

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del 3
de Abril de 1981



“NUTRIENDO ALMAS: TALLER DE AUTOESTIMA E IMAGEN
CORPORAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA A
TRAVÉS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA”

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN DESARROLLO HUMANO

Presenta

CAROLINA GUTIERREZ SCHIAVON

Director: Dra. Teresa Ochoa Rivera

Lectores: Dra. Graciela del Carmen del Sagrado

Corazón Galindo Orozco

Dr. Antonio Tena Suck

ÍNDICE

Resumen	6
1. Justificación y Antecedentes	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Justificación	8
1.3 Relevancia social	9
1.4 Implicación personal	9
2. Planteamiento del problema	11
3. Marco Teórico	12
3.1 Bienestar psicológico y cáncer de mama	12
3.2 Mastectomía y su implicación en la salud emocional de las pacientes	13
3.3 La autoestima en mujeres con cáncer de mama	14
3.4 La imagen corporal en mujeres con cáncer de mama	15
3.5 El papel de la quimioterapia en la afección de la autoestima e imagen corporal	16
3.6 Antecedentes en México	17
3.7 El Enfoque Centrado en la Persona	18
4. Soluciones plausibles	20
5. Objetivos	21
6. Metodología	22
6.1 Tipo de muestreo	22
6.2 Características de las participantes	22
6.3 Diagrama de flujo metodológico	23
6.3.1 Investigación sobre el tema base del estudio de caso	23
6.3.2 Campaña de reclutamiento de las pacientes	23
6.3.3 Firma del consentimiento informado y entrevistas iniciales a las pacientes	23
6.3.4 Taller Nutriendo Almas	24
6.3.5 Cierre del taller	25
6.3.6 Resultados y análisis de resultados	26
6.3.7 Redacción de conclusiones	26
7. Resultados	27
7.1 Datos generales de las participantes	27
7.2 Datos médicos de las participantes	27
7.3 Resultados Escala de Rosenberg	28
7.4 Resultados por sesiones	29
7.4.1 Entrevista Inicial	29
7.4.2 Sesión1; Autoestima “Mi	29

cuerpo”	
7.4.3 Sesión 2: Autoestima Emocional “Viajando en el tiempo”	30
7.4.4 Sesión 3: Autoestima física “Manos a la obra”	31
7.4.5 Sesión 4: Imagen corporal “Elaboración de prótesis de mama con semillas de mijo blanco”	33
7.4.6 Sesión 5: Imagen corporal “Los jarrones”	34
7.4.7 Entrevista final	35
7.5 Resultados en grupo	37
7.6 Resultados individuales de las participantes	37
7.6.1 Participante 1	37
7.6.2 Participante 2	38
7.6.3 Participante 3	39
7.6.4 Participante 4	40
7.6.5 Participante 5	42
8. Análisis y discusión de resultados	44
8.1 Análisis cuantitativo	44
8.2 Análisis cualitativo	45
8.3 Alcances y limitaciones	48
9. Conclusiones	50
10. Recomendaciones	52
Referencias	54

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Cartel utilizado para la convocatoria de las participantes	57
Anexo 2: Carta consentimiento informado	58
Anexo 3: Cuestionario datos generales y médicos	59
Anexo 4: Escala de Rosenberg aplicada	60
Anexo 5: Interpretación de la escala de Rosenberg	61
Anexo 6: Cartas descriptivas	62
Anexo 7: Fotografías sesión 5	70

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos generales de las participantes	27
Tabla 2: Datos médicos de las participantes	27
Tabla 3: Resultados de la escala de Rosenberg	28

RESUMEN

Introducción: Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tienen una alta esperanza de supervivencia a la enfermedad, no obstante estudios realizados en países como Colombia, Brasil y España revelan que las secuelas que puede dejar el tratamiento y la enfermedad en las mujeres sobrevivientes afectan su calidad de vida de manera significativa, siendo la autoestima y la imagen corporal dos de las áreas más afectadas. En México son escasos los estudios con respecto a este tema. **Objetivo:** Evaluar el impacto del taller de autoestima e imagen corporal a través del Enfoque Centrado en la Persona en mujeres con cáncer de mama. **Metodología:** Se impartió un taller de autoestima e imagen corporal, manejando tres condiciones básicas del Enfoque Centrado en la Persona; empatía, escucha activa y aceptación positiva. **Resultados:** Las mujeres que participaron en el taller aumentaron su nivel de autoestima y re significaron su imagen corporal a través de la experiencia en el Enfoque Centrado en la Persona de acuerdo a la evaluación cuantitativa y cualitativa. **Conclusiones:** Este tipo de intervenciones ayudan a mejorar la calidad de vida de las mujeres que sobreviven al cáncer de mama a través de mejorar su autoestima e imagen corporal.

NUTRIENDO ALMAS: TALLER DE AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA A TRAVÉS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

1. Justificación y Antecedentes

1.1 Antecedentes

Existen 28 tipos de cáncer en 184 países del mundo. Los cánceres más comunes son los de pulmón, mama, colon y recto. El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, esto se ha asociado al incremento de la esperanza de vida, la urbanización y el cambio en el estilo de vida (OMS, 2014).

En 2013 1.7 millones de mujeres alrededor del mundo fueron diagnosticadas con cáncer de mama y 6.3 millones de mujeres vivas que habían sido diagnosticadas con cáncer en los 5 años anteriores. Se ha diagnosticado en 140 países de los 184 países del mundo y es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres hispanas/latinas. La mortalidad por esta enfermedad ha aumentado 14% desde 2008 (GLOBOCAN, 2014).

En México el cáncer de mama se ha incrementado en la última década así como su porcentaje de mortalidad, además de que cada vez mujeres más jóvenes enfrentan este cáncer por lo cual en la Norma Mexicana 041 para la prevención, diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica de cáncer de mama se ha modificado para que a partir de los 40 años la mastografía sea un estudio obligatorio de rutina (SS, 2010).

El Distrito Federal es la entidad con mayor prevalencia de cáncer de mama sin embargo Chihuahua es el estado con la mayor tasa de mortalidad por neoplasias mamarias. En México la edad de mayor riesgo es de 60-64 años con 46% seguido de 45-49 años con 35% y el de menor riesgo con solo 10% de prevalencia es de 25-44 años (INEGI, 2012). Es decir, cáncer de mama en México afecta a mujeres adultas de todas las edades y niveles de ingreso económico. Sin embargo no se cuenta con una base de datos confiables a nivel nacional de prevalencia e incidencia por la ausencia de registro por cáncer (Knaul, Nigenda, Lozano, Langer, & Frenk, 2009).

Por otra parte el cáncer de mama es el cáncer más común en mujeres embarazadas y en puerperio, diagnosticándose 13 casos por cada 100.000 embarazos (GLOBOCAN, 2014).

A nivel mundial el cáncer de mama también es el principal cáncer con la mayor tasa de esperanza de supervivencia, la cual depende de un diagnóstico temprano y de un tratamiento multifactorial, en el cual el procedimiento quirúrgico tiene un peso significativo para la recuperación de la paciente, permitiendo prolongar su vida de 15-18 años promedio posterior al diagnóstico oportuno (OMS, 2014).

1.2 Justificación

En estudios hechos en países como España (Rincón, 2012) ó Brasil (Oliveira, 2012), se ha demostrado que las pacientes que son diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama, muestran cambios en su salud psicológica (depresión) y emocional (baja autoestima) importantes, lo cual afecta el nivel de adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

En México no se han realizado estudios similares en donde se evalúen la autoestima e imagen corporal de las pacientes como en Brasil, Colombia y España en los cuales se ha encontrado que estos componentes se ven deteriorados tanto por el diagnóstico como por los tratamientos a los cuales la paciente debe ser sometida; intervención quirúrgica, quimioterapia, radioterapia y tratamiento coadyuvantes.

La importancia de llevar a cabo el presente estudio es identificar si la autoestima e imagen corporal se ve afectada de igual manera en mujeres mexicanas y a partir de ello proponer intervenciones que permitan el reforzamiento de estos componentes que impactan de manera significativa la calidad de vida de la paciente, ya que en nuestro país 1 de cada 20 mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama.

Además de sentar un precedente para siguientes estudios con respecto al impacto emocional que tiene la enfermedad y las posibles estrategias a seguir.

1.3 Relevancia social

Datos internacionales nos indican que cada año se diagnostican 39 mujeres con cáncer de mama por cada 100,000 y que el 80% tiene una alta tasa de supervivencia si es diagnosticada a tiempo en estadio 1-2 (WHO, 2014).

En México la tasa de prevalencia (11.4%) se ha incrementado 1.5 % anualmente en la última década y la esperanza de vida después de la enfermedad es importante sobre todo en el Distrito Federal (8-15 años) por lo cual tenemos una población de mujeres sobrevivientes con cáncer de mama con secuelas no solo físicas y emocionales (baja autoestima y una imagen corporal distorsionada), sino también un número de familias no determinado afectadas indirectamente por esta situación (GLOBOCAN, 2014). Por lo cual se requiere que el tratamiento de cáncer de mama sea integral, que no solo cumpla la parte física sino también emocional para que la calidad de vida de estas mujeres sea mejor una vez controlada la enfermedad.

Por lo anterior el desarrollar un taller que aborde la autoestima e imagen corporal utilizando herramientas del Desarrollo Humano a partir del eje del Enfoque Centrado en la Persona (ECP) permite abordar dos de los principales componentes afectados por el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, permitiendo mejorar la calidad de vida durante los años de vida posteriores (15-18 años) al diagnóstico de la enfermedad.

1.4 Implicación personal

La que suscribe el presente estudio de caso ha trabajado desde su egreso como licenciada en nutrición y ciencia de los alimentos con pacientes con cáncer de diversos tipos, encontrando en mi experiencia que las mujeres con cáncer de mama son las pacientes con mejor pronóstico de supervivencia a la enfermedad, sin embargo son quienes menos se adhieren al tratamiento de seguimiento debido a cuestiones emocionales derivadas del mismo, por lo cual una de mis inquietudes es encontrar la manera en la cual a través de mi profesión pueda lograr que estas mujeres puedan trabajar dos de los principales componentes que afectan su salud emocional;

autoestima e imagen corporal y contribuir a mejorar su calidad de vida una vez que se controla la enfermedad.

Finalmente aunque no cuento aparentemente con factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama y no tengo casos cercanos, me gustaría aportar un granito de arena para enriquecer el tratamiento de esta enfermedad por todas aquellas pacientes que me enseñaron que el tratamiento contra esta enfermedad no debe ser solamente clínico sino también emocional, para lo cual es necesario desarrollar nuevas estrategias y herramientas, las cuales busco descubrir en este estudio de caso.

2. Planteamiento del problema

En la delegación Álvaro Obregón, de acuerdo al centro de salud Dr. Eduardo Jenner se cuenta con un número de 254 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, aunque se proyecta que hay cierto porcentaje de pacientes que desconoce su diagnóstico debido a condiciones culturales y escasez de recursos (Secretaría de Salud, 2014).

En dicha delegación se encuentra La casa Ernesto Meneses la cual es una fundación que busca el Desarrollo Humano por medio de actividades educativas, sociales y de salud para la comunidad del pueblo de Santa Fe (Meneses, 2011).

En La Casa Ernesto Meneses se abordó a un grupo de 5 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, quienes habían sido sometidas a una mastectomía parcial en un periodo menor a 2 meses, posterior a la cirugía las mujeres iniciaron un tratamiento coadyuvante de quimioterapia para eliminar el total de células cancerígenas y evitar así la propagación del cáncer a otros órganos y el crecimiento de un nuevo tumor.

Al hacer el diagnóstico de la población por medio de una entrevista inicial estructurada y la escala de Rosenberg para determinar el nivel de autoestima y la imagen corporal de las participantes se determinó que ambos componentes se vieron afectados a partir del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y que esto estaba afectando no solo se adherencia al tratamiento sino también su entorno familiar y calidad de vida.

Por lo anterior y al conocerse que estas mujeres tienen una esperanza de vida de al menos 15 años posterior a su diagnóstico, se diseñó un taller para abordar la autoestima e imagen corporal tomando como eje las tres condiciones básicas del ECP; empatía, escucha activa y aceptación positiva, para mejorar su calidad de vida durante estos años.

3. Marco Teórico

3.1 Bienestar psicológico y cáncer de mama

La prevalencia de cáncer de mama ha aumentado en la sociedad contemporánea, debido entre otras cosas al aumento de la esperanza de vida en la mujer, la urbanización y el cambio que ha sufrido el estilo de vida, Actualmente en el mundo el cáncer de mama ocupa el segundo lugar de todos los canceres y es el de mayor prevalencia en mujeres. En nuestro país muestra la más alta incidencia de cáncer en la población femenina de 40 y más años de edad (INEGI, 2012).

Esta enfermedad ha merecido la atención debido a que los mecanismos psicológicos de ajuste que se desencadenan en el proceso de afrontamiento a la misma; negación y desesperanza, afectan la calidad de vida de la paciente y su apego al tratamiento (Varela & Alonso, 2011). Como menciona García la persona feliz es aquella que cuenta con un temperamento positivo, con tendencia a ver lo favorable de las cosas y que no reniega demasiado de los eventos malos, tiene confidentes y amigos y posee los recursos adecuados para encaminarse al logro de sus metas significativas y por ende puede afrontar situaciones de estrés favorablemente (García & González, 2007).

Sin embargo se ha encontrado que las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida; familiar, la relación de pareja, la laboral y social, afectando su nivel de felicidad. Además de que el impacto emocional de la enfermedad encuentra su origen en creencias, motivaciones y afrontamientos (García & González, 2007). Los trastornos que aquejan a las mujeres con cáncer de mama usualmente incluyen: ansiedad, depresión, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Borbón & Beato, 2002). Además de una constante preocupación de la transmisión hereditaria de la enfermedad en hijos, de miedo a la muerte y temas relacionados con el trabajo, (García & González, 2007). cambios en la interacción social, un desequilibrio espiritual, incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia que tendrá el diagnóstico (Borbón & Beato, 2002). Todo esto afectando su equilibrio emocional y calidad de vida durante y después del tratamiento.

3.2 Mastectomía y su implicación en la salud emocional de las pacientes

La mastectomía es uno de los factores que más influyen en el desequilibrio emocional de las mujeres con cáncer de mama. Este consiste en la extirpación de uno o ambos senos para evitar la propagación de células cancerígenas y es utilizado en el 90% de las pacientes, trayendo como consecuencia el deterioro de la autoestima debido a la alta relación que tiene el seno con el estereotipo cultural de sexualidad, maternidad y feminidad de la mujer en Latinoamérica (García, González, González, & Cantero, 2010).

Por otra parte la mastectomía también es considerada una intervención quirúrgica traumatizante por las pacientes, ya que tiene una representación simbólica muy fuerte de agresión ocasionando que después de la pérdida del seno la paciente sufra de sentimientos que afecten su identidad femenina (Macedo & Santana, 2007).

Sin embargo los autores de estos estudios coinciden en señalar que los sufrimientos psicológicos después de la mastectomía dependerán de la edad, entorno familiar, laboral y social y de las características de la personalidad y también de la estrategia que se utilice para afrontar el estrés de la enfermedad (Borbón & Beato, 2002).

Esto tiene que ver con la importancia simbólica que se le ha dado al seno femenino, Danilla y colaboradores encontraron en un estudio hecho en 46 mujeres chilenas con cáncer de mama que después de una reconstrucción mamaria mejoró un 30% su imagen corporal y un 4.3% su percepción sexual (medido a través de la prueba Breast Q) (Danilla, Cuevas, Calderón, & Vergara, 2014).

En México Marie Knaul paciente con cáncer de mama reporta que la reconstrucción de su seno fue clave para su salud mental, sin embargo aspectos como la sexualidad y su identidad fueron afectados, incluyendo la disminución de la sensibilidad de su seno. (Knaul, Nigenda, Lozano, Langer, & Frenk, 2009) Al respecto se ha visto que las pacientes que han tenido una cirugía reconstructiva presentan menor deterioro en la imagen corporal que una mujer que ha sido mastectomizada (Rincón, Pérez, Borda, & Martín, 2012).

Investigaciones han encontrado que las pacientes con reconstrucción mamaria presentan un incremento significativo en su autoestima y un menor deterioro de la imagen corporal (Rincón, Pérez, Borda, & Martín, 2012). La paciente con mastectomía pasa un proceso de sufrimiento, sentimiento de abandono, impotencia, ansiedad y depresión que se puede resolver con el apoyo de los familiares y las personas que intervienen en el tratamiento. Después de una mastectomía radical las pacientes que reportaron niveles elevados de ansiedad y depresión tuvieron una menor adhesión al tratamiento post quirúrgico (Frinck & Forero, 2011).

En otro estudio se encontró que la mastectomía es la opción terapéutica que mayor deterioro causa en la imagen corporal y la quimioterapia la que causa mayor deterioro en la calidad de vida (Rincón, Pérez, Borda, & Martín, 2012).

3.3 La autoestima en mujeres con cáncer de mama

La autoestima es otro aspecto del auto concepto, se refiere a un sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (González, 2010).

En las pacientes con cáncer de mama esto se ve afectado debido a varios factores:

- La mastectomía: El pecho de una mujer en las sociedades occidentales está relacionado con el atractivo físico y muy valorado en el contexto sexual, además de ser una representación de la maternidad. Incluso para algunas mujeres la pérdida del seno representa renunciar a la posibilidad de tener hijos (Sebatían, Manos, Bueno, & Mateos, 2007).
- Pérdida de cabello: se ha encontrado que las pacientes que experimentan pérdida total de cabello y utilizan pelucas elaboradas con su mismo cabello antes de la caída total, no sienten armonía o congruencia del mismo con su estado físico (Knaul, 2009).
- El impacto en la vida sexual: La quimioterapia o terapias hormonales pueden disminuir la libido y causar sequedad vaginal por lo que a menudo la actividad sexual de las mujeres también se ve afectada, lo cual repercute en su autoestima física y emocional (Sebatían, Manos, Bueno, & Mateos, 2007).

3.4 La imagen corporal en mujeres con cáncer de mama

La imagen corporal es el constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo (Sebatían, Manos, Bueno, & Mateos, 2007). Este constructo se ve afectado por varios factores en una mujer con cáncer de mama puesto que se significa la configuración que hace de su cuerpo en su mente. Por lo cual se acredita que la pérdida de una o ambas mamas resulta en una imagen corporal alterada (Macedo & Santana, 2007). Otros autores como Macedo concluyen después de su investigación que la pérdida de una mama afecta profundamente a la mujer ya que se le ha dado un significado de feminidad, maternidad, sexualidad y de estética (Macedo & Santana, 2007).

La imagen corporal se ve influenciada además porque en las diferentes culturas el cuerpo humano y cada una de sus partes poseen una determinada connotación, en el caso de la mujer occidental las mamas han constituido generalmente una parte importante de su belleza física, un símbolo de sexualidad y una de las zonas erógenas más importante, además de ser una representación de la maternidad ya que las glándulas son el medio de alimentación madre-hijo (García & González, 2007).

En la cultura occidental la mama ejerce un papel muy significativo, la mastectomía puede resultar en pérdida del apetito sexual, sensación de una desfiguración corporal, angustia y temor de cómo comportarse (Macedo & Santana, 2007). En nuestra sociedad la estética de la mama está sobrevalorada como símbolo de la feminidad y como parte de la vida sexual de la mujer y su identidad corporal.

Según el relato de Marie Knaul podemos encontrar que las mujeres asocian que su anterior forma de vestir ya no es apropiada debido a la mastectomía, pérdida de cabello y a las molestias de la quimioterapia. (Knaul, 2009). Lo cual tiene un impacto en el concepto que la mujer tiene de sí misma.

Finalmente se ha encontrado que hay una necesidad de generar una nueva imagen corporal a partir de la nueva realidad, que esté acorde al cuerpo que tienen ahora e integrar todo lo que su cuerpo y alma han vivido durante el tratamiento (Knaul, 2009).

El hecho de una nueva imagen corporal es una representación mental que se construye a partir de la interpretación que se da al reflejo de un cuerpo frente al espejo, un cuerpo lleno de significados contruidos de las experiencias diarias y el estudio de estos significados es indispensable para poder trabajar el grado de estrés en mujeres con cáncer de mama que puede derivar en ansiedad, síntomas depresivos, disminución de la libido, problemas físicos, problemas sociales y financieros (Oliveira, Batanho, Cabello, & Kakuda, 2012).

3.5 El papel de la quimioterapia en la afección de la autoestima e imagen corporal

El tratamiento quimioterapéutico comprende fármacos como las antraciclinas, de las cuales la doxorubicina es la más utilizada y la principal causante de los efectos secundarios asociados con la quimioterapia, como la pérdida de cabello, náusea, vómito, pérdida de peso y caquexia entre otros.

Por lo cual las mujeres asocian el tratamiento de la quimioterapia a un estigma social lo cual promueve el aislamiento, ya que el uso de pelucas y gorros se asocia con el estereotipo de “paciente con cáncer” (Frith & Harcourt, 2007). Las mujeres presentan un sentimiento de terror ante la quimioterapia por la posibilidad de la pérdida de cabello y las secuelas que puede dejar el tratamiento (Knaul, 2009).

La pérdida de una mama o ambas asociadas además a un tratamiento agresivo para el organismo como la quimioterapia provoca cambios en el estilo de vida e influencia negativamente el comportamiento, ya que despierta sentimientos de desvalorización personal, alteración en la autoestima y auto concepto en la mujer (Macedo & Santana, 2007).

Finalmente el tratamiento en cáncer de mama está altamente relacionado no sólo con un dolor físico, sino con el rol y la función social de las mujeres con cáncer de mama sin importar la etapa del tratamiento o el estadio del cáncer en el cual se encuentren (Marín, y otros, 2012).

3.6 Antecedentes en México

En México hay pocos estudios que muestren los resultados sobre investigaciones en evaluaciones e intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. En otros países como Brasil, Colombia y España se ha trabajado en este aspecto encontrando Cerezo y Ortiz que las mujeres que tienen el diagnóstico de cáncer de mama tienen dificultad con la expresión de emociones y que la regulación emocional tiene una mejora a partir de que se trabaja en grupos con mujeres que comparten la misma condición de vida (Cerezo & Ortiz, 2009).

Precisamente en Colombia se ha definido que la quimioterapia afecta la autoestima e imagen corporal de la paciente con cáncer de mama a partir de los efectos secundarios que el tratamiento conlleva ya que la pérdida de cabello desencadena una serie de emociones como tristeza, alegría, ira y ansiedad ante el temor de generar lastima en las demás personas (Parra, García, & Insuasty, 2011).

En cuanto a la postura que manejan las mujeres con respecto a estos cambios en su autoestima e imagen corporal se ha visto que tienden a una actitud de apoyo y comprensión hacia las personas que tienen el mismo diagnóstico, sin embargo definen como personas indiscretas o morbosas a aquellos que no tienen diagnóstico alguno y que están a su alrededor (Parra, García, & Insuasty, 2011). También ven la inactividad como algo inútil para el tratamiento de cáncer de mama, coinciden en que el trabajo y el estar activas les es más útil para su recuperación (Parra, García, & Insuasty, 2011).

En cuanto al impacto que podría tener una intervención psicológica o emocional en este grupo de mujeres se ha encontrado que en otros países se ha visto que estas áreas al ser trabajadas por medio de intervenciones mejoran la calidad de vida de las pacientes. Parra y colaboradores han encontrado que intervenciones psicológicas individuales o psicológicas aumentan la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama y mejoran su calidad de vida (Parra, García, & Insuasty, 2011).

Sin embargo el camino no es fácil, ya que no existe algún instrumento o escala validada para evaluar la imagen corporal de una mujer con cáncer de mama, se han estudiado al menos 26 escalas y todas presentan ventajas y desventajas, la escala o el

método que se utilice depende de los objetivos del investigador (Oliveira, Batanho, Cabello, & Kakuda, 2012) y del diagnóstico previo que se pueda obtener de la población con la cual se trabajará este aspecto. Un ejemplo de esto es Sebastián y colaboradores quienes encontraron en sus resultados que la imagen corporal de las mujeres con las cuales se trabajó en grupo fue mejorando progresivamente mientras que en un grupo control en el cual las mujeres no participaban en encuentros grupales su autoestima iba empeorando (Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007).

Finalmente se ha encontrado que la postura del profesional de la salud también es importante, siendo un aliado, alguien que además de su capacidad profesional brinda confianza, respeto e interés por la situación por la cual está pasando la paciente (Macedo & Santana, 2007).

3.7 Enfoque Centrado en la Persona

El Enfoque Centrado en la Persona (ECP) fue desarrollado por el psicólogo Carl Rogers. De acuerdo al ECP una relación de ayuda contiene dos partes, una que intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de enfrentar mejor la vida y la otra en la cual el individuo o grupo a partir de una mejor apreciación desarrolla sus recursos latentes para un uso más funcional de estos. (Rogers, 2002)

De acuerdo a Rogers para desarrollar estos recursos latentes la parte que promueve el desarrollo debe contar con tres condiciones básicas:

- Empatía: es la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia y comprender sus sentimientos, percepciones y acciones a partir de este. La empatía, en su nivel más alto, implica no sólo comprender los pensamientos y sentimientos expresados por el cliente, sino también captar las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales que tienen en la vida de la persona (Ruiz y Villalobos, 2011).
- Escucha Activa: Saber escuchar es fundamental ya que facilita que la persona hable sobre sí misma y sus problemas, aumenta las probabilidades de

comprenderla por parte del facilitador y a partir de esto la persona se puede sentir como colaborador del proceso terapéutico.

La escucha activa implica tres actividades para que sea efectiva:

- a) Recibir el mensaje: Escuchar el mensaje verbal como el no verbal.
- b) Procesar los datos atendidos: Discriminar la información importante de la que no es relevante.
- c) Emitir respuestas de escucha: Respuestas congruentes a la información dada por la persona.

- Aceptación positiva: Implica aceptar al cliente tal como es, sin juicios, y valorarlo como persona merecedora de dignidad.

Estas tres condiciones promueven un clima de crecimiento y desarrollo para la persona ya sea en una relación facilitador-cliente, maestro-estudiante, médico-paciente etc. Con lo cual afirma Rogers (2002) que la persona tiene dentro de sí mismo los recursos para modificar su auto concepto.

Por último estudios que han abordado la autoestima a partir del ECP (Ochoa, 2002) han encontrado una relación significativa en el aumento de la autoestima a partir de estas condiciones básicas, por lo cual es un recurso útil en este tipo de intervenciones (Chávez, 2012).

4. Solución Plausible

Varios estudios que evalúan intervenciones psicológicas para el bienestar y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama han concluido que el trabajo en grupo permite que las mujeres tengan un mayor avance en aspectos como autoestima e imagen corporal, por lo cual se decidió diseñar un taller presencial de 5 sesiones de forma grupal con una duración total de 15 horas, en el cual se abordaría la autoestima y la imagen corporal.

Las sesiones tendrían una duración de tres horas y sólo serían una vez a la semana ya que éste es el periodo de tiempo en cual los hijos de las participantes acuden a la escuela y así ellas pudieran asistir sin presión de tiempo a las instalaciones de la casa Ernesto Meneses, además de tomar en cuenta también que las quimioterapias son programadas usualmente los días jueves y el taller sería en martes por lo cual se obtendría el tiempo adecuado para descansar y reponerse de los efectos secundarios del tratamiento.

Las actividades seleccionadas para el taller serían determinadas con base a los objetivos, además de buscar promover la descarga de emociones sin la necesidad de llegar a dinámicas muy demandantes físicamente por los efectos secundarios del tratamiento; cansancio y debilidad.

Finalmente se utilizaría una prueba no paramétrica por el número de participantes para la evaluación cuantitativa y una evaluación fenomenológica para la parte cualitativa y así poder profundizar en los posibles factores que afectan los constructos: autoestima e imagen corporal.

5. Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el impacto de forma cuantitativa y cualitativa del taller *Nutriendo Almas; autoestima e imagen corporal a través del Enfoque Centrado en la Persona en mujeres con cáncer de mama.*

Objetivos específicos

- Diseñar las sesiones y actividades del taller de acuerdo a las necesidades físicas y emocionales de las participantes.
- Evaluar el nivel de autoestima de las participantes previo y posterior al desarrollo del taller a través de la escala de Rosenberg para medir cuantitativamente el impacto del mismo.
- Identificar si la imagen corporal descrita por las participantes tiene un cambio a partir de sus reflexiones después de cada sesión del taller.
- Lograr establecer un ambiente de facilitación de acuerdo a las tres condiciones básicas del ECP; empatía, escucha activa y aceptación positiva.
- Evaluar la interacción grupal de acuerdo a las condiciones básicas del ECP: empatía, escucha activa y aceptación positiva.
- Identificar qué factores del diagnóstico o tratamiento afectan la autoestima e imagen corporal de las pacientes a través de sus reflexiones durante el desarrollo del taller.

6. Metodología

6.1 Tipo de muestreo

Debido a políticas y derechos del paciente, tanto hospitales públicos como privados no permiten la aplicación de estudios de investigación en pacientes con cáncer, por esta razón se realizó una convocatoria dirigida a mujeres con cáncer de mama que habitaran en el pueblo de santa fe, seleccionando a 5 mujeres de la Casa Ernesto Meneses que decidieron participar de forma voluntaria en el estudio, por lo cual fue un muestreo no probabilístico no aleatorio.

6.2 Características de los participantes

Para ser parte del estudio las participantes debieron incluir los siguientes requisitos:

Inclusión

- Vivir en algunas de las 10 plataformas que cubre la casa Ernesto Meneses.
- Participar de forma voluntaria
- Ser mujer
- Edad de 25-55 años
- Tener diagnóstico de cáncer de mama.
- Estar recibiendo tratamiento farmacológico (quimioterapia)

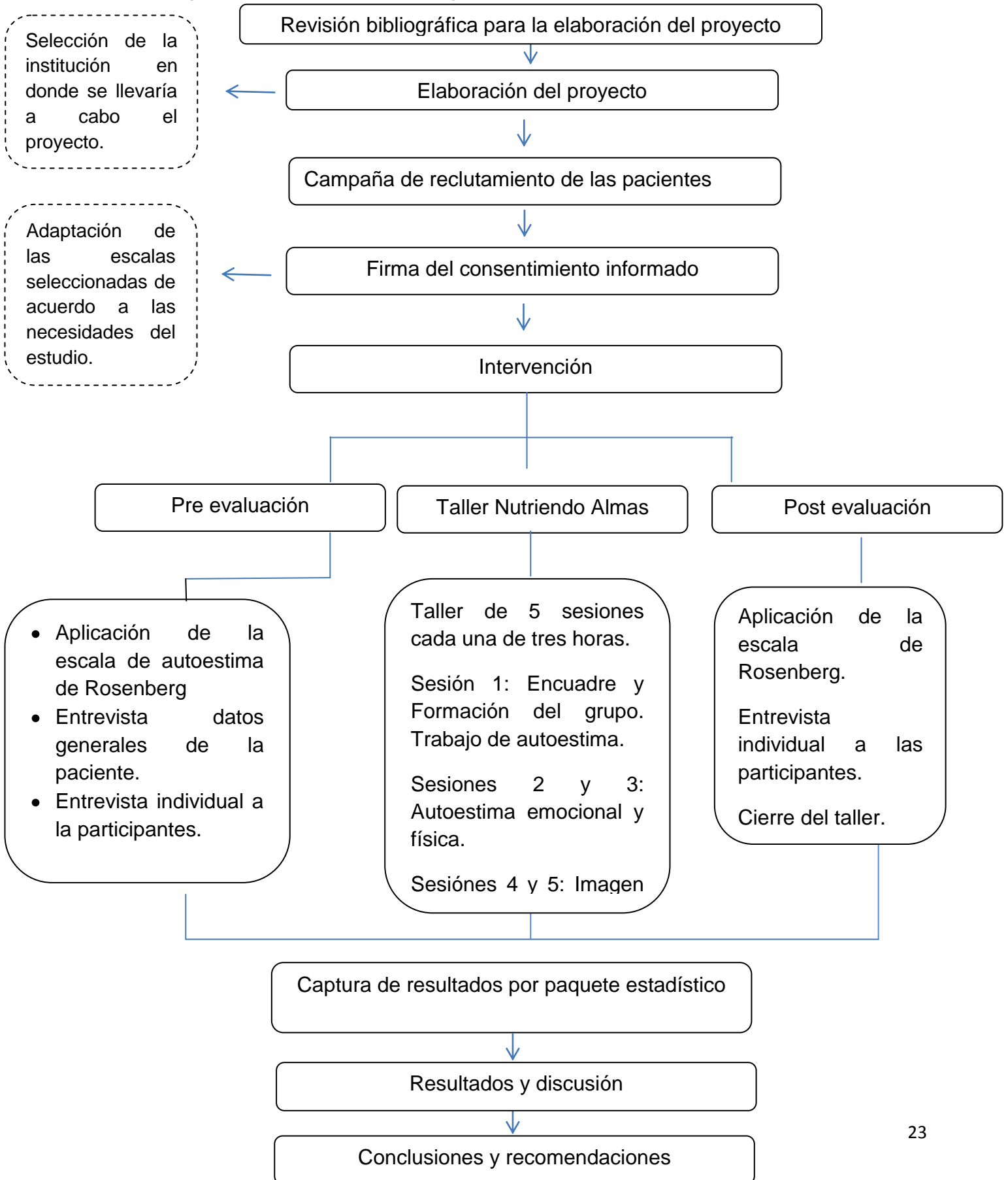
Exclusión

- Tener metástasis
- Tener diagnóstico previo de cáncer de mama (reincidencia).
- Tener alguna patología neurológica o psiquiátrica diagnosticada.
- Estar en una terapia o proceso psicológico paralelo al taller.

Eliminación

- Abandonar el estudio por cualquier razón.

6.3 Diagrama de flujo metodológico



6.3.1 Investigación sobre el tema base del estudio de caso

El estudio de caso inicio con una revisión bibliográfica de 30 artículos científicos y libros con investigaciones y temas relacionados con la problemática en estudio, a partir de ello se establecieron los objetivos y la metodología del estudio. En esta etapa fue necesario buscar un lugar o institución que permitiera la aplicación del taller ya que dada su naturaleza no se podía aplicar en hospitales públicos y privados en donde sólo se permiten talleres ya validados por respeto a los derechos que se tienen como paciente.

Tras una serie de pláticas con la Mtra. Luz Gómez directora del área de promoción de salud de la Casa Ernesto Meneses el taller fue aceptado para su aplicación en las instalaciones de la misma.

6.3.2 Campaña de reclutamiento de las participantes

Se realizó un cartel para convocar a las mujeres que estuvieran interesadas en participar en el taller de forma voluntaria. La distribución y colocación de los carteles se llevo a cabo en las plataformas del pueblo de Santa Fe dos semanas previas al inicio de la intervención. (Anexo 1)

Los lugares en donde el cartel fue exhibido fueron las principales capillas del pueblo, mercados, farmacias y escuelas además del centro de salud y la casa Meneses.

En respuesta a la convocatoria un grupo de 5 mujeres se registraron vía telefónica en el taller “nutriendo almas”, una vez que se validó que las mujeres cumplían con los criterios de inclusión se les cito en la Casa Meneses para seguir con su registro presencial.

6.3.3 Firma del consentimiento informado y entrevistas iniciales a las pacientes

En la primera entrevista con las participantes, se les explicó de qué trataba el taller, el fin con el cual se estaba llevando a cabo y se habló sobre el consentimiento informado, en donde se señalan las condiciones de privacidad y confidencialidad con la

cual se abordarían sus datos de acuerdo al acta de Helsinki. Una vez firmado el consentimiento informado (Anexo 2) se hizo una entrevista individual a cada de las 5 participantes, un cuestionario cerrado para obtener sus datos generales (Anexo 3), se aplicó la escala de Rosenberg debido a su validez experimental para evaluar autoestima (Anexo 4) y finalmente se hizo una entrevista semi estructurada a cerca de la percepción que tenían de su cuerpo.

6.3.4 Taller Nutriendo Almas

Se eligió el nombre “Nutriendo Almas” para este taller ya que metafóricamente al nutrir el “alma” las habilidades internas se potencializan y permiten enfrentar el impacto físico y emocional que implica el cáncer de mama de una mejor manera.

El taller constó de 5 sesiones y se impartió los días martes (7, 14, 21, 28) del mes de Octubre y el primer martes de noviembre de 2014 en un horario de 9:30-12:30 en el salón de música de la Casa Meneses, ya que el espacio era adecuado para el número de participantes y se contaba con sillas y mesas para el desarrollo de las dinámicas descritas en las cartas descriptivas (Anexo 6).

En cada una de las sesiones se trabajó un tema en específico:

- Sesión 1 Formación del grupo y Autoestima
- Sesión 2 Autoestima emocional
- Sesión 3 Autoestima física
- Sesión 4 Imagen Corporal
- Sesión 5 Imagen corporal y cierre del taller

En cada una se la sesiones del taller se llevó a cabo una retroalimentación de la sesión anterior y una evaluación del tema que se había abordado durante el tiempo del taller, con el fin de que los datos que se obtuvieran en la post evaluación contarán con un respaldo del avance de las participantes en cada una de las sesiones.

6.3.5 Cierre del taller

El cierre del taller se llevó a cabo en la sesión 5, en donde se aplicó nuevamente la escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 4) y se realizó una entrevista individual con las participantes.

6.3.6 Resultados y análisis de resultados

Esta etapa constó de dos semanas, en donde se vaciaron los resultados de la escala de Autoestima de Rosenberg analizando estos resultados por medio de la prueba Chi² la cual es una prueba no paramétrica específica para verificar si había una relación entre la asistencia al taller y el nivel de autoestima, además se realizó un análisis fenomenológico de lo que las mujeres reportaron en su entrevista inicial y la final.

Los resultados se dividieron en tres rubros:

- 1) Resultados por sesión de taller: Evaluar su impacto a través de los objetivos trazados.
- 2) Resultados en grupo: Evaluar la aplicación de las condiciones básicas del ECP; empatía, escucha activa y aceptación positiva durante las dinámicas en grupo.
- 3) Resultados individuales de las participantes: Evaluar cualitativamente si la imagen corporal de cada una había tenido algún cambio y cuál había sido su evolución a través del desarrollo del taller.

Finalmente recabar las limitaciones que tuvo el desarrollo del taller.

6.3.7 Redacción de conclusiones y recomendaciones

Con el análisis de resultados se llevó a cabo la elaboración del documento final en el cual también se incluye las conclusiones obtenidas del taller así como comentarios y mejoras para el mismo en caso de ser replicado.

7. Resultados

7.1 Datos generales

Las 5 mujeres eran mujeres casadas, con un rango de edad de 28-52 años, 3 de las participantes reportó haber estudiado la secundaria, 1 nivel medio superior y 1 nivel superior.

Tabla 1:

Datos generales de las participantes

No. participante	Edad	Edo. Civil	No. De Hijos	Edad de los hijos	Ocupación	Nivel de estudios
1	28	Casada	2	5 años y < 1 año	Maestra de kínder	Licenciatura
2	33	Casada	1	4	Ama de casa	Secundaria
3	37	Casada	1	3	Ama de casa	Primaria
4	50	Casada	3	31,28,25	Ama de casa	Secundaria
5	52	Casada	2	35,33	Ama de casa	Secundaria

7.2 Datos de salud

Las participantes en su totalidad habían tenido una intervención quirúrgica como parte de su tratamiento y tenían un tratamiento coadyuvante al iniciar el taller.

Tabla 2:

Datos médicos de las participantes

No. participante	Año de diagnóstico	Mastectomía	Tratamiento Coadyuvante	Pérdida de cabello
1	2014	Sí	Sí	No
2	2014	Sí	Sí	Si
3	2014	Sí	Sí	Si
4	2011	Sí	Sí	Si
5	2009	Sí	Sí	Si

7.3 Resultados Escala de Rosenberg

Al inicio del taller 3 de las participantes tenían una autoestima baja y 2 indicaban tener una autoestima media según los puntajes obtenidos en la escala de Rosenberg. Al terminar el taller todas las participantes habían subido un nivel su indicador de autoestima subiendo su puntaje en promedio 8.4 puntos.

Se evaluó la relación de la intervención con el aumento de los puntos, por medio de la prueba no paramétrica Chi cuadrada teniendo un nivel de significancia de 0.044 por lo cual hubo una relación significativa.

Tabla 3:

Resultados de la evaluación de la escala de Rosenberg

No. De participante	Pre evaluación		Post evaluación	
	Puntaje	Interpretación	Puntaje	Interpretación
1	27	Autoestima Media	35	Autoestima Elevada
2	21	Autoestima Baja	31	Autoestima Elevada
3	18	Autoestima Baja	27	Autoestima Media
4	26	Autoestima Media	36	Autoestima Elevada
5	25	Autoestima Baja	31	Autoestima Elevada

Nota: El resultado del análisis de la comparación de los resultados obtenidos en la escala de Rosenberg previo y posterior al taller arrojó una $\chi^2 = 0.044$ por lo cual al ser menor a 0.05 hay una relación significativa entre el taller y el aumento del puntaje de autoestima en la escala de Rosenberg.

7.4 Resultados por sesiones

7.4.1 Entrevista inicial

Se les practicó la entrevista inicial a las 5 participantes la cual tuvo una duración promedio de 20 minutos, la pregunta guía fue la misma para todas las participantes, se les pedía describir qué pensaban de su cuerpo.

Cuando se les pidió a las mujeres describir su cuerpo utilizaron palabras semejantes que denotaban que habían perdido algo; “incompleto”, “dañado”, “destrozado”, “mutilado”, “cambiado” y “reconstruido”.

- *“mmm estoy asimilando qué le va a pasar a mi cuerpo, hoy estoy bien pero apenas voy a tener el primer tratamiento y me da miedo por lo que he leído que pasa...no sé si mi cuerpo que hoy veo sea el que quede después de la enfermedad”*
- *“el cáncer lo ha destrozado poco a poco... esto es lo que queda de él y no sé cuánto más morirá de él...”*
- *“mi cuerpo ya no es el mismo y jamás lo será, está mutilado aunque no se vea, yo lo sé... la mirada de mi marido me lo dice todos los días”*
- *“... mi cuerpo es esto que ve, dañado por la quimio...pase por 12 y 4 preventivas...”*
- *“mi cuerpo está reconstruido...”*

7.4.2 Sesión 1: Autoestima “Mi cuerpo”

Un factor común que las mujeres manifestaron en esta sesión era la creencia de que a partir del diagnóstico serían mujeres estigmatizadas por la sociedad, que ya no podrían salir a la calle porque serían vistas con lástima porque su cuerpo había sufrido daños notorios.

- *“Yo pienso, apenas va la primera, ¿cómo voy a estar después de la sexta?, ¿Qué le voy a decir a mi hija cuando me pregunte por qué no tengo cabello?,*

¿Qué pensarán de mi cuando sea una mala madre?...Ya no sólo no la amamanto sino que tampoco la voy a poder cargar...”

- *“...no podía creer que yo tuviera cáncer, sabía lo que eso significaba, iba a salir a la calle con pañoleta y la gente diría; seguro tiene cáncer, porque yo lo hice muchas veces, critiqué a esas mujeres, pensaba “¡que payasas! Deberían aceptar que están enfermas y mostrase como son, sin cabello ¿Para qué una pañoleta?”...ahora yo vivo eso, soy vista con lástima, siento las miradas...”*
- *“...pasé muchos días llorando, no quería levantarme...tan solo pensar él como me vería por la cirugía y tratamiento me hacía desear lo peor, incluso que morir era la mejor opción, solo iban a quedar pedazos de mi y la gente sentiría lastima...”*
- *“se ha empezado a caer mi cabello, yo sabía que pasaría pero estaba bañándome y mi marido me ayuda por lo reciente de la cirugía y entonces se me vino un mechón cuando pase mi mano por la cabeza... vi su cara, no sabía que decirme (lágrimas)...me sentí tan humillada, sobajada... que me viera caerme en pedazos... me dijo que no me preocupara, que ya sabíamos que pasaría... pero me sentí peor que una cucaracha...”*
- *“no salgo porque sé que la gente se da cuenta que tengo cáncer y me miran con morbo, con compasión y no me gusta eso, me enoja que sean tan metiches...”*

7.4.3 Sesión 2: Autoestima emocional “Viajando en el tiempo”

En esta sesión las mujeres debieron plasmar el mejor y peor panorama que les esperaba después de terminar su tratamiento. Las mujeres reportaron que les fue más fácil pensar en el peor panorama pero después que empezaron a construir su mejor panorama se percataban de que no era algo totalmente irreal.

- *“en esta parte plasmé lo peor que podría ocurrir, por ejemplo que ya no pueda pasar tanto tiempo con mis hijas, que les herede la enfermedad... ¡eso es algo en lo cual pienso mucho, me da terror saber que por mi culpa ellas están en riesgo!... también pienso que ahorita mi esposo me ha apoyado mucho, pero tal vez algún día vaya a buscar a una mujer completa, una mujer sana... en la parte positiva creo que voy a salir victoriosa de esta enfermedad, que voy a poder regresar a mi trabajo, que voy a poder salir de vacaciones con mi familia...”*
- *“empecé por el lado alegre, el positivo porque yo creo que mi cuerpo es como un árbol, se han caído algunas ramas... y recuerdo lo que hablábamos la semana pasada, ¡Somos unas guerreras! hemos pasado por mucho y nos falta pasar por mucho más... pero mi raíz está firme y no me daré por vencida porque voy a vencer al cáncer... yo diario me encomiendo a Dios, bendigo mis medicamento y no quise pintar nada negativo, porque ya me he lamentado mucho...”*
- *“...puse este recorte de una película de terror porque eso es lo que siento,...terror de que mi hija me desprecie, que no entienda que estoy enferma y que no quiera estar conmigo...que le de miedo...lo más bonito que me puedo imaginar en este momento es que pueda compartir con todas las mujeres que están a mi alrededor esto que me está pasando para que a ellas no le pase, esto no se lo deseo a nadie...”*
- *“mi peor escenario es que me quede así, que mi cabello se siga cayendo... que mi marido se vaya con su amante, porque sé que la tiene pero se queda conmigo por lástima...el mejor panorama sería que derrote al cáncer... aquí me puse como una oruga porque ahorita estoy como gusano arrastrándome pero me puedo convertir en una mariposa”*

7.4.4 Sesión 3: Autoestima física "Manos a la obra"

En esta sesión las mujeres reportaron haber experimentado una serie de emociones relacionadas a miedo, angustia, preocupación pero que también recuperaron un rol que habían perdido a consecuencia del tratamiento: el rol de ser mujer y ama de casa.

- *“estaba pensando en hacer alguna actividad para estar activa mientras que tomo el tratamiento y en lo que puedo regresar a trabajar... quería tomar un curso de cupcakes con mi hermana y no lo tomé por miedo a que el linfedema aparezca, pero ahorita creo que ya sé cómo hacerle para poder tomarlo y que pueda poner mi negocio de mesas de postres...me doy cuenta que no sé pedir ayuda, que no quiero depender... pero que no tiene nada de malo...”*
- *“al principio pensé ... nosotras no podemos estar aquí... ¿qué la doctora no sabe que no podemos estar en zonas calientes?, pero dije bueno... yo de aquí no me muevo... ya que vi de que se trataba y que si podíamos preparar las cosas sin estar en la estufa, me sentí como pez en el agua porque a mí me encanta cocinar... ahorita que llegue a mi casa le voy a decir a mis hijos que ya puedo pasar a la cocina, porque nada más ven que me acerco y es como si estuviera en zona de guerra... me sobreprotegen mucho... pero ya tengo el rifle listo para matar los patos...”*
- *“es muy valioso lo que he aprendido hoy... me voy como si hubiera renacido porque a mí me gusta mucho cocinar y de hecho ahora dependo de mi mamá quien es quien nos cocina... pero me había limitado y no cree la manera de poder hacerlo hasta ahorita... me siento muy contenta...es indescriptible... porque pensé que jamás iba a poder entrar a la cocina sin sentir miedo, que ya no le iba a cocinar a mi hija y esposo...”*
- *“pedir ayuda me es muy difícil pero ya vi que puedo hacerlo con mucho cuidado, de hecho no lo había dejado de hacer , no lo hago como antes pero ahorita confirmé que hice bien en seguir mi instinto y me quitó como una preocupación de encima...”*
- *“me quedo pensando en que mi familia me ha sobreprotegido y que yo lo he permitido, que tiene casi tres años que no piso la cocina de mi casa y que ha sido porque tampoco he querido hacerlo...”*

7.4.5 Sesión 4: Imagen corporal “Elaboración de prótesis de mama con semillas de mijo blanco”

En esta sesión las mujeres reflexionaron acerca del significado que tenía su seno.

- *“me siento nostálgica... conmovida de tener la prótesis en mis manos, de haberla hecho yo y de pensar que este seno que perdí se llevó con él el poder amamantar a mi bebé... que a pesar de que es mínimo lo que se ve, no pude amamantar a mi bebé y que cada vez que iban a conocerla y me decían ¿Por qué no la alimentas? No seas mala madre... no era porque no quisiera sino porque no podía...con este seno también perdí parte de mi personalidad, inclusive de mi ropa, simplemente ya no uso la ropa de antes ...”*
- *“ yo me despedí antes de la operación de él, le di gracias y no puedo evitar que se me salgan las lágrimas en este momento porque recuerdo que después de la cirugía me sentía tan miserable, como si hubiera dejado de ser mujer y aunque tenga la prótesis sé que mi cuerpo no es el mismo, que perdió algo que no regresará y que debo vivir con ello a diario... cada vez que me veo en el espejo y que esto que aprendí hoy será medicina para otras mujeres tal como lo ha sido hoy para mí... me ha dado una nueva razón de vida...”*
- *“ con este seno me despido de mi sexualidad... le doy las gracias porque me hizo mujer mucho tiempo... pero ya no más, le agradezco que me permitió ser madre y amamantar a mi niña pero que ya no estará conmigo y a partir de hoy mi feminidad y yo ya no dependemos de él...”*
- *“justo mañana salgo de vacaciones y este taller me ha dado una nueva herramienta, me iré con mi prótesis y me la pondré para salir a pasear sin ningún temor a que se den cuenta que tengo cáncer... vean... casi ni se nota la diferencia...”*

- *“me da enojo que por esta cosa tan pequeñita he sido mirada de la manera en que lo ha hecho mucha gente... mucho tiempo no salí porque no soportaba ni el más mínimo rayo de sol... y en mi seno en donde comenzó este calvario... le ha dado gracias pero hoy lo puedo aplastar y decirle que él fue el causante de todo esto...”*

7.4.6 Sesión 5: Imagen corporal “Los jarrones”

En esta sesión las mujeres reportaron que herramientas les han permitido reconstruir su cuerpo y recuperar el amor hacia ellas mismas.

- *“mi jarrón representa el cáncer... de hecho es vaciado porque justo creo que quedo igual que roto que yo, pero lo reparé y lo adorné con corazones porque es lo que me ha permitido no darme por vencida... a seguir pensando que esto me ha dado una nueva oportunidad de vida y que al igual que este jarrón mi cuerpo sigue siendo valioso, aunque se noten las marcas...esto será lo que me recuerde que mi cuerpo sólo ha sido re diseñado por la vida y Dios”*
- *“mi jarrón tiene un árbol y en el fondo estoy yo como oruga y así es mi cuerpo aún es como un gusano arrastrándose y en proceso de metamorfosis... para que después vuelva a recuperar su belleza y sea como una mariposa... quise poner colores amarillos que representan las manchas que ha dejado la quimioterapia en algunas partes de mis brazos y que son como rayos de sol...que ahora mi cuerpo tiene una nueva tonalidad pero es porque el sol ha salido después de la tormenta!”*
- *“representé colores vividos porque así es como veo mi cuerpo en este momento, como los dibujos de mi niña... tal vez no tienen una buena apariencia... tal vez no está bien hecho pero tiene mucho amor... y así es como veo a mi cuerpo... le faltan partes incluso tengo cicatrices que nunca se quitarán... una parte de mí que nunca volverá pero está lleno de amor...amor propio que he aprendido a aceptar que este cuerpo es el que me ha salvado la vida y que debo*

cuidarlo...porque es hermoso y representa mucho para otras personas... mi hija, mi mamá, mi marido”

- *“Yo adorné mí jarrón con puntitos... cada punto significa cada una de las marcas y cicatrices que tengo en mis brazos por la quimio, por los análisis y por todo lo que el cáncer ha dejado en mi cuerpo... yo lo veo hermoso y creo que mi cuerpo se ve igual... como que siento que al igual que al jarrón primero mi cuerpo estaba en blanco, no lo apreciaba y ahora noto mi cuerpo, sé qué significa cada marca y eso me hace valorarlo porque ha resistido la batalla...esta parte que no pude pegar representa mi cabello el cual no sé si vaya a crecer nuevamente como antes”*

7.4.7 Entrevista final

En la entrevista final las mujeres mostraron una actitud positiva al hablar de su cuerpo incluso el lenguaje con el cual se expresaron tenía un tinte distinto al de la entrevista inicial ya que utilizaban adjetivos calificativos positivos para la descripción de su cuerpo y de su persona, un factor común fue que ya no sólo se enfocaban en su cuerpo sino que hablaban de ellas de manera integral, de sus cualidades como mujeres y de los roles que ejercían.

- *“hoy me siento bien he recuperado una parte de mí, no solo veo mi cuerpo de una manera distinta sino que he notado una mayor paz en mi familia... me ven tranquila y eso los tranquiliza, me indica que yo soy capaz de luchar contra esta enfermedad... y que me ha dado la oportunidad de sanar cosas que tenía pendientes con mis papás”*
- *“Soy una guerrera yo siempre supe que me daría cáncer por la historia de mi familia pero ahora sé que puedo hacer mucho a partir de esto... compartir mi testimonio, ayudar a mujeres que empiezan este camino que gracias a Dios yo ya voy en camino a salir....”*
- *“no sé cómo me siento... se que distinta pero no sé cómo decirlo... pareciera que me siento como si fuera alguien especial...”*

- *“veo la vida con ojos distintos... cuando llegué pensé que el cáncer sólo estaba afectando mi cuerpo y si de alguna manera las emociones, nunca supe cuanto hasta ahora que me siento positiva y llena de vida para luchar por ella”*
- En esta ocasión las mujeres reportaron a su cuerpo como valioso y con un instinto de fortaleza que les permitió sobrellevar y superar respectivamente el tratamiento y los efectos secundarios del mismo.
- *“...estoy agradecida con Dios por darme este cuerpo, porque ha sido un guerrero, véame... no tengo de qué quejarme al contrario estoy agradecida de poder estar de pie...”*
- *“Me siento contenta al verme al espejo y poder ir aceptando esta nueva versión de mi cuerpo... al principio no quería ni verme, me la pasaba acostada llorando... pero hoy al verme veo como una luz en mí... no lo puedo explicar”*
- *“...trataba de ver de forma positiva lo que me estaba pasando, pensar en cosas buenas para atraerlas... pero no había entendido lo importante que había sido mi cuerpo, a veces no tolero la luz, el calor incluso el ruido y me siento débil pero mi cuerpo no se ha dado por vencido... lo veo y creo que me grita; muéveme que aún no estamos derrotados...”*

7.5 Resultados en grupo

El ambiente que se vivió durante el desarrollo del taller fue de respeto y escucha, además de que las participantes se mostraron abiertas a compartir sus experiencias y respetar las de sus compañeras.

El orden de participación de las mujeres se dio de manera espontánea a partir de la segunda sesión, al final del taller las participantes reportaron tener la percepción de que todas habían compartido cosas significativas de su vida en el momento pertinente y con la escucha apropiada.

Otro factor que se encontró como grupo fue que conforme fueron pasando las sesiones las participantes mostraron mayor profundidad en la expresión de sus sentimientos, emociones y pensamientos, expresando por momentos sus sentimientos a través de lágrimas, risas y facciones de enojo.

Al final del taller las participantes habían formado una red de apoyo, en la cual buscaban seguir compartiendo sus experiencias y estar en contacto en el momento que cualquiera de ellas lo requiriera.

7.6 Resultados individuales de las participantes

7.6.1 Participante 1

En la participante 1 la evolución que tuvo en el taller fue principalmente reconocer sus sentimientos y reafirmar su rol como madre, llegó en una etapa intermedia entre su mastectomía y el inicio de su quimioterapia, en la primera sesión se mostró un poco confundida y asimilando lo que estaba viviendo, el cáncer le fue diagnosticado en su octavo mes de embarazo y fue operada una semana después del parto, lo cual le significó la pérdida de amamantar a su bebé, conforme fueron pasando las sesiones se mostró más expresiva y tocando sus sentimientos, en especial el temor que sentía por lo que le iba a pasar a su cuerpo con la quimioterapia.

En las sesiones 2 y 3 la paciente mostraba los primeros efectos secundarios del tratamiento coadyuvante sin embargo comentaba sentirse acompañada por las demás participantes, reportando una mayor preocupación por su rol como madre y el cómo

afectaría su enfermedad a sus hijas en un futuro por la carga genética que influye para desarrollar la enfermedad, en la entrevista final comentó que debido al taller había podido entender que su rol como madre se había visto modificado por la enfermedad pero que dependía de ella como lo enfocaría para que sus hijas entendieran su enfermedad y lo que estaba pasando.

“sentía mucho miedo por ser la culpable de que mis hijas pudieran pasar esto en un futuro... imaginaba que en cuanto fueran adolescentes tendrían que empezar a chequearse para verificar que no estuvieran desarrollando el cáncer como yo...”

“ahora entiendo que no soy una mala madre por no amamantarla... sé que la decisión que tomé fue la mejor porque si no me operaban no iba a poder estar en un futuro con ella... yo sé que ella así como su hermana lo entenderá, ahora hablo con ella y la noto más tranquila...y mi hija mayor a pesar de su edad me ha apoyado mucho... se porta mejor...entiendo que debo atenderme y cuidarme para ser su mamá muchos años”

En cuanto a sus resultados de la prueba de Rosenberg llegó en un nivel de autoestima media y en el post test el resultado indicaba una autoestima elevada.

7.6.2 Participante 2

La participante 2 llegó al taller con su proceso de quimioterapia en la cuarta sesión y comenzaba a tener los primeros efectos secundarios del tratamiento como caída de cabello y resequedad en la piel sin embargo durante el desarrollo del taller se mostró participativa y abierta a compartir sus experiencias pasando por un proceso de validación de las decisiones y trabajando el temor ante la reacción de sus familiares por los cambios que sufría físicamente por los efectos del tratamiento, manifestó miedo a que su esposo pudiera abandonarla y ella tuviera que criar a su hijo sola y bajo las condiciones de la enfermedad.

“si eso pasara no sé si sería capaz de criar a mi niño sola, el que me vea así... que su papá no esté y que yo tenga que responder qué me está pasando... no sé cómo se lo puedo explicar ...que no se asuste cuando se me termine de caer el cabello...”

En la entrevista final la paciente refirió que a pesar de haber guardado previamente su cabello y sido apoyada por una fundación para la elaboración de su peluca, no la quiso utilizar por la visión que tenía de su cuerpo después del tratamiento.

“...no salgo a la calle mucho pero es por el sol... y cuando salgo utilizo un pañuelo, tengo la peluca y una vez me la puse, justo cuando me fui de vacaciones, cuando lo de la prótesis, estando en Oaxaca me había llevado la peluca para salir a la calle y sentirme cómoda pero cuando me la puse, me vi en el espejo y esa peluca que era con mi cabello, porque la mandé hacer antes que lo perdiera, no encajaba conmigo, no sentí que fuera justa con la batalla que mi cuerpo ha pasado y preferí utilizar el paliacate y mostrarme con mi nueva imagen...y no me sentí incómoda ... no fue tan malo como pensaba... incluso mi marido se sorprendió”

La participante llegó al taller con una autoestima baja de acuerdo a la escala de Rosenberg y en la aplicación final obtuvo una puntuación con 10 puntos más que la ubicó en autoestima elevada.

7.6.3 Participante 3

La participante 3 llegó al taller con su tratamiento de quimioterapia en la 5a sesión, en especial esta participante a diferencia de las demás mostraba mucho miedo y reserva ante el grupo en las primeras tres sesiones, tenía un semblante de cansancio.

En las sesiones tres y cuatro empezó a abrirse y a compartir acerca de su vida familiar, reportando infidelidad y violencia física antes y durante su enfermedad por parte de su marido.

La infidelidad de su marido fue un factor muy importante en las sesiones de autoestima dado que reportaba una constante comparación entre ella y la amante de su marido, refiriéndose a la otra mujer como una mujer sana y con un cuerpo completo, lo cual para ella significaba que valía más y que su matrimonio seguía por su hija de tres años, incluso reportaba sentir que su marido se burlaba de ella y que por esa era la razón por la cual también seguía con ella, para burlase de cómo había quedado mutilada, sin embargo esto en la realidad aun no había ocurrido, al confrontar con su

realidad la paciente podía reconocer que su marido la había cuidado los días posterior a la cirugía y los días que amanecía muy débil por los estragos de la quimioterapia la bañaba y arreglaba.

“...Sé que está conmigo para verme y decirme con su mirada... ¿ves cómo estás? No vales nada...porque sabe que quedé huérfana muy chica y que pues lamentablemente me conformé con muy poco, con lo que la vida me quiso dar y no con lo que yo quería...sólo estudié hasta la primaria”

Conforme el avance de las sesiones 4 y 5 la participante se mostró más unida al grupo, con una mayor participación y con una mayor manifestación de sus sentimientos de manera corporal, con facciones de enojo, impotencia, con lágrimas de esperanza.

En la entrevista final la participante habló de su cuerpo y su persona con mayor esperanza y respeto a comparación de la entrevista inicial.

“... siento que estoy reconstruyendo mi cuerpo a través de mi hija, por eso tantos colores en mi jarrón, siento como si hubiera renacido a partir del cáncer, Dios me está diciendo algo... algo tengo que hacer a partir esto y es como si en este momento fuera una niña aprendiendo a colorear mis sueños...porque hoy puedo reconocer que si me han hecho falta mis padres... siempre pensé que no pero sí”

La participante mostró un puntaje muy bajo en la prueba inicial de Rosenberg con 18 puntos que la ubicaba dentro de una autoestima baja, en la prueba final obtuvo un puntaje de 27 puntos lo que indica una autoestima media, fue la única participante que no alcanzó un nivel de autoestima elevada sin embargo tuvo un avance en comparación a los datos iniciales obtenidos.

7.6.3 Participante 4

La participante 4 era la mujer con mayor antigüedad en su diagnóstico y con mayor tiempo en tratamiento, al momento de iniciar el taller había comenzado con el tratamiento oral y tuvo un total de 8 quimioterapias. Durante todas las sesiones se mostró participativa y abierta a contar su experiencia; él cómo ella había vivido los

estragos del tratamiento y cómo fue que los sobrellevó sobre todo se dirigía a sus compañeras como un referente positivo.

En el desarrollo de las actividades mostraba siempre esta actitud positiva sin embargo en las reflexiones y retroalimentaciones de las actividades del taller permitía tocar sus sentimientos, en distintas sesiones tocó el llanto, la alegría, la euforia y el enojo, este último con resistencia, ya que la paciente reportaba que no quería sentirse enojada con la vida y Dios por haber tenido cáncer.

Su mayor avance lo obtuvo en la parte de autoestima en cuanto al desarrollo de roles que había abandonado a partir de la enfermedad, ya que había dejado de hacer actividades que a ella le gustaban como la cocina debido a los cuidados posteriores que deben tener las pacientes para evitar el linfedema. La paciente reportó que la parte de la enfermedad que más daño le había causado fue la pérdida de su cabello, incluso más que la mastectomía, pues la pérdida de su cabello era notoria ante sus hijos y las demás personas.

“...en la tercera quimioterapia se me empezó a caer el cabello, pensé que estaba preparada para ello desde que me dieron mi diagnóstico pero no es cierto... la verdad es que es lo que más me dolió de todo el tratamiento...Ni cuando me quitaron el seno, porque como sea uno se pone ropa holgada o se tapa y las personas no se dan cuenta pero el cabello es algo que no se puede ocultar... y yo dije... ni pensar en usar la pañoleta, porque entonces las gentes van a saber qué es lo que tengo....y no quería que me vieran como un perro de la calle pidiendo comida”

En la entrevista final la participante 4 reportó estar satisfecha con su cuerpo, utilizando la metáfora de una oruga en un capullo para poder hacer metamorfosis y entonces descubrir una nueva mujer, lista para volar alto.

“mi cuerpo y yo somos una oruga... ahorita estoy en el capullo y estoy preparándome para salir con una nueva versión de mí... con una mujer mejor preparada porque a partir del cáncer me metí a estudiar y ya terminé mi secundaria abierta y voy muy bien...ahorita ya estoy en mis clases de cocer a máquina y eso me gusta mucho... creo

que el cuerpo indica que he avanzado por la vida a pesar de los obstáculos... a pesar de que mi padre siempre me trató como hombre... hoy más que nunca me siento mujer”

Su primera evaluación de autoestima por Rosenberg clasificó en autoestima media y terminó el taller con una evaluación en la escala de autoestima elevada.

7.6.5 Participante 5

La paciente sólo acudió a 4 de las 5 sesiones, tenía un diagnóstico con antigüedad de 3 años, aunque se mostró participativa con sus compañeras durante el desarrollo del taller la participante manifestaba una actitud de enojo con la enfermedad, con las personas que no tenían cáncer y se mostraba a la defensiva.

Reportó la pérdida de roles como ama de casa, dado que ya no podía cocinar a sus hijos por el calor de la estufa y tuvo que dejar de elaborar velas por la temperatura de la cera, actividades que a ella le permitían ocupar su tiempo libre después de la muerte de su esposo.

En la entrevista inicial la participante se definió como un cuerpo reconstruido y en la sesión No.4 que abordó la elaboración de la prótesis reportaba que la pérdida de su seno fue algo que no había podido asimilar, que a diferencia de las otras participantes ella no se había despedido tal cual... que no sabía qué sentir al respecto y que probablemente era un tema del cual aún no estaba lista para abordar, ya que a partir de la cirugía dejó las actividades antes mencionadas y empezó a ser cuidada por sus hijos y su esposo.

“... el cáncer para mi modificó mi vida en todos los sentidos... siempre cuidé a mis hijos y era un apoyo y ahora sus esposas son las que están al pendiente de mí, me llevan comida o voy a comer a sus casas pero no me permiten ayudar... abandoné mis velas y eso me causa tristeza...”

“no salgo a la calle porque me da enojo que las personas me vean con morbo... yo no he recuperado en la totalidad mi cabello, si lo ve lo tengo muy delgadito y pequeño...”

La paciente por cuestiones médicas no pudo asistir a la última sesión y posteriormente avisó que saldría a vivir a provincia dos meses con uno de sus hijos por lo cual no se pudo concluir el taller al 100%, sin embargo sí respondió la escala de Rosenberg por medio electrónico.

En la escala inicial tuvo una autoestima media y en la escala final tuvo un aumento de 6 puntos lo cual indica un nivel de autoestima elevado.

8. Análisis y discusión de resultados

8.1 Análisis cuantitativo

Todas las participantes mostraron un incremento en su puntuación con respecto a la escala de Rosenberg, que mide tanto la autoestima emocional como la autoestima física, esto puede ser asociado directamente con dos factores; uno de ellos está relacionados con las actividades lúdicas que se llevaron a cabo durante las diversas sesiones y las cuales les permitieron a las mujeres expresar sus sentimientos con relación a su persona, no sólo en cuanto a su cuerpo sino también con respecto a los roles que habían sido afectados a partir de la misma, el segundo factor que se encuentra con este incremento es que en el taller las participantes formaron una red de apoyo, la cual les permitía saber que no eran las únicas que pasaban por esta situación y al ser similares las condiciones en las cuales se encontraban podían hablar entre ellas los temas que no podían tocar con sus familiares, esto coincide con los hallazgos de Parra y colaboradores en Colombia en donde un grupo de mujeres con cáncer de mama tiene una mejor calidad de vida a través de una intervención individual o grupal.

Las participantes tuvieron un incremento promedio 8.4 puntos en la escala posterior al término del taller con respecto a la inicial, lo cual les permitió subir un nivel en la escala de Rosenberg en cuanto a mejora de su autoestima. En el caso de la participante No. 3 quien tuvo el menor incremento en cuanto a puntos de la escala con respecto a las otras participantes asociamos esta diferencia a sus antecedentes familiares, en donde reporta violencia física y emocional por parte de su pareja, tal como menciona Borbón y Beato en sus estudios, el impacto psicológico de la enfermedad sobre la paciente depende no sólo de sus condiciones físicas y de personalidad sino también de su entorno familiar, laboral y social, en este caso específicamente por un lado la paciente encontraba un motivador de su autoestima externo, pero su ambiente familiar era un factor contraponente a esta motivación.

Al evaluar los datos obtenidos en el puntaje por la prueba Chi cuadrada se tuvo un valor de 0.044 lo cual nos indica que es significativa la relación del taller con el incremento de la autoestima en las mujeres, finalmente se decidió utilizar esta prueba

no paramétrica dado a que nos permitía trabajar con nuestra N=5 a diferencia de otras pruebas estadísticas en donde N tenía que ser mayor a 5.

8.2 Análisis cualitativo

Como se puede observar en el Tabla 1, las características de la mujeres que tomaron el taller cuadro con los requisitos de inclusión para el mismo, lo cual permitió que el objetivo general de este proyecto pudiera ser evaluado de forma exitosa, ya que se trabajó la autoestima e imagen corporal con una población de mujeres con un diagnóstico de autoestima baja y media, las cuales al término de la intervención tuvieron un incremento en la misma según lo reportado en la escala de Rosenberg.

La escala muestra que una autoestima elevada se refiere a un nivel de autoestima sana para la persona, las participantes 1 y 4 llegaron con una autoestima media lo cual es asociado a que la paciente 1 estaba por comenzar su quimioterapia y aún no presentaba algún efecto secundario en su cuerpo, conocía las posibles consecuencias o secuelas que el tratamiento podría provocarle pero aún no lo había vivido, mientras que en el caso de la participante 4 estaba finalizando su tratamiento de quimioterapia y sólo faltaba su tratamiento oral, su cuerpo empezaba a dejar los efectos secundarios, esto pudo haber influido para que su autoestima no estuviera afectada como la de las participantes 2 y 3 que estaban comenzando a sufrir los efectos de la quimioterapia como la pérdida de cabello, cicatrización y resequedad en la piel y esto las ponía en un estado de vulnerabilidad mayor.

En cuanto a la entrevista final hubo un cambio en la experiencia de las mujeres en cuanto a la percepción de su cuerpo y su persona, en la entrevista inicial los adjetivos que utilizaban para describir su cuerpo eran de índole negativo describiendo su cuerpo como algo incompleto o mutilado, en la entrevista final las mujeres no sólo hablaban de su cuerpo como algo valioso sino que hablaban de forma integral, refiriéndose a ellas como personas y definiéndose como mujeres valiosas y guerreras. Lo anterior nos indica que no sólo su autoestima se vio modificada sino también su imagen corporal ya que los adjetivos para describir su cuerpo eran validando el esfuerzo y la fortaleza del mismo para soportar los efectos del tratamiento y de lo cual se hablará más adelante.

Siguiendo con los factores que están asociados con el incremento de la autoestima a partir del taller, se puede destacar la importancia de trabajar la autoestima emocional a través del desarrollo y adaptación de los roles femeninos por los cuales las participantes pasan a lo largo de la enfermedad. Durante las sesiones 2 y 3 se identificó que para las mujeres que participaron en este taller el no poder cocinar recurrentemente por los cuidados que necesitan de por vida después de la mastectomía había mermado su autoestima, pues se consideraban malas amas de casa que era el principal rol del 80% de las participantes, además de que tampoco podían planchar ni hacer ninguna actividad que les requiriera un esfuerzo del brazo en donde había sido la intervención.

Específicamente en el caso de la participante No.1 su autoestima emocional también había sido afectada por la pérdida del rol integral de su maternidad, debido a que por la cirugía tuvo que suspender el proceso de amamantar a su hija recién nacida y limitar el número de veces que podía cargarla para arrullarla. En este análisis podemos mencionar que la red de apoyo que las mujeres crearon durante el taller fue de suma importancia para que esta participante pudiera expresar los sentimientos de tristeza e impotencia que le causaba la crítica de las personas por no poder ejercer su rol de madre al 100% tal como se puede ver en los resultados de su entrevista final.

Otro hilo conductor que se trabajó durante los ejercicios planteados en las sesiones del taller y que fue clave para trabajar la autoestima física de las participantes era abordar el estigma social que reportaban de forma general en su diagnóstico y lo cual se trabajó en la sesión No.2, en donde las participantes pudieron confrontar sus fantasías contra la realidad mientras que elaboraban su collage del escenario que se imaginaban a futuro después de su tratamiento, algo que se puede identificar en este punto es que las participantes también reportaron sufrir de angustia y preocupación por no saber cómo las personas que estaban a su alrededor principalmente sus familiares reaccionarían ante los cambios físicos de su cuerpo por la enfermedad.

En cuanto a la imagen corporal se encontró una relación muy marcada con su afección y el tratamiento que las pacientes recibieron, ya que todas las mujeres reportaron sentirse menos femeninas después de la mastectomía, afectando varias

esferas de su vida como; su relación de pareja, su forma de vestir y la percepción que tenían de ellas mismas al verse en el espejo, esto coincide con lo encontrado por García y González en 2007 quienes encontraron el mismo resultado en la población con la cual trabajaron y que concluyeron que la vida en pareja, el entorno social y laboral se ve afectado por la cirugía.

Un factor que fue indispensable trabajar para abordar la mejora de la imagen corporal fueron los efectos secundarios que producen los tratamientos coadyuvantes, durante el taller se encontró como un factor determinante la pérdida del cabello, las mujeres expresaron el temor y sentimientos de sub valoración a partir de este suceso, específicamente en el caso de las pacientes No.2 y 3 que estaban pasando por este proceso en la segunda sesión del taller manifestaron sentirse humilladas y temerosas a ser rechazadas por sus hijos al no saber cómo explicar que era lo que les estaba ocurriendo, factor que se manejo a través de empatía que se logro entre las participantes y las condiciones del enfoque centrado en la persona para crear las condiciones en donde las mujeres se sentían escuchadas por sus compañeras, validadas y sin miedo a ser juzgadas por lo que estaban pasando, puesto que todas compartían sus experiencias y su sentir con respecto a la enfermedad y que esto se puede visualizar en una población de estas características ya que Parra y colaboradores encontraron en una población similar que la mujer pierde su sentimiento de feminidad después de la pérdida del cabello.

Finalmente hubo una re significación de la imagen corporal de las mujeres a través de fortalecer su autoestima y crear la red de apoyo, tal como lo menciona Sebastián y colaboradores en sus investigaciones, las mujeres mejoran su imagen corporal cuando son acompañadas por un grupo con sus mismas condiciones, en este caso la red de apoyo que se formo entre las mujeres fue muy importante para que ellas pudieran sentirse aceptadas con su nueva apariencia e intentar construir una nueva imagen corporal a partir de aceptar su cuerpo, en la sesión 4 se trabajo precisamente con este tema y el utilizar el jarrón como una metáfora con su cuerpo les permitió expandir su percepción de lo que su cuerpo había sufrido por la enfermedad y por el tratamiento.

Algo muy importante para el desarrollo del taller fue que las participantes de forma innata y a través de la guía de la facilitadora pudieron poner en marcha las tres condiciones con las cuales se quería trabajar del enfoque centrado en la persona: escucha activa, aceptación positiva y empatía. Sin estas condiciones y por la necesidad de las mujeres de expresar sus sentimientos se controló la verborrea, los consejos y los juicios por parte de las participantes.

Un punto destacable de esta intervención es que se encontró un miedo generalizado en las participantes que tenían hijas, por la carga genética que puede tener el desarrollo de la enfermedad y que fue trabajado por medio de la escucha en la sesión No.4.

Sin duda la formación de la red de apoyo que se dio de manera espontánea entre las mujeres y como un efecto dómينو de la dinámica del taller fue una herramienta que reportaron como útil para su avance y el fortalecimiento de su autoestima en el cierre del mismo, ya que decidieron dar continuidad al grupo para seguir abordando otros temas.

8.3 Alcances y limitaciones de la intervención

Se lograron establecer las condiciones básicas del Enfoque Centrado en la Persona que se tenían proyectadas: empatía, escucha activa y aceptación positiva sin dar una teoría formal del tema, sino conforme a la vivencia y el desarrollo del taller se dieron de manera espontánea con la guía de la facilitadora.

Se lograron los objetivos del proyecto; tanto el general como específicos.

Se pudo hacer el análisis cuantitativo de la mejora de la autoestima a través de la escala de Rosenberg y dar mayor solidez al proyecto con el resultado obtenido.

Se dio la formación de una red de ayuda que no estaba proyectada y que es una manera de poder dar seguimiento a este tipo de intervenciones.

Se cumplió con el cronograma y presupuesto pactados, por la facilitadora y la institución.

Se recibió la retroalimentación por parte de las participantes para que como facilitadora compartiera aspectos de mi vida y no solo guiara el taller.

Al trabajar con una población vulnerable en su estado de salud, el alcance de la intervención se vio limitada ya que muchas mujeres con diagnóstico de cáncer de mama no acudieron al taller por diversos factores no identificados.

Se identificaron los factores externos que influyen en estos constructos; autoestima e imagen corporal, los cuales principalmente provenían de las familias de las participantes sin embargo se necesitaría otro taller para poder trabajar con los familiares.

9. Conclusiones

El proyecto cumplió su objetivo general al trabajar la autoestima y la imagen corporal con un grupo de mujeres con las características planteadas en los criterios de inclusión y que fue indispensable para que las mujeres pudieran desarrollar las tres habilidades del Enfoque Centrado en la Persona, dado que tienen características similares pudieron desarrollar; empatía, escucha activa y aceptación positiva de forma empírica sin necesitar que se les explicara formalmente la teoría de estos elementos.

La flexibilidad en las actividades realizadas a los largo de las sesiones fue importante para cubrir las necesidades específicas del grupo y el poder adaptar las actividades a estas necesidades permitió que las mujeres pudieran mejorar su autoestima y modificar su imagen corporal según los resultados cuantitativos y cualitativos.

Se puede concluir que al igual que se ha encontrado en otras investigaciones la mastectomía y la pérdida de cabello sí son dos factores que afectan la imagen corporal y la autoestima de las pacientes y que es indispensable abordar para el cumplimiento de los objetivos del taller planteado.

Dadas las circunstancias y características del grupo con el cual se trabajó se puede llegar a la conclusión de que desde el diagnóstico las mujeres sufren cambios emocionales en cuanto a su autoestima e imagen corporal por una creencia social de un estereotipo; la mujer con pañuelo en la cabeza y cabello muy corto o nulo es directamente relacionado con el cáncer.

La enfermedad afecta varias esferas de la vida de las pacientes, específicamente en este grupo se identificó que fue la pérdida de roles relacionados con la feminidad; actividades relacionadas a ser amas de casa y la maternidad. En otras investigaciones se ha trabajado con grupos desde el punto de vista de la relación de pareja y la sexualidad pero estos parámetros no se vieron a simple vista en la población con la cual se trabajó.

El número de participantes con el cual contó la investigación en nivel cuantitativo es básico para poder aplicar pruebas incluso no paramétricas, pero desde el punto de vista cualitativo es un número ideal para poder generar las condiciones del Enfoque Centrado en la Persona, es una población vulnerable, con necesidad de mucha escucha y acompañamiento, el ambiente que se percibió en el grupo por parte de la facilitadora fue muy denso por el tipo de temas abordados.

Finalmente se puede concluir que este tipo de talleres es útil para este tipo de población tal y como reporta también en sus investigaciones Sebastián y colaboradores (2007) quienes sólo han abordado terapias psicológicas, en este taller se aplicó el Enfoque Centrado en la Persona que deja como resultado una red de apoyo del cual en un siguiente proyecto se podría dar seguimiento y los resultados del taller se pueden concluir como exitosos, aunque el tiempo que se requiere para profundizar en un grupo de estas características depende del entorno de las pacientes, ya que se tuvieron que dar dos sesiones extras a la planeación inicial para poder cubrir de forma integral estos dos componentes; imagen corporal y autoestima. Su importancia radica en la esperanza de vida y sobrevivencia que muestran las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama para que su calidad de vida después de concluir su tratamiento sea la mejor posible, sin duda cada una de las participantes a su vez requiere un acompañamiento específico para seguir profundizando en temas particulares pero se ha concluido que este tipo de talleres son una buena herramienta.

10. Recomendaciones

A partir de los resultados y conclusiones obtenidos del taller algunas sugerencias son:

- Es indispensable un diagnóstico del grupo con el cual se trabajará ya que de esto depende la selección de las actividades, las cuales son fundamentales para abordar los temas planteados en el taller.
- Las actividades son una guía de trabajo sin embargo el éxito de las mismas depende de las condiciones del grupo, es decir del diagnóstico inicial y de las necesidades específicas de las participantes cuando se habla de grupos pequeños como en este caso.
- La población con la cual se trabaja es vulnerable y la flexibilidad es un factor importante para el desarrollo óptimo del taller, el tomar en cuenta que las participantes posiblemente no pueden realizar actividades de mucho movimiento o esfuerzo por la condición física con la cual cuentan como efecto secundario del tratamiento coadyuvante es vital para que se sientan integradas al mismo.
- Son pacientes expuestas a un tratamiento que genera efectos secundarios, en este caso la asistencia fue regular pero se debe tener en cuenta que esto es un factor que en una replicación del taller puede alterar el desarrollo del mismo y la cohesión del grupo por la inasistencia.
- Es importante que las condiciones del Enfoque Centrado en la Persona como empatía, escucha activa y aceptación positiva estén presentes en el desarrollo del taller, estas condiciones permiten que las mujeres se muestren abiertas a compartir sus experiencias y receptivas a las experiencias de sus compañeras.
- El tiempo del taller sin duda cubre sólo una pequeña parte del proceso por el cual pasan las pacientes, sin embargo no sería adecuado que se extendiera la duración de las sesiones ya que podría ser agotador para las participantes dadas

las condiciones del tratamiento que produce fatiga y cansancio. Así que de acuerdo a esta aplicación puedo recomendar que de 2-3 horas por sesión y una vez a la semana es un tiempo adecuado para lograr los objetivos del mismo.

- Utilizar la escala de Rosenberg es una herramienta que permite evaluar cuantitativamente el posible avance de las pacientes en cuanto a autoestima y es un instrumento que se ha utilizado en varios estudios en esta población por lo cual lo considero de utilidad.
- El facilitador puede mostrar y compartir parte de su experiencia de vida, pese a que no tenga la enfermedad ya que esto es algo que las participantes del taller me sugirieron.

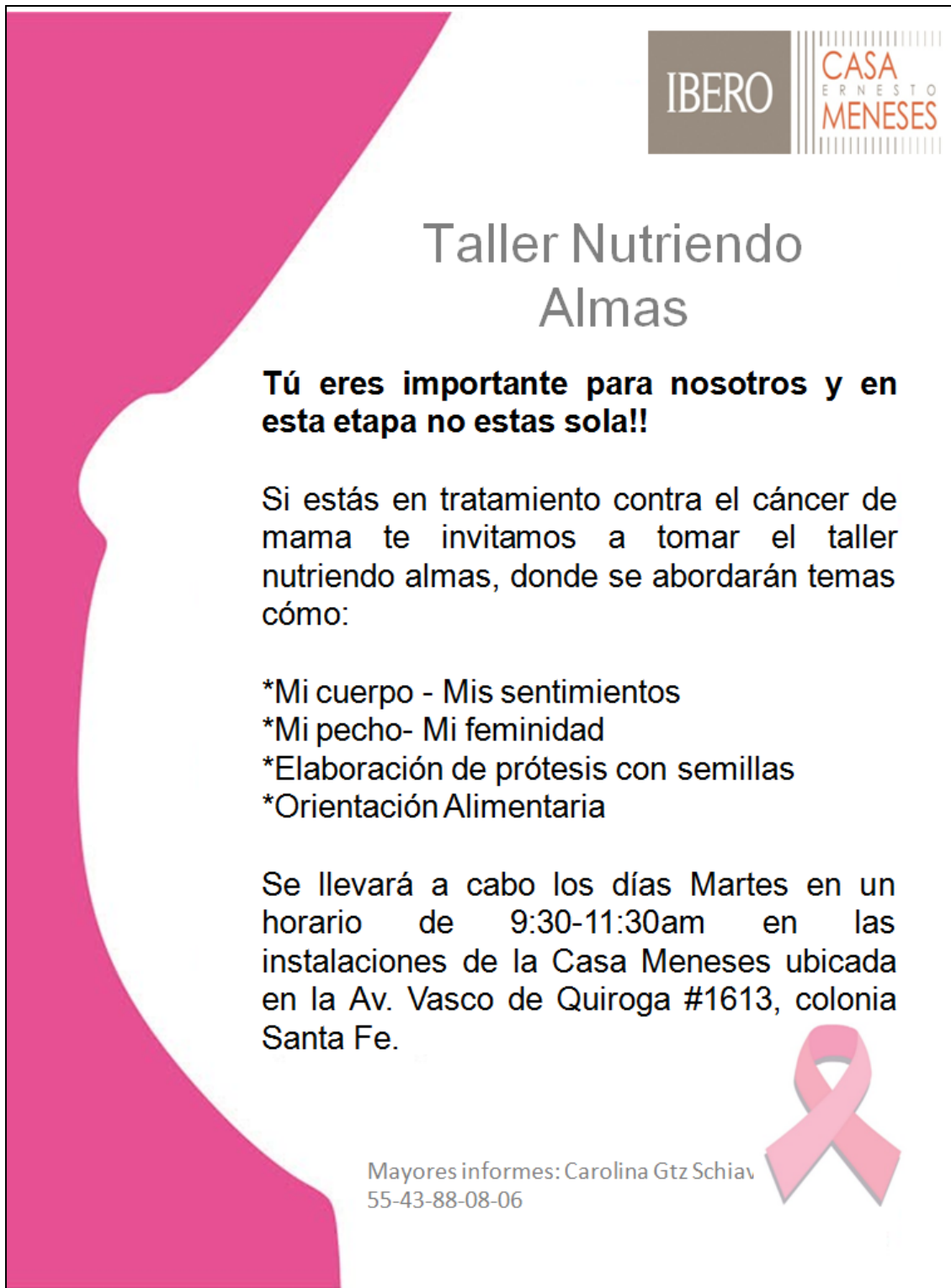
Referencias

- Borbón, J., & Beato, A. (2002). Enfoque actual de la problemática de salud- sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista cubana de medicina militar* , 31 (1), 47-53.
- Cerezo, V., & Ortiz, M. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista latinoamericana de psicología* , 41 (1), 131-140.
- Danilla, S., Cuevas, P., Calderón, E., & Vergara, J. I. (2014). Influencia de la apariencia de las mamas en la calidad de vida. Diferencias entre población pre operatoria y post operatoria. *Revista chilena de cirugía plástica* , 66 (2), 142-145.
- Frinck, C., & Forero, M. J. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia* , 3 (1), 7-27.
- Frith, H., & Harcourt, D. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *Clinical Journal Of Oncology nursing* , 11 (5), 385-391.
- García, C. R., & González, M. (2007). *Avances de psicología latinoamericana* , 25 (1), 72-80.
- García, C. R., & González, M. (2007). Bienestar Psicológico y cáncer de mama. *Avances de psicología latinoamericana* , 25 (1), 72-80.
- García, C. R., González, M., González, F., & Cantero, H. (2010). Creencia y opiniones acerca del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. *Psicología y Salud* , 20 (1), 31-40.
- GLOBOCAN. (5 de Octubre de 2014). *International Agency For Research on Cancer* . Recuperado el 19 de Octubre de 2014, de International Agency For Research on Cancer : www.globocan.iarc.fr
- González, N. (2010). La Autoestima. En N. González, *Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser* (págs. 17-36). Estado de México : Universidad Autónoma del Estado de México .
- INEGI. (18 de Octubre de 2012). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* . Recuperado el 19 de Octubre de 2014, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía : www.inegi.org.mx
- Knaut, F. (2009). Una mujer ante el cáncer de mama en México. *Salud Pública de México* , 51 (2), 364-371.

- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Revista de salud pública de México* , 51 (2), 335-344.
- Macedo, V., & Santana, N. (2007). Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. *Revista Baiana de enfermagem* , 21 (1), 41-53.
- Marín, C. L., Martínez, D. F., Vera, F., Echeverri, S., Muñoz, D. M., Sánchez, D., y otros. (2012). Calidad de vida en pacientes con tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010. *Revista de Investigaciones Andina* , 27 (15), 811-823.
- Meneses, C. E. (1 de 1 de 2011). *Ibero Ciudad de México*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de Ibero Ciudad de México: www.dis.uia.mx
- Oliveira, C., Batanho, A., Cabello, C., & Kakuda, A. (2012). Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. *Psicologia teórica e prática* , 14 (2), 43-55.
- OMS. (19 de Octubre de 2014). *Organizacion mundial de la salud*. Recuperado el 19 de Octubre de 2014, de Organizacion mundial de la salud: www.who.int/es/
- Organización mundial de la salud* . (19 de Octubre de 2014). Recuperado el Noviembre de 2014, de Organización mundial de la salud: <http://www.who.int/es/>
- Parra, C. E., García, L. V., & Insuasty, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 40 (1), 65-84.
- Rincón, M. E., Pérez, M. d., Borda, M., & Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica* , 11 (1), 25-40.
- Rogers, C. (2002). El proceso de convertirse en persona. En C. Rogers, *El proceso de convertirse en persona* (pág. 248=252). Buenos Aires: Paidós.
- Sebatían, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes de un programa de intervención psicosocial. *Revista clínica y salud* , 18 (2), 137-161.
- Secretaría de Salud . (2014). *Estadísticas Cáncer de mama 2013* . Distrito Federal : SS.
- SS. (1 de Mayo de 2010). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 19 de Octubre de 2014, de Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html

ANEXOS

Anexo 1: Cartel que se utilizó para la convocatoria de las participantes



IBERO **CASA ERNESTO MENESES**

Taller Nutriendo Almas


Tú eres importante para nosotros y en esta etapa no estas sola!!

Si estás en tratamiento contra el cáncer de mama te invitamos a tomar el taller nutriendo almas, donde se abordarán temas cómo:

- *Mi cuerpo - Mis sentimientos
- *Mi pecho- Mi feminidad
- *Elaboración de prótesis con semillas
- *Orientación Alimentaria

Se llevará a cabo los días Martes en un horario de 9:30-11:30am en las instalaciones de la Casa Meneses ubicada en la Av. Vasco de Quiroga #1613, colonia Santa Fe.

Mayores informes: Carolina Gtz Schiav
55-43-88-08-06



Nota: Se publicó en diversos puntos clave del pueblo de Santa Fe (farmacias, iglesias, escuelas centros de salud) el día 12 de Septiembre de 2014.

Anexo 2: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación está dirigida por la Lic. Carolina Gutiérrez Schiavon, estudiante de la maestría en Desarrollo Humano en la Universidad Iberoamericana. La meta de esta investigación es trabajar la autoestima e imagen corporal en mujeres con cáncer de mama desde el ECP.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar unos cuestionarios, recibiendo atención nutricia personalizada de forma gratuita y acudir a talleres para el manejo de emociones.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede solicitar aclararlas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, o durante las consultas de nutrición, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nota: Se muestra el texto que se utilizó para dar a conocer a las participantes de que trataba el taller, cuál era su finalidad y sus derechos de privacidad según el acuerdo a la declaración de Helsinki (1964).

Anexo 3: Cuestionario de datos generales y médicos

Instrucciones: Preguntar de manera verbal a las pacientes y anotar las respuesta según indica el formato.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Grado de estudios: _____

Estado civil: _____

Tiene hijos: Sí _____ No _____

No. De hijos en caso de tener: _____ **Edades de sus hijos:** _____

Datos de salud:

DX: _____

Fecha de diagnostico: _____

¿Practicaron mastectomía? Sí ___ No _____

¿Fecha de la mastectomía? En caso de haber sido intervenida: _____

¿Actualmente está en tratamiento de cáncer de mama?: Si _____ No _____

¿Cuál? _____

Si toma quimioterapia ¿No. De sesiones que ha tomado? _____

Anexo 4: Escala de Rosenberg aplicada

(RSES)

Por favor conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más adecuada.

A= Muy de acuerdo

B =De acuerdo

C =En desacuerdo

D =Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona de aprecio, al menos, en igual medida que los demás				
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma				
5. En general estoy satisfecha de mí misma				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada				
8. Me gustaría sentir más respeto por mí misma				
9. Hay veces en las que pienso que soy una inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

Anexo 5: Interpretación de la escala de Rosenberg

La escala consta de 10 ítems, cinco de las frases están enunciadas de forma positiva y cinco están enunciadas de forma negativa para controlar el efecto de aquiescencia auto administrada.

Interpretación:

De los ítems 1-5 las respuestas A-D se puntúan del 4 a 1. De los ítems de 6-10 las respuestas A-D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal

De 26-29 puntos: Autoestima media. No se presentan problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja: Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala se ha traducido al español. La consistencia interna tiene un valor de 0.76-0.87. la fiabilidad es de 0.80.

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona de aprecio, al menos, en igual medida que los demás	4	3	2	1
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas	4	3	2	1
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	4	3	2	1
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma	4	3	2	1
5. En general estoy satisfecha de mí misma	4	3	2	1
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa	1	2	3	4
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada	1	2	3	4
8. Me gustaría sentir más respeto por mí misma	1	2	3	4
9. Hay veces en las que pienso que soy una inútil	1	2	3	4
10. A veces creo que no soy buena persona	1	2	3	4

Anexo 6: Cartas descriptivas por sesión

Sesión #1

Nombre:	Autoestima			
Lugar, fecha y hora:	Casa Meneses 7 de Octubre de 2014. (9:30-12:30)			
Objetivo general:	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la autoestima a partir de la creación de un grupo como red de apoyo con participantes con la misma condición de salud. 			
Objetivos específicos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> Establecer el encuadre del grupo en el cual se impartirá el taller. (Horario, dinámica, aspectos de consideración general) Presentación de las participantes, generando un ambiente de acuerdo a los principios del ECP (Empatía, aceptación positiva, escucha y congruencia). Abordar el constructo de autoestima a partir de las historias de vida compartidas con el grupo. 			
Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Indicadores de Evaluación
Encuadre del grupo	Presentación de la facilitadora y encuadre del grupo mediante una explicación verbal.	15 minutos		
	Pedir a las participantes que escriban su nombre en una etiqueta para poder identificarlas.	5 minutos	Etiquetas y plumones.	
Presentación de las participantes.	Dinámica "Emociones y sentimientos del aquí y ahora"	60 minutos	Etiquetas con 14 sentimientos y emociones, 7 con sentimientos "positivos" y 7 con sentimientos "negativos".	¿Qué emoción/sentimiento me representa hoy? ¿Por qué elegí esta emoción/sentimiento? ¿Qué hay detrás de este sentimiento / emoción?
Autoestima	Elaboración del collage "Mi persona"	30 minutos	Cartulina, pegamento, tijeras, revistas, plumones.	Observar las reacciones de las participantes y su estado de ánimo al ver las revistas y elaborar su collage-
	Narración de mi collage.	40 minutos	Pizarrón y cinta adhesiva para pegar el collage.	Evaluar las palabras negativas vs las palabras positivas que menciona la participante. ¿Qué percepción predomina?
Cierre de la sesión	¿Cómo me voy hoy?	20 minutos	-----	¿Después de escuchar a mis compañeras de que me doy cuenta? ¿Valoré mi ser en lo bueno como en lo malo?

Despedida	Tiempo para ver si alguna de las participantes necesita comentar algo más.	5-10 minutos		Verificar que las pacientes no se vayan del taller con algún tipo de crisis o sentimiento desbordado.
------------------	--	--------------	--	---

Sesión # 2

Nombre:	Autoestima emocional			
Lugar, fecha y hora:	Casa Meneses 17 de Octubre de 2014. (9:30-12:30)			
Objetivos generales:	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar con las participantes el fortalecimiento de la autoestima emocional a partir de compartir las experiencias y fantasías sobre distintos escenarios de estigma con los cuales se han sentido identificadas. 			
Objetivos específicos de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> Confrontar a la paciente con las fantasías derivadas de sus propias creencias y pensamientos. Llevar a cabo un proceso de concientización sobre la realidad y confrontarla con las constantes fantasías que hacen que el sentimiento de sub valoración se presente. 			
Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Indicadores de Evaluación
Revisión de la sesión anterior	Recapitulación de su historia de vida en la última semana	20 minutos	NA	¿Las participantes utilizan...frases tales cómo a partir del taller pasado..., me paso que relacione el taller con...?
Autoestima Emocional	Viajando en el tiempo: Se le pide a la participante que construya con imágenes dos escenarios en una cartulina: el mejor y el peor panorama que imagina al terminar su tratamiento con respecto a su persona.	30-40 minutos	Revistas, plumones, tijeras, pegamento.	Observar la expresión corporal y verbal de las mujeres mientras realizan su cartel.
	Explicación de mi viaje en el tiempo. Cada una de las participantes explica grupalmente sus escenarios y recibe retroalimentación al final por parte de sus compañeras.	60 minutos	Pizarrón y cinta adhesiva para pegar la cartulina.	Las participantes exponen su mejor y peor panorama al recibir la retroalimentación preguntar ¿Si les suena lo que sus compañeras le comentan? ¿Si se siente identificada con la aportación de la facilitadora?
Cierre de la sesión	¿Cómo me voy hoy?	30 minutos	Hoja, pluma, plumones, cartulina.	Encontrar en la reflexión de la paciente aspectos que mencionen si cree que ahora puede discernir la convivencia social a partir de sus creencias.
Despedida	Tiempo para ver si alguna de las participantes necesita comentar algo más.	5-10 minutos		Verificar que las pacientes no se vayan del taller con algún tipo de crisis o sentimiento desbordado.

Sesión # 3

Nombre:	Autoestima física			
Lugar, fecha y hora:	Casa Meneses 21 de Octubre de 2014. (9:30-12:30)			
Objetivos generales: Trabajar con las participantes el fortalecimiento de la autoestima física a partir de validar su cuerpo y sus capacidades físicas a través del taller de cocina fría.				
Objetivos específicos de la sesión:				
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer nuevas habilidades que la paciente puede poner en práctica de acuerdo a sus distintos roles sociales. • Disminuir la ansiedad que se produce a partir de no poder cocinar cotidianamente por los cuidados permanentes de la intervención quirúrgica a través de técnicas de cocina que puede utilizar. • Reducir el miedo creado por fantasías de experiencias que han escuchado o leídos en distintos medios de información. 				
Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Indicadores de Evaluación
Revisión de la sesión anterior	Recapitulación de su historia de vida en la última semana	20 -25 minutos	NA	¿Las participantes utilizan...frases tales cómo a partir del taller pasado..., me paso que relacione el taller con...?
Autoestima física	Taller de cocina fría: se empieza la actividad dando una plática breve sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia y como se pueden abordar a través de la alimentos para disminuir su presencia.	25 -30 minutos	Material impreso con las indicaciones que se dan en la plática. Instrumentos de cocina y alimentos que pueden consumir de acuerdo al material dado.	Las pacientes plasman en un ficha bibliográfica las dudas que tenían al respecto y si esto les generaba alguna emoción o sentimiento.
	Posteriormente se empieza la preparación de 4 platillos que se pueden preparar en cocina fría.	90 minutos	Utensilios y quipo de cocina. Alimentos: frutas, verduras, POAS bajo aporte en grasa, leche, galletas.	Mientras las mujeres preparan los alimentos se observa sus reacciones físicas ante la ansiedad que les produce estar cerca de una zona caliente, los comentarios que hacen con respecto a no poder cocinar, planchar, entre otras actividades y como esto ha modificado la dinámica con su familia.
Cierre de la sesión	¿Cómo me voy?	20 minutos	NA	¿En el relato de la paciente se encuentran elementos positivos, su expresión verbal corresponde con la física?
Despedida	Tiempo para ver si alguna de las participantes necesita comentar algo más.	5-10 minutos		Verificar que las pacientes no se vayan del taller con algún tipo de crisis o sentimiento desbordado.

Sesión # 4

Nombre:	Imagen corporal			
Lugar, fecha y hora:	Casa Meneses 28 de Octubre de 2014. (9:30-12:30)			
Objetivos generales:				
<ul style="list-style-type: none"> • Re significar la imagen corporal a través de un taller de elaboración de prótesis mamarias con semillas de mijo blanco. 				
Objetivos específicos de la sesión:				
<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la autoestima física a través de la sesión en grupo. • Abordar la importancia del seno en la construcción de la imagen corporal. • Validar los sentimientos a partir de la pérdida del seno. 				
Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Indicadores de Evaluación
Revisión de la sesión anterior	Recapitulación de su historia de vida en la última semana	20 -25 minutos	NA	¿Las participantes utilizan...frases tales cómo a partir del taller pasado..., me paso que relacione el taller con...?
Imagen corporal	Elaboración de prótesis con semillas de mijo blanco. Las pacientes elaboran una prótesis mamaria hecha con tela y semilla de mijo a partir de tomar la medida de su brasier. Durante la elaboración de la prótesis se abordan temas guía: ¿qué represento la cirugía, qué cambio en ellas a partir de la pérdida del seno, cómo se sienten ante los futuros cambios físicos producidos por la quimioterapia?	90-120 minutos	Prótesis: Hoja de fomi, tela de camiseta, semilla de mijo, hilo, aguja, plumón, tijeras.	¿Qué significa elaborar la prótesis? ¿Qué significo la pérdida del seno? ¿Qué ropa uso a partir de la cirugía? ¿La pérdida del cabello que me representa? ¿Qué es mi cuerpo a partir de estos cambios?
Cierre de la sesión	¿Cómo me voy?	20 minutos	NA	¿Qué emociones y sentimientos toque a partir de la actividad hecha en el taller?
Despedida	Tiempo para ver si alguna de las participantes necesita comentar algo más.	5-10 minutos		Verificar que las pacientes no se vayan del taller con algún tipo de crisis o sentimiento desbordado.

Sesión # 5

Nombre: Imagen corporal y cierre del taller

Lugar, fecha y hora: Casa Meneses 4 de Noviembre de 2014. (9:30-12:30)

Objetivos generales:
 • Re significar la imagen corporal a través de la aceptación de las secuelas del tratamiento.

Objetivos específicos de la sesión:
 • Reforzar roles que las pacientes creen haber perdido después de las secuelas del tratamiento.
 • Validar los sentimientos producidos a partir de los efectos secundarios de la quimioterapia.
 • Confrontar las fantasías de estigma que se generan a través de las cicatrices físicas por el tratamiento.
 • Cierre del taller a partir de las reflexiones sobre los aprendizajes y vivencias producidas en el mismo.
 • Aplicación de la post evaluación.

Contenido	Actividades	Tiempo	Materiales	Indicadores de Evaluación
Revisión de la sesión anterior	Recapitulación de su historia de vida en la última semana	20 minutos		¿Las participantes utilizan...frases tales como a partir del taller pasado..., me paso que relacione el taller con...?
Imagen corporal	El jarrón reconstruido: las mujeres cuentan las experiencias que ha vivido su cuerpo a partir del tratamiento, simbólicamente el jarrón es su cuerpo y lo debe fragmentar. Una vez fragmentado lo debe reconstruir y re decorar.	70 minutos	Jarrón de cerámica Pinceles Pinturas para cerámica Hoja de lijar en agua Pegamento	¿Qué he hecho con las cicatrices que el tratamiento ha dejado en mi cuerpo? ¿Cómo he reconstruido mi imagen a partir del cuerpo que tengo hoy? ¿Qué percepción tengo de las marcas físicas que tengo ahora por el tratamiento? ¿Qué significa mi cabello? ¿Qué pierdo con el tratamiento?
	Explicación del jarrón construido	25 minutos		¿Cómo me percibo después de la actividad? ¿Cómo ve yo a las mujeres que tienen la misma condición de salud que yo?
	¿Cómo me voy? Cierre del taller	40 minutos		¿Qué emociones y sentimientos toqué a partir de la actividad hecha en el taller? ¿Qué le puedo decir a mi cuerpo y a mí ser después de esta vivencia? Aplicación de la escala de Rosenberg.

Despedida	Tiempo para ver si alguna de las participantes necesita comentar algo más.	10-20 minutos		Verificar que las participantes no se vayan del taller con algún tipo de crisis o sentimiento desbordado.
------------------	--	---------------	--	---

Anexo 7: Fotografías Sesión 5, Dinámica de los jarrones

Fotografía 1: Material para la dinámica los jarrones



En la fotografía 1, se muestra los materiales utilizados durante la dinámica. Aquí se pueden observar los jarrones en buen estado, que simulan la salud de las pacientes antes del cáncer aparentemente saludables hasta que llega el diagnóstico por parte de su médico y entonces esto cambia.

Fotografía 2: Desarrollo de la dinámica los jarrones después del diagnóstico



En la fotografía 2, se muestra los jarrones dañados después del diagnóstico, además de que la participantes están trabajando en el proceso de reconstrucción de los mismos, tal como su salud.

Fotografía 3: Participante 4 mostrando su jarrón reparado



En la fotografía 3 se muestra el jarrón de la participante 4, en donde ella explica a sus compañeras que se siente como... “una oruga en busca de esa metamorfosis que le permita volar nuevamente”.

Fotografía 4: Jarrón reparado de la participante 3



La fotografía 4 muestra e jarrón elaborado por la participante 3 la cual definía este jarrón de la siguiente manera:

“cada punto significa cada una de las marcas y cicatrices que tengo en mis brazos por la quimio, por los análisis y por todo lo que el cáncer ha dejado en mi cuerpo... yo lo veo hermoso y creo que mi cuerpo se ve igual... como que siento que al igual que al jarrón primero mi cuerpo estaba en blanco, no lo apreciaba y ahora noto mi cuerpo, sé qué significa cada marca y eso me hace valorarlo porque ha resistido la batalla...”