



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015/2016  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Propuesta de Intervención.

**Título:** Estado Emocional, Imagen Corporal, Autoestima y Sexualidad en mujeres con Cáncer de Mama desde la Teoría de la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

**Autora:** Nuria Rebollo Ojeda

**Tutora:** M<sup>a</sup> Carmen Neipp López

Elche a 20 de mayo de 2016

# ÍNDICE

1. Resumen .....	3
2. Introducción .....	4
3. Metodología .....	10
4. Procedimiento .....	11
5. Instrumentos .....	13
6. Discusión.....	34
7. Bibliografía .....	36



## RESUMEN

La presencia del cáncer es un evento adverso, asociado a la idea de muerte, dependencia o incapacidad. Por ello sobrevivir a la enfermedad, es una situación de incertidumbre sobre la visión preocupante del futuro. La mastectomía es considerada por la mayoría de mujeres como un ataque a su identidad y a su feminidad. Por un lado, afecta negativamente en algunos aspectos como son la autoestima, la imagen corporal o su sexualidad. Por otro lado, se puede ver perjudicado su bienestar emocional acompañado de sentimientos de ansiedad y depresión, pudiendo desembocar en ruptura con sus parejas o en el cese de sus relaciones sexuales, es por eso que tienen que afrontar muchos cambios y transformaciones desencadenadas por la enfermedad. Por lo que es necesaria una intervención, donde la mujer sea capaz de comprender, sentir y asumir las necesidades de la enfermedad y en la cual ellas sean las protagonistas de sus logros y resolución de problemas y donde el profesional les ayudará tanto física como psicológicamente durante su enfermedad y su readaptación a la vida.

Palabras clave:

Cáncer de Mama, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Bienestar Emocional, Imagen Corporal, Sexualidad, Autoestima.

## INTRODUCCIÓN

Es conocido en todo el mundo que el tumor maligno y más habitual entre las mujeres es el cáncer de mama, por ello supone un problema visible de salud y es necesaria una adaptación a los cambios centrada principalmente en la imagen corporal, en los sentimientos y actitudes que repercuten en la sexualidad pues son los aspectos más afectados. Se diagnostican alrededor de 1.300.000 nuevos casos, tanto en países desarrollados como en los que están en vía de desarrollo. (AECC)

A lo largo de la vida el riesgo de soportar esta enfermedad es de 1 de cada 8 mujeres por ello cada año en España alrededor de 26.000 mujeres son diagnosticadas de este tumor lo que significa que admite que cerca un 30% de estos afecta al sexo femenino.

Se ha percibido un repunte en la actualidad sobre las tasas de incidencias de cáncer de mama apelando en consecuencia tasas que se realzan cerca de 1-2% esto es debido por varios motivos, probablemente uno de ellos sea a causa del envejecimiento de la población y otro debido a los avances en los diagnósticos anticipados.

En los últimos tiempos se ha conseguido mejoras significativas y un acrecentamiento del 1.4% al año respecto, a la tasa de supervivencia. Los diferentes progresos en el diagnóstico precoz junto con el avance de los tratamientos han hecho posible que a día de hoy en torno al 83% de las mujeres con este tumor sobrevivan a los 5 años. En considerable y numerosas ocasiones los canceres producen una demostrativa y característica variación física y aún más elevada cuando se trata de la imagen corporal y el cáncer de mama. (AECC)

Así mismo, el afrontamiento del diagnóstico de cáncer de mama, se presenta como una situación complicada para las mujeres por su doble vertiente física y psicológica.

La enfermedad del cáncer de mama y las consecuencias de su tratamiento, llevan a la paciente a adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Por ello el bienestar emocional tal y afirma (Cardoso y Font, 2009) se ve afectado, porque se observan sentimientos de miedo, síntomas de ansiedad y depresión, sentimientos de ineficacia para poder salir adelante, etc. Y ello repercute en

la autoestima de las pacientes, las mujeres que se enfrentan a la enfermedad, optan por afrontarlo y superarlo ellas mismas e intentan no pensar en ello o pensar que el problema ya pasará en vez de buscar el lado positivo y buscarle sentido a la enfermedad. Estos pensamientos traen como consecuencias el estado emocional de las pacientes mermado y/o alterado, llegando a causarles ansiedad o depresión, debido a las creencias que se forjan al resignarse y buscar una explicación en el pasado e incluso prepararse para lo peor e intentar disimular el estado de ánimo en el que se encuentran.

Por otro lado, numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal correlaciona negativamente con la autoestima, el estado emocional y la sexualidad de la mujer influyendo negativamente en ellas. Los problemas de autoimagen y cambios corporales producidos por cáncer provocan un fuerte impacto en la emocionalidad del paciente alterando significativamente su calidad de vida, por tanto susceptibles de atención sanitaria. (Almonacid, Garces y Llunch Hernández, 2010; Fernández, 2004; Juárez y Landero, 2011).

El pecho de la mujer tiene una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas de ellas son los senos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la feminidad. Por ello en la cultura occidental esta es una parte del cuerpo fuertemente relacionada con el atractivo físico y la sexualidad además de considerarse una fuente de placer. En nuestra cultura, la imagen física de la mujer constituye una parte importante de su valoración social, y es un componente importante de su identidad personal, destacando, que en la sociedad occidental la imagen constituye una parte de su valoración social componente importante de su identidad personal (Sebastián et al., 2007).

Han sido relativamente frecuentes los intentos de elaborar programas de intervención grupales para mejorar la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama (Sebastián, 2003b). En este sentido, aunque son bastante conocidos algunos de estos programas (Cunningham et al. 1995; Fawzy y Fawzy, 1994; Greer et al. 1992; Spiegel et al.1999), muy pocos de ellos declaran trabajar sobre la imagen corporal y la autoestima como elementos específicos de intervención y menos aún introducen instrumentos de evaluación en el antes y el después de la implantación del programa.

Entre los que introducen el tema de la imagen corporal figuran los trabajos de Bryan (2004), Classen et al. (2001) y Roberts et al. (1997); y entre los que incorporan

la autoestima, los trabajos de Edelman, Bell y Kidman (1999), Linn, Linn y Harris (1982), Van de Borne et al. (1987), y Spiegel, Bloom y Yalom (1981); sólo en algunos aparecen ambos temas (Hegelson et al., 1999; Sebastián, Bueno, Mateos y García, 1999).

Cabe destacar la importancia de los tratamientos psicológicos grupales en la mejora de la imagen corporal y autoestima en el campo de la psicooncología donde ambos termino se evidencien. Y el resultado más frecuente es la mejora de la imagen corporal y de la autoestima en mujeres que reciben el programa de intervención en comparación con las mujeres que no lo reciben.

Se ha encontrado que variables sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación no tienen efectos sobre la autoestima y la imagen corporal (Sebastián, Manos, Bueno, y Mateos, 2008), sin embargo esta última se ve afectada a pesar de una participación activa en la toma de decisiones respecto al tratamiento (Kraus, 1999).

A continuación haremos referencia a algunos aspectos definitorios acerca de las variables que pretendemos estudiar en nuestro trabajo, ya que en estudios previos han mostrado que son relevantes.

La autoestima es definida por Rosenberg (1965) y se refiere a “una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo”.

En general, se reivindica que la autoestima y el bienestar emocional están directamente relacionados. En el transcurso de la enfermedad las mujeres presentan una alteración en su bienestar emocional, a causa de los sentimientos ansiosos y depresivos que experimentan se disminuye y es por ello que se observa una disminución de la autoestima en las pacientes.

Algunos estudios muestran, que el tipo de cirugía al que se exponen las mujeres afecta significativamente al grado de satisfacción que la mujer tiene de su cuerpo y consigo misma después de ser operada es por ello que las mujeres mastectomizadas presentan una peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han sufrido una tumorectomía (Kiebert, Hanneke, de Haes, Keivit, van de Velde, 1990; Margolis, Goodman y Rubin,1990; Mock, 1993; Yurek, Farrar y Andersen, 2000).

Por otra parte, la imagen corporal "es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos" (Raich, 1996).

El cáncer de mama, es de todos los tipos, en el que más se puede apreciar los efectos que derivan de la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal. (Manos et al., 2005). Las percepciones negativas de la imagen corporal derivadas de la enfermedad incluyen insatisfacción con la apariencia física, ausencia de percepción de feminidad e integridad corporal, sentirse menos atractiva, evitar verse sin ropa y una desagradable insatisfacción con el resultados quirúrgico. (Fobair, 2006)

La imagen corporal también está relacionada con la autoestima (Manos et al., 2005). Las pacientes que desarrollan la enfermedad se someten a la cirugía o a los distintos tratamientos que inducen a alteraciones físicas y mentales para el bienestar psicológico.

La insatisfacción con la imagen corporal es un predictor de la disminución del interés sexual en las mujeres sobrevivientes del cáncer de mama (Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz y Rowland, 1999), también en una evaluación de la trayectoria de los problemas sexuales se reporta que un predictor constante (antes del diagnóstico, después y durante el seguimiento a 6 meses), es una baja percepción del atractivo sexual (un indicador de la imagen corporal) (Burwell et al., 2006).

La sexualidad es otro de los aspectos de la vida de una persona que se ve afectada por el impacto del cáncer de mama. Está relacionada tanto con el bienestar emocional como con el autoconcepto que una mujer posee de sí misma.

Por tanto la sexualidad hace referencia al conjunto de condiciones psicológicas, fisiológicas y también anatómicas. La expresión hace referencia al apetito sexual y a lo que esto desencadena, es decir, a las respuestas emocionales y conductuales sujetas al sexo.

Algunos de los cambios extraídos en la actividad sexual de las mujeres con cáncer de mama son la disminución de la frecuencia de la relación sexual y disminución del deseo sexual (Takahashi et al., 2008). Estos cambios parecen ser más notorios en las mujeres jóvenes (menores de 50 años) (Andersen, Carpenter, Yang y Shapiro, 2007), ya que también adquieren más problemas en dominios del funcionamiento sexual después del diagnóstico como: interés y excitación sexual,

dificultad para relajarse y disfrutar del sexo, así como dificultad para llegar al orgasmo en los primeros meses después de la cirugía (Burwell, Case, Kaelin y Avis, 2006).

La terapia Breve Centrada en Soluciones, es un acercamiento terapéutico que hace énfasis en que las personas sean conscientes de sus recursos y fortalezas con el objeto de utilizarlos para solucionar sus problemas y conseguir las metas que se plantean generando cambios positivos en sus vidas (de Shazer, Dolan y Korman 2007). Esta aproximación terapéutica fue desarrollada por Steve Shazer, Isoo Kim Berg y su equipo (de Shazer, 1985,1988; de Shazer, Keeney, y Weakland, 1983) en la década de los 80. Una de las partes fundamentales en esta aproximación terapéutica es la utilización de preguntas efectivas para facilitar el proceso de cambio en las personas. La forma en cómo se pregunta, favorece que las persona identifiquen sus recursos y fortalezas además ayuda a que sean conscientes de qué cosas están haciendo en ese instante para resolver el problema y finalmente, que pueden identificar las metas a alcanzar y cómo conseguirlas. (De Shazer et al., 2007). Desde este enfoque las personas pasan más tiempo pensando en sus recursos y en las posibles soluciones para generar un cambio positivo en sus vidas, que pensando en los problemas y sus posibles causas.

Las premisas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones se caracterizan por la honestidad, no hay trucos ni objetivos ocultos. Todo se consensua con la persona o personas con las que se trabaja desde los objetivos a las tareas. Por ello, es una corriente que aporta la perspectiva de que cada persona es única, donde la resistencia no existe y donde el terapeuta no cambia a los clientes sino que solo ellos pueden cambiarse a sí mismos. Es una teoría que avanza a paso lento y esto ha de entenderse, es una perspectiva donde no existe ni causa ni efecto, donde las soluciones no necesariamente tienen que ver con el problema pero sin embargo las emociones pueden ser parte del problema y la solución, por ello uno de sus puntos fuertes es, no centralizar y rebuscar en el pasado sino centrarse y trabajar en base al futuro.

Existen revisiones empíricas y meta-análisis, que sugieren la existencia de bastantes evidencias de que la aproximación centrada en soluciones es efectiva en un gran rango de situaciones terapéuticas tales como la prevención de suicidio, los problemas matrimoniales, problemas de alcoholismo, problemas de ansiedad, depresión, estrés, entre otras (Corcoran y Pillai, 2009; Kim, 2008; Stams, Dekovic, Buist & de Vries, 2006).



Además también se ha demostrado que el uso de la terapia centrada en soluciones también es efectiva en contextos no clínicos como en el ámbito de organizaciones, deporte, ámbito escolar o coaching, entre otros (O'Connell, Palmer y Williams, 2012; Franklin, Trepper, Gingerich y MacCollum, 2012; McCormick, 2014)

Por todo ello consideramos que una intervención basada en Terapia Breve Centrada en Soluciones puede aportar a las mujeres que sobrellevan el cáncer de mama a soportan muchos efectos adversos derivados de este y por ello pueden tener necesidades especiales en diferentes aspectos de sus vidas, donde precisan de una intervención psicosocial por considerarse afectadas aéreas de su vida como son; el bienestar emocional que se ve alterado junto con la autoestima, la imagen corporal y el ámbito sexual que es donde se reflejan dichos cambios.

El objetivo del trabajo es identificar las necesidades de cuidados demandadas por mujeres supervivientes al cáncer de mama durante su proceso oncológico post tratamiento.



## METODOLOGÍA

La muestra de participantes de este estudio se compondrá de 20 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama hace más de un año y sometidas a cirugía, siendo indiferente el tipo de tratamiento, ya sea mastectomía radical o conservadora.

Las pacientes provienen del Hospital de Torre Vieja donde se llevará a cabo la difusión de la intervención. Su rango de edad se hallará entre los 40 y 65 años de edad.

Los criterios de inclusión son:

- Al menos un año tras el tratamiento de quimioterapia o radioterapia.
- No encontrarse en una fase avanzada de la enfermedad.
- Tener el nivel de estudios necesario poder cumplimentar las pruebas subjetivas.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión son:

- Tener un nivel de estudios insuficiente para comprender la información.
- Tener enfermedad o retraso mental.

Como comentaremos más adelante, las mujeres que compondrán la muestra de este estudio serán reclutadas de la consulta externa de la Unidad de Oncología del Hospital de Torre Vieja. Después de la cita médica de revisión con el oncólogo, les pasamos las pruebas a las pacientes que aceptarán y firmarán el consentimiento informado.

## PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se obtendrán los permisos oportunos y se realizarán los acuerdos de colaboración con las instituciones pertinentes. Las mujeres serán reclutadas o bien de consultas externas de la Unidad de Oncología del Hospital de Torrevieja, donde acuden a una revisión médica y se les pregunta si quieren participar en una intervención social basada en sesiones propuestas para tratar el cáncer de mama desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones o bien se reclutan captando la atención mediante el anuncio de un cartel donde se convoca a las mujeres que estén interesadas en participar de forma voluntaria, la colación y distribución se llevo a cabo en dicho hospital semanas previas antes de que comience la intervención. El proceso de recogida de datos consistirá en el pase de pruebas a las pacientes que darán su consentimiento en un documento donde se garantiza el anonimato y la confidencialidad.

Se llevarán a cabo 7 sesiones, con una duración de 1:30 horas cada una, el periodo de su realización será quincenalmente, y se llevara a cabo un único día de la semana en horario de 17.00h a 19,00h dichas sesiones están basadas en técnicas centradas en soluciones, acompañadas de técnicas cognitivo-conductuales. Se realizará quincenalmente porque se les enviarán tareas para casa donde ellas puedan reflexionar y valorar todo lo visto y aprendido en las sesiones además de ponerlo en práctica. Los temas principales que se tratan en las sesiones son: la autoestima, estado emocional, imagen corporal y sexualidad. La evaluación del trabajo llevado a cabo con las participantes, se realiza mediante cuestionarios en la primera sesión, dónde se utilizará está primera toma de contacto para evaluar y realizar una Pre Evaluación y por último al finalizar la intervención se volverá a realizar una sesión dedicada a la Post Evaluación para valorar las actividades llevadas a cabo y saber el grado de incidencia que ha tenido en las participantes, así como discriminar cuanto de efectivo ha sido la intervención llevada a cabo. El taller se realizará de forma grupal y cuando las mujeres tengan que intervenir lo harán en presencia de todas, aunque dentro de algunas sesiones se realizará de forma individual para después exponerlo con las demás y tener otros puntos de vista. Por último, a los tres meses de finalizar la intervención se les pedirá a las participantes que vuelvan a reunirse para realizar otra Post Evaluación.

En cada una de las 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 obtuvieron en la post evaluación contarán con un respaldo del avance de las participantes en cada una de las sesiones.



## INSTRUMENTOS

Existen numerosos instrumentos de evaluación de las distintas variables analizadas. Debido a la variedad de posibilidades de evaluación, elegiremos en nuestra intervención aquellas escalas que estén adaptadas a la población española, presenten una alta fiabilidad y validez y tengan un formato breve y fácil de entender para las pacientes.

- Para evaluar el Bienestar Emocional utilizaremos la escala HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale de Zigmond y Snaith, 1983). Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). Se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3). Los puntos de corte 115 de las subescalas son: 0-7: normal, 8-10: dudoso, 11 o más: patológico. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. Presenta una fiabilidad de 81.
- Para evaluar la Imagen Corporal, la escala BSI (Body Scale Inventory, Hopwood et al 2001). Es una escala que consta de 10 ítems con formato de respuesta en escala likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 ("nada") a 3 ("mucho"). La primera versión presentaba una fiabilidad de 85. Y la fiabilidad de esta escala en la segunda versión es de 93.
- Para el funcionamiento sexual utilizaremos la escala FSFI (Índice de la Función Sexual Femenina, de Rosen, 2000). Se trata de un cuestionario autoadministrado donde la paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante los últimos 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor). Del análisis factorial se deducen 6 dominios diferentes que explora el cuestionario: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor. Presenta una fiabilidad de 82.

- Y para evaluar la Autoestima, utilizaremos la escala RSES (Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965). Se trata de una de las escalas más utilizadas en la evaluación global de la autoestima, consta de 10 116 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Ha sido validada en la población española y presenta buena una fiabilidad y validez. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 76 y 87. Y la fiabilidad es de 80.

A continuación detallaremos la descripción y funcionamiento de la sesiones.

### **SESIÓN 1 PRE EVALUACIÓN**

- **Objetivo:**

Recoger los datos necesarios de las participantes y que haya una primera toma de contacto.

1. Establecer el encuadre del grupo en el cual se impartirá el taller.
2. Presentación de las participantes.
3. Rellenar los diversos cuestionarios y cumplimentar los datos necesarios.

- **Desarrollo de la actividad:**

Al ser la primera sesión se explicará a las participantes las condiciones del taller y las normas, seguidamente se hará una primera presentación para que vayan conociéndose, después se realizará la entrega de cuestionarios y el terapeuta dará la correspondiente explicación de cómo se deben cumplimentar cada uno y que finalidad o propósito tienen por otro lado las participantes comenzaran a rellenarlo y siempre estarán acompañadas por si tienen cualquier duda.

- **Tiempo aproximado:**

1 hora.

- **Material necesario:**

Cada participante necesitará un bolígrafo y los tests correspondientes que se vayan a pasar para evaluar el transcurso del taller.

## SESIÓN 2 LA AUTOESTIMA

- **Objetivo:**

Mejorar la autoestima partir de la creación de un grupo como red de apoyo con participantes con la misma situación.

1. Consensuar entre todas unas definiciones de autoestima para así dejar claro el concepto del que vamos hablar.
2. Abordar el constructo de autoestima a partir de las historias de vida compartidas con el grupo.

- **Desarrollo de la actividad:**

Por si hubiera alguna duda sobre algún aspecto del taller se preguntará antes de comenzar y seguidamente daremos paso al comienzo de la sesión. Se les pedirá a las mujeres que pongan su nombre en una cartulina, hasta que se conozcan más, y a continuación preguntaremos a ellas que es lo que entienden por autoestima y se formulará una definición para así dejar claro el término y que no hayan dudas respecto a este. Después se realizará una dinámica sobre sentimientos y emociones del aquí y ahora” a continuación se realizaran preguntas como ¿Qué sentimiento/emoción te representa hoy? ¿Por qué elegí esta emoción/sentimiento? ¿Qué hay detrás de esta emoción/ sentimiento? Seguiremos la sesión con otra dinámica, la elaboración del collage de las propias participantes, aquí se observara las reacciones de las mismas y su estado de ánimo al ver las revistas y elaborar el collage. Más tarde se pasará a la narración de los collages y aquí se valorara las palabras positivas vs negativas que utilizan y valorar que percepción predomina en ellas. Por último se realiza la despedida y se comprueba que las pacientes no se vayan del taller con ningún tipo de crisis o sentimientos desbordados.

Se llevará a cabo la dinámica de la escala de avance de forma muy gráfica donde se les representa en el suelo a modo de baldosas, unas cartulinas donde están numeradas hasta el 10. Conforme van saliendo se realizará la escala de avance donde se les preguntará a las mujeres. En una escala del 1 al 10, donde 1 sería el momento en que la autoestima ha estado peor y 10 sería donde la autoestima está elevada y totalmente recuperada. ¿Dónde dirías que estás ahora? A partir de aquí según lo que la participante nos responda se le seguirán haciendo preguntas para que ella no deje de pensar y reflexionar. Si nos dice, que se encuentra en un 3 le preguntaremos y ¿Qué cosas entran en ese número? ¿Cómo es que la autoestima está en un 3 y no en

un 1? ¿Qué notara cuando la autoestima este en un punto más en la escala? ¿Cuál puede ser la señal que le haga pensar que la autoestima está en un punto más? ¿Qué puede hacer usted para que su autoestima mejore un punto más en la escala?

También se les pide a el resto de mujeres que como la dinámica se hace de forma grupal saliendo una a una, es recomendable que entre ellas se aconsejen y se ayuden así todo resultará más efectivo y la persona recogerá más formas resolutivas para enfrentarse a su problema.

## **TAREA PARA CASA**

### **LA CARTA DE DESPEDIDA**

#### **Descripción.**

Solicitamos a la persona que escriba una carta de despedida a su problema en la que, tras agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que quiere prescindir de él. Por ejemplo:

Querido cáncer. Esta es una carta de despedida. Sé que a lo largo de estos cuatro años me han hecho mucha compañía e incluso me has hecho creer que eras mi mejor amigo, pero me he dado cuenta de que ya no tienes nada que aportarme. Al contrario, ahora veo cómo te has interpuesto entre mis padres y yo cómo me has llevado a alejarme de mis amigos y de cómo eres en parte el responsable de que rompiera con mi pareja. En estos años me has estado chupando la sangre, robándome mucha energía, haciendo que dedicara muchísimas horas a ti y a tus rollos con mi imagen. Estoy harta. Quiero volver a disfrutar de la vida, recuperar mis amigos, llevarme bien con mi familia. Quiero poder levantarme por la mañana sin agobiarme por cómo me veré o no ese día, disfrutar de las cosas que hago, poder salir y pasármelo bien, concentrarme en el trabajo... Pero sobre todo quiero volver a ser yo mismo. Por eso te digo: "Hasta Nunca".

#### **Indicaciones.**

Empleamos esta tarea para motivar a los consultantes para el cambio, y está indicada en todos aquellos casos en que la persona se halla en la situación ambivalente, en fase contemplativa, porque, por un lado desea superar su problema, pero por otro teme las consecuencias negativas de enfrentarse a él.



### **A tener en cuenta.**

Esta tarea resulta fácil para el consultante si durante la sesión se ha externalizado el problema, convirtiéndolo en un enemigo externo (el cáncer, el agobio, los nervios...) contra el que luchar.

### **Variantes.**

La carta de despedida no solo puede servir en los momentos iniciales de la terapia, puesto que también es un buen recordatorio de las razones que la persona tiene para cambiar.

- **Tiempo aproximado:**

1 hora y media.

- **Material necesario:**

Cada participante necesitará unas cartulinas, pegamento, tijeras y bolígrafos para la elaboración del collage, pizarra y cinta adhesiva para pegarlo. Además se utilizarán 7 cartulinas con “sentimientos positivos” y 7 con “sentimientos negativos” para la dinámicas “Sentimiento y emociones del aquí y ahora”. Por último se utilizarán 10 cartulinas a modo de baldosas para la escala de avance.

### **SESIÓN 3 AUTOESTIMA**

- **Objetivo general:**

Trabajar con la participantes el fortalecimiento emocional a partir de compartir las experiencias y fantasías sobre distintos escenarios de estigma con los cuales se han sentido identificadas.

1. Hacer reflexionar a la participante respecto a las fantasías derivadas de sus propias creencias y pensamientos.
2. Llevar a cabo un proceso de concienciación sobre la realidad y confrontar con las constantes fantasías que hacen que se presenten sentimientos negativos.

- **Desarrollo de la actividad:**

Se abre la sesión haciendo una revisión de la sesión anterior, preguntándole por sus mejorías, y seguidamente se les pide a las participantes que viajen en el tiempo y que construyan con imágenes un escenario en una cartulina: el mejor panorama que imaginar al terminar su tratamiento con respecto a su persona. Explicación de su viaje en el tiempo grupalmente para recibir retroalimentación al final por parte de sus compañeras.

Aquí utilizaremos otra vez la escala de avance donde se les preguntará a las mujeres. En una escala del 1 al 10, donde 1 sería el momento en que la autoestima ha estado peor y 10 sería donde la autoestima está elevada y recuperada. ¿Dónde dirías que estás ahora? Para comprobar si su autoestima ha aumentado desde la sesión anterior donde se trabajo la autoestima. Si nos responde con que su autoestima ha aumentado a un 7 y a la vez que nos lo dice da pasos hacia adelante, en la escala, para visualizarlo todavía mejor le preguntaremos para ampliar la excepción; ¿Qué cosas ve que le permiten puntuar en un 7? ¿Qué está siendo ahora diferente que le hace pensar que las cosas están en un 7? A continuación para atribuir control se le realizan preguntar cómo; ¿Qué te ha ayudado a que la autoestima esté en un 7? ¿Qué has puesto de tu parte? ¿Cómo lo ha conseguido? Y por ultimo para identificar el paso siguiente se le realizan preguntas; ¿En qué va a notar que la autoestima ha mejorado un punto más en la escala? ¿Cuál será la señal que le haga pensar que la autoestima estará en un punto más? ¿Qué tiene que pasar para pensar que la autoestima está en un punto más?

## **TAREA PARA CASA**

### **SIMULAR EL MILGARO/UN PUNTO MÁS EN LA ESCALA**

#### **Descripción.**

Pedimos a la persona que simule el “milagro”, a saber, que en la sesión se imagine un “milagro” que resuelve por arte de magia todos los problemas que la traen a terapia, y que luego en casa actúe dos días por semana como si éste se hubiese producido realmente para después fijarse en qué efecto tiene. Si la mejoría deseada para el futuro consistiera en estar en un punto más arriba en la escala de avance (o cualquier objetivo intermedio), se le propondría dos días por semana que se halla ya en esa puntuación.

#### **Indicaciones.**

Sirve para facilitar el paso a la acción de los consultantes. Pedirles que solamente “simulen” es más fácil que pedirles que directamente “hagan”. De todos modos, esta tarea sólo tiene sentido, si durante la sesión se ha descrito de forma concreto y conductual en qué consistiría ese futuro mejor, sea el milagro, un punto más en la escala o simplemente cualquier descripción de cómo le gustaría que fueran las cosas.

#### **Variantes.**

En vez de pedir que se simule dos días por semana podemos proponer que todos los días se simule alguna pequeña parte del milagro. Con parejas y familias podemos convertir la tarea de simular un juego: pedimos que los miembros simulen dos días por semana, en secreto, y que todos traten de “pillar” a los demás identificando en qué días han hecho alguna parte del milagro. De esta forma, generamos más posibles excepciones (no sólo los días en que cada uno hizo algo diferente), sino también los días en que acertado o equivocadamente, los demás los “pillaron”.

- **Tiempo aproximado:**

1 hora y media.

- **Material necesario:**

Las participantes tan solo necesitan un bolígrafo y cartulinas donde vayan a plasmar las situaciones. Tizas para salir a la pizarra y cada una ir explicando su viaje.

## SESIÓN 4 IMAGEN CORPORAL

- **Objetivos**

Conocer la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo.

1. Conocer los tres componentes en los que se basa la imagen corporal: perceptual, cognitivo y conductual.

- **Desarrollo de la actividad**

Se les explicará brevemente los componentes de la imagen corporal.

1. El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente. En los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) frecuentemente se encuentra sobrestimación.
2. El componente subjetivo o cognitivo incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.
3. El componente conductual se refiere a las conductas elicítadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente, etc.)

Una forma rápida y directa de promover cualquier tipo de intervención psicosocial es utilizar las escalas de avance. Se trata de pedir a los consultantes que valoren del 1 al 10 la gravedad de su problema, para a partir de ahí, trabajar sus mejorías y sus recursos, definir objetivos y concretar metas intermedias. Permite evaluar como los consultantes ven su situación, son sobre todo un instrumento de intervención, dirigido a crear nuevos diálogos sobre posibilidades y recursos. La formulación de la escala avance sería la siguiente:

En un escala del 1 al 10, donde el 1 sería el momento en que los problemas que te han traído aquí han estado peor y 10 sería que están del todo solucionados ¿Dónde dirías que están ahora?

La manera en que se comienza a trabajar con esta pregunta es pidiendo a las mujeres que valoren como están los problemas que les han llevado a terapia en ese momento. Una vez que los consultantes responden con un número se continúa con una serie de preguntas ampliando la excepción; ¿Qué cosas entran en ese 5? ¿Cómo es que las cosas están en ese punto y no en un 1? ¿Qué está siendo ahora diferente que le hace pensar que la imagen corporal está en un 5? ¿Qué cosas ve que le permite puntuar en un 5? Continuaríamos con preguntas para atribuir control; ¿Qué te ha ayudado a que tu imagen corporal esté en un 5? ¿Qué has puesto tú de tu parte? ¿Cómo has conseguido que tu imagen corporal puntué más alto? ¿Qué han hecho tus amigos/padres /marido para permitirte ver tu imagen corporal en un 5? Y para finalizar se realizan preguntas para identificar el paso siguiente; ¿En qué va a notar que la imagen corporal ha mejorado un punto más en la escala? ¿Qué va ser diferente cuando las cosas estén en un punto más? ¿Cuál puede ser una señal que le haga pensar que la imagen corporal está en un punto más? ¿Qué tiene que pasar para considerar que la imagen corporal está en un punto más? ¿Qué puede hacer usted para que la imagen corporal mejore un punto en la escala?

Integrando los tres componentes, se concluye que la imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y al modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

## **TAREA PARA CASA**

### **LA TAREA DE PREDICCIÓN**

#### **Descripción.**

Pedimos al consultante que todas las noches antes de acostarse, haga una predicción sobre si al día siguiente será capaz de hacer alguna de las cosas que se ha planteado como objetivos de la terapia. A la noche siguiente, y antes de hacer otra predicción, apuntará qué ocurrió ese día. Pedimos que las predicciones y lo que de hecho sucedió se apunten en dos columnas.

#### **Indicaciones.**

Para todas aquellas ocasiones en que durante la sesión se comentan excepciones o mejorías y, sin embargo, no conseguimos que el cliente se atribuya el mérito por ellas. En estas situaciones, en que parece que las excepciones se dan por

casualidad o por factores externos, la tarea de predicción ayuda a atribuir el control al consultante. “La tarea de la predicción” permite generar mucha información para la sesión siguiente. Trabajando centrados en soluciones nos interesarán especialmente los días en que la persona predijo que sí y de hecho fue capaz, aunque también los días en los que predijo que no, pero finalmente sí fue capaz.

### **A tener en cuenta.**

Hacer todas las noches una predicción y registrar lo que sucedió puede resultar un tanto pesado para la consultante. Por eso, propondremos esta tarea a consultantes dispuesto a ello. En caso de duda, preferimos la tarea “Estar atento a los momento que sucede... (Una excepción, una mejoría)”, menos exigente.

### **Variantes.**

La predicción puede ser más compleja, por ejemplo tratar de anticipar en qué punto de una escala de 1 a 10 estará al día siguiente.

- **Tiempo aproximado**

1 hora y media.

- **Material necesario**

Cada participante tendrá un folio y un bolígrafo por si necesita anotar algo además dispondremos de un proyector para visualizar el material y de una pizarra por si necesitamos explicar algo y plasmarlo.

## **SESIÓN 5 IMAGEN CORPORAL Y SEXUALIDAD**

- **Objetivos:**

Significar la imagen corporal y la sexualidad a través de un taller de elaboración de prótesis mamarias con semillas de mijo blanco.

1. Que las participantes expresen las emociones tanto positivas como negativas que sienten hacia su cuerpo.
2. Reforzar la autoestima física y la sexualidad a través de la sesión de grupo.
3. Abordar la importancia del seno en la construcción de la imagen corporal.
4. Validar los sentimientos a partir de la pérdida del pecho.

- **Desarrollo de la actividad:**

Se realiza una revisión de la sesión anterior y se pregunta por si se tuviera alguna duda o comentario. La terapeuta entrega el material necesario a cada integrante. Las pacientes elaboran una prótesis mamaria hecha con tela y semilla de mijo a partir de tomar la medida de su seno. Se les pide a las participantes que expresen por escrito todas las emociones y sentimientos que en ese preciso momento sienten hacia su cuerpo. Al terminar todas las participantes su prótesis, la coordinadora pide al grupo que de manera voluntaria algunos lean lo que han escrito aunque previamente durante la realización hayan ido hablándolo entre ellas. La terapeuta indica y resalta la importancia que tiene el respeto a las opiniones e ideas de los demás. Durante la elaboración de la prótesis se abordan temas como ¿Qué represento la cirugía? ¿Qué cambio en vosotras a partir de la pérdida de pecho? ¿Cómo os habéis sentido ante los cambios de la quimioterapia? ¿Qué es su cuerpo a partir de esos cambios?

### **TAREA PARA CASA**

#### **LA CARTA DESDE EL FUTURO**

##### **Descripción.**

Proponemos a las consultantes que se escriban a sí mismas una carta desde el futuro, veinte o treinta años más adelante. Ha superado los problemas que la han traído a terapia y es una versión mayor y más sabia de sí misma. En esta carta, anima a la persona actual y le cuenta cómo consiguió salir adelante, qué personas le ayudaron, qué cualidades personales supo aprovechar.

### **Indicaciones.**

“La carta desde el futuro” es útil para consultantes desesperanzadas y muy focalizadas en su presente angustioso, que mediante ella pueden ampliar su perspectiva temporal y generar expectativas de éxito. Además, los consejos que se dan a sí mismas desde el futuro pueden ayudar a crear alternativas interesantes en el presente. Se trata de una tarea muy versátil, que puede emplearse en cualquiera de las etapas de cambio y en casi cualquier momento de la terapia.

### **Variantes.**

Una variante interesante que utilizaremos a veces en el cierre de la terapia, como un recurso para prevenir recaídas es “la carta de felicitación”. Esta se escribe desde un futuro más cercano, seis meses o un año más tarde de la fecha actual. En ellas, la persona se felicita a sí misma por haber sido capaz de seguir haciendo las cosas que saber que le ayudan y las describe detalladamente. Cuando se cumple el plazo establecido (seis meses, un año), la consultante relee la carta, que de este modo funciona como una verdadera “autolesión” consigo misma.

- **Tiempo aproximado:**

1 hora y media.

- **Material necesario:**

Tela de camiseta, semilla de mijo, hilo, agujas, tijeras bolígrafos y papel.



## SESIÓN 6 LAS EMOCIONES

- **Objetivos:**

Identificar las diferentes emociones a través de la realización de una actividad de mímica.

1. Definición de emociones frecuentes para discernir cada una de ellas.
2. Analizar las connotaciones de cada una de las emociones.
3. Reflexionar sobre sus propias emociones.
4. Formular propuestas para cambiar (o mantener) sus emociones.

- **Desarrollo de la actividad:**

¿Qué son las emociones?

Una emoción es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Por lo tanto, las emociones son mecanismos que nos ayudan a reaccionar con rapidez ante acontecimientos inesperados que funcionan de manera automática, son impulsos para actuar.

- Las emociones son propias del ser humano. Se clasifican en positivas y negativas en función de su contribución al bienestar o al malestar pero todas ellas, tanto las de carácter positivo como las de carácter negativo, cumplen funciones importantes para la vida.
- Todas las emociones son válidas. No existen emociones buenas o malas. Las emociones son energía y la única energía que es negativa es la energía estancada. Por esta razón, es necesario expresar las emociones negativas retenidas que pueden desencadenar problemas mayores.
- No podemos desconectar o evitar las emociones. Cualquier intento por controlarlas a través del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas puede generar problemas más importantes a largo plazo.
- Podemos aprender a manejarnos con nuestros estados emocionales.

¿Cuáles son las emociones más frecuentes en el cáncer de mama?

Una vez que salen del “shock” y la realidad les ubica a que deben responder ante las circunstancias que están viviendo, aparece una segunda etapa de emociones como lo son el miedo, el enojo, la vergüenza, la tristeza, la culpa, no hay un orden o una forma “correcta” para sentirse; todas las emociones y los sentimientos son válidos, lo importante es que aprendan a identificarlas, a reconocerlas, ponerles nombre, ya que cuando se reconoce eso que se siente, pueden ser capaces de acompañarlo para saber qué se quiere, qué se necesita para ser atendida y ponerse en acción para liberarlo.

**MIEDO.** Anticipación de una amenaza o peligro (real o imaginario) que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad. El miedo es necesario ya que nos sirve para apartarnos de un peligro y actuar con precaución.

**SORPRESA.** Sobresalto, asombro, desconcierto. Es muy transitoria y nos permite una aproximación cognitiva para saber qué está ocurriendo. Nos ayuda a orientarnos, a saber qué hacer, ante una situación nueva.

**VERGÜENZA.** La vergüenza se puede vivir desde el sentir pena ó incomodidad por esas miradas, a veces con morbo, a veces con curiosidad. O llegar a percibir lástima, a verse con ojos tristes o con lágrimas, y con ello una se siente vulnerable, indefensa. Y tampoco es fácil ocultar la vergüenza que se vive cuando algunas veces se presenta el vómito, o la náusea que les hace huir, correr de con quién estén, o dejar de hacer lo que están haciendo.

**AVERSIÓN.** Disgusto o asco hacia aquello que tenemos delante. Ira, rabia, enojo que aparece cuando las cosas no salen como queremos o nos sentimos amenazados por algo o alguien. Nos produce rechazo y solemos alejarnos.

**IRA.** Rabia, enojo que aparece cuando las cosas no salen como queremos o nos sentimos amenazados por algo o alguien. Es adaptativo cuando impulsa a hacer algo para resolver un problema o cambiar una situación difícil. Puede conllevar riesgos de inadaptación cuando se expresa de manera inadecuada.

**TRISTEZA.** Pena, soledad, pