUADRO ABC
ACTIVIDAD EXPLICACIÓN DEL MODELO
1 SESIÓN - TALLER ESTRATEGIAS DE INTERPRETACIÓN DE UN
ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE

A ACONTECIMIENTO	B CREENCIAS	C CONSECUENCIAS (Emocionales y conductuales)	D ALTERNATIVAS RACIONALES

ANEXO 7

EJEMPLO ALTERNATIVO PARA EL DESARROLLO DEL TALLER
DE ESTRATEGIAS DE INTERPRETACIÓN DE UN
ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE

A ACONTECIMIENTO	B CREENCIAS	C CONSECUENCIAS (Emocionales y conductuales)	D ALTERNATIVAS RACIONALES
Debo ponerme un vestido de baño para bañarme con mis hijos en el mar	Me voy a ver horrible, deforme.	Tristeza, nostalgia, mal genio, decido quedarme en casa y no ir con mis hijos al mar	Mientras puedo conseguir una prótesis, voy a ponerme este pareo o bata encima y voy a utilizar un relleno de los que utilizo diariamente.

ANEXO 8

ACTIVIDAD
CUADRO ABC

2 SESIÓN - TALLER ESTRATEGIAS DE INTERPRETACIÓN DE UN
ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE

A ACONTECIMIENTO	B CREENCIA	C CONSECUENCIA
“Se rompe un jarrón”		
“Se rompe un espejo”		

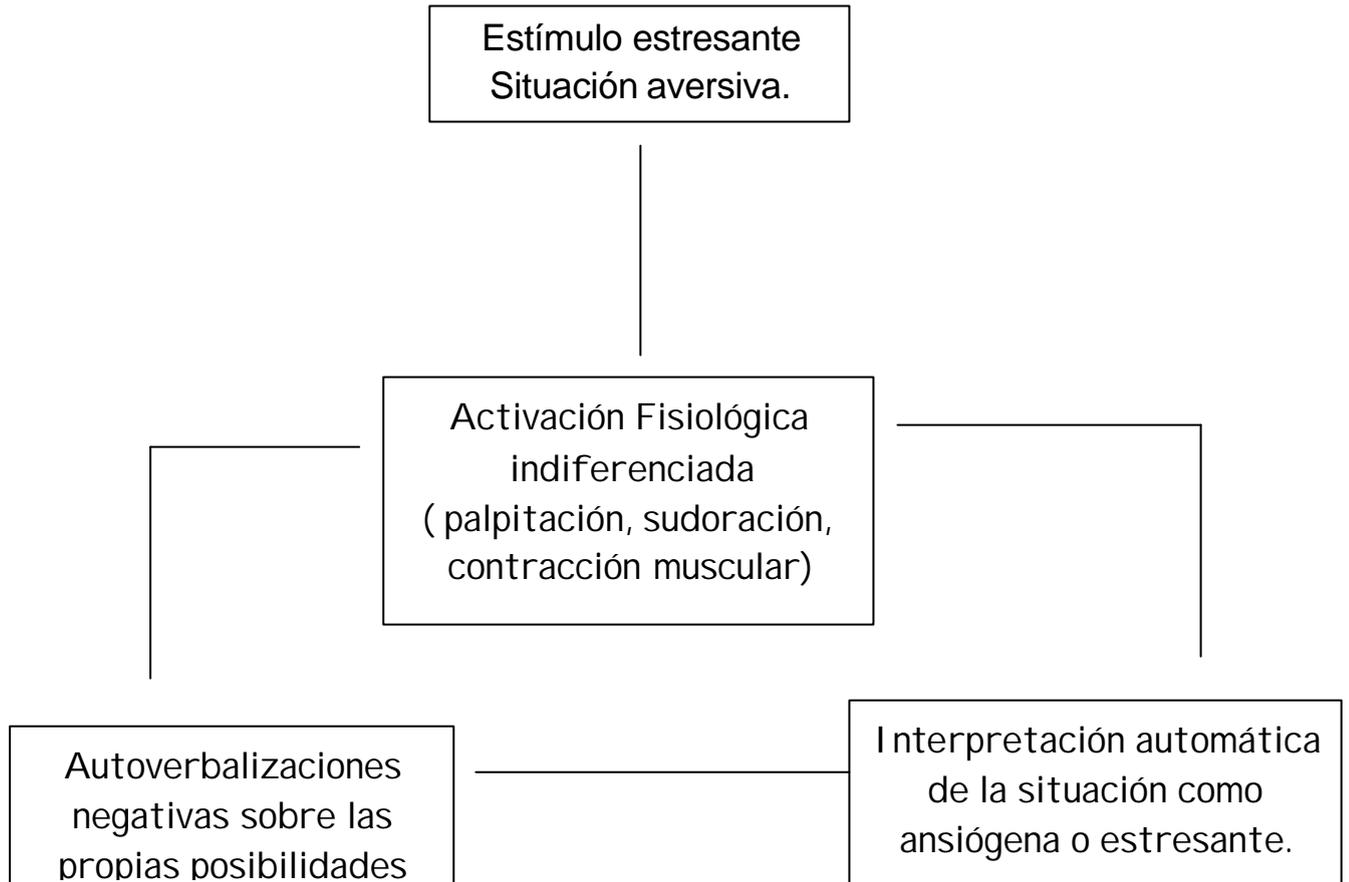
ANEXO 9

ACTIVIDAD
2 SESIÓN – TALLER ESTRATEGIAS DE INTERPRETACIÓN
DE UN ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE

CREENCIAS (DESADAPTATIVAS)	ALTERNATIVAS (ADAPTATIVAS)

ANEXO 10

ILUSTRACIÓN MODELO EXPLICATIVO SOBRE LA GENERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS RESPUESTAS DE ESTRÉS



ANEXO 11

ACTIVIDAD
REGISTRO PARA IDENTIFICAR SITUACIONES QUE CAUSAN ESTRÉS
1 SESIÓN TALLER DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

SITUACIÓN	RESPUESTAS FISIOLÓGICAS	PENSAMIENTOS	CONDUCTAS

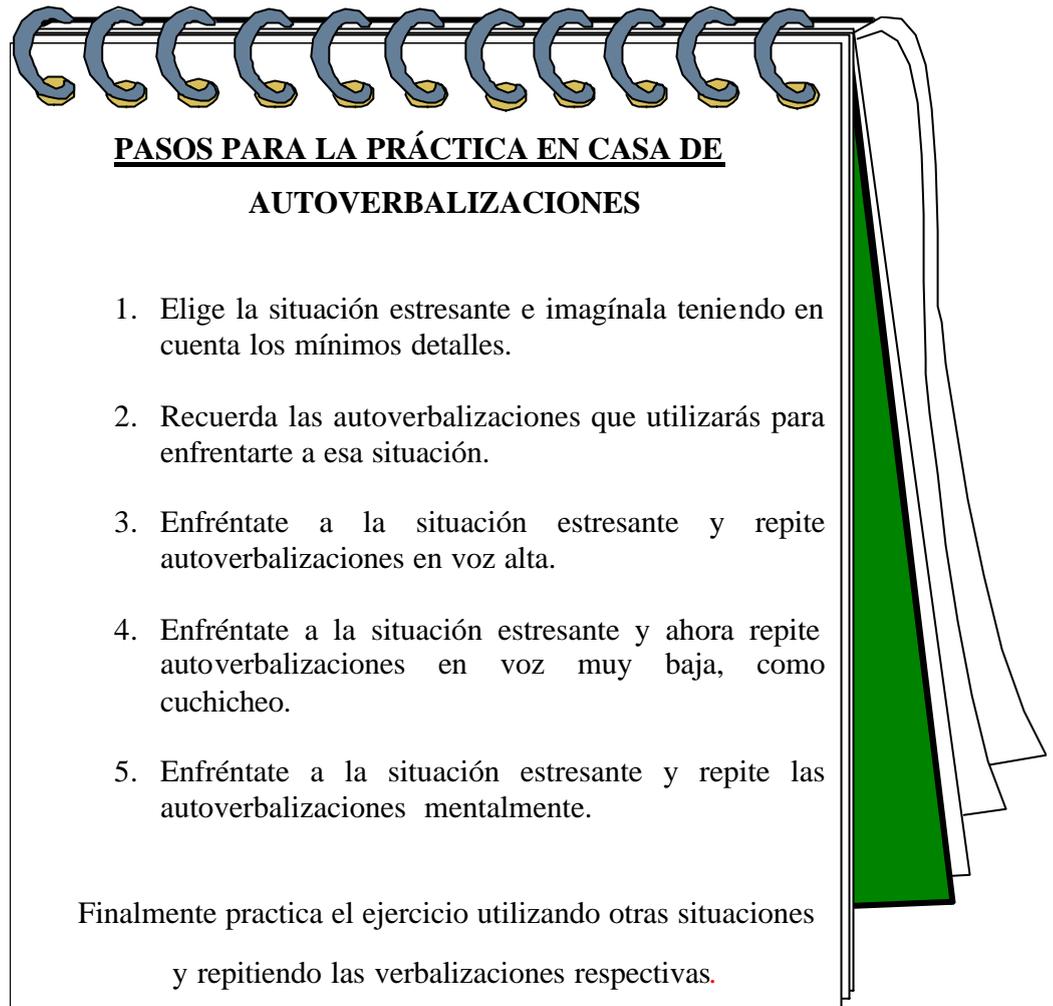
ANEXO 12

CUADRO DE LOS PASOS DEL ENTRENAMIENTO PARA EL USO DE
AUTO INSTRUCCIONES
2 SESION- TALLER HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

PASOS	INSTRUCCIONES
I. MODELADO	La participante presta atención y aprende por observación cómo enfrentarse a la situación estresante.
II. GUÍA EXTERNA EN VOZ ALTA	La participante se enfrenta a la situación estresante siguiendo las instrucciones del terapeuta.
III. AUTOINSTRUCCIONES EN VOZ ALTA	La paciente se enfrenta a la situación estresante, a la vez que se autoverbaliza en voz alta.
IV. AUTOINSTRUCCIONES EN VOZ MUY BAJA	La paciente se enfrenta a la situación estresante a la vez que se auto dirige pero esta vez en voz muy baja (como cuchicheo).
V. AUTOINSTRUCCIONES ENCUBIERTAS	La paciente se enfrenta a la situación estresante guiando su comportamiento en esta ocasión a través de autoverbalizaciones encubiertas.

ANEXO 13

CARPETA INFORMATIVA PARA EJERCICIOS DE AUTOVERBALIZACIÓN DE
LA PRÁCTICA EN CASA
2 SESION – TALLER DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO



ANEXO 14

TALLER DE AUTOESIMA
DINÁMICA: QUIEN SOY YO

DURACIÓN: 30 MINUTOS

PRIMERA PARTE

REFLEXIÓN:

“La vida merece vivirse, pero solo viven los que luchan, los que saben, los que quieren ser”.

Te invitamos a reflexionar durante los próximos 5 minutos en esta frase

SEGUNDA PARTE

Contesta las siguientes preguntas:

1. QUIÉN SOY: (escribe cómo crees que eres tú, enumera todos tus valores, cualidades, habilidades, fortalezas así como tus debilidades y defectos)
2. QUIÉN QUIERO SER: (escribe qué pretendes en la vida, cuáles son tus metas, tus ilusiones y objetivos.)
3. CÓMO ACTÚO: (qué haces para llegar a ser lo que quieres ser en los diferentes contextos familiares, trabajo y amigos)

ANEXO 16

TALLER DE UTOESTIMA

TAREA

Explicación: en la primera columna va a anotar las características que presente de autoestima baja y en la segunda las características que presente de autoestima alta. Al terminar esta actividad se dará cuenta en qué nivel de autoestima se encuentra.

CARACTERÍSTICAS DE AUTOESTIMA BAJA	CARACTERÍSTICAS DE AUTOESTIMA ALTA

ANEXO 17

TALLER DE AUTOESTIMA
COMUNICACIÓN DE VIVENCIAS

Duración: 20 minutos

Escriba en un periodo concreto de su vida las características de baja y buena autoestima que predominaron en su condición de mastectomizadas. Anotando diferentes alternativas positivas a esta situación.

ANEXO 18

FORMATO DE EVALUACIÓN

A continuación usted encontrará algunas preguntas que nos permitirán conocer su opinión acerca del taller realizado en el día de hoy. Para nosotras es muy importante el mejoramiento continuo y su opinión es de gran valor para lograrlo y poderles ofrecer la mayor calidad en cada una de las siguientes sesiones. Agradecemos de antemano su colaboración y sinceridad en la respuesta a estas preguntas que son de carácter absolutamente **anónimo** y **confidencial**.

NOMBRE DEL TALLER: _____

FECHA: _____

EVALUACIÓN DEL TALLER DESARROLLADO

1. ¿ Qué fue lo que mas le gustó del taller?

2. ¿ Qué fue lo que menos le gusto del taller?

3. ¿Qué aspectos le mejoraría al taller?

4. ¿De los temas abordados en el taller, cuáles fueron de su mayor interés?

EVALUACIÓN A LAS TALLERISTAS:

Por favor, marque con una X su calificación de acuerdo con su opinión personal, escogiendo una de las opciones dadas en las columnas de la derecha

De la(s) tallerista(s) califique:	Excelente	Bueno	Regular	Mal	Muy mal
1. la presentación personal					
2. Manejo del tema					
3. Las habilidades de exposición					
4. El manejo del grupo					

Mencione otros temas de su interés que le gustaría fueran trabajados en próximos talleres

¡MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN!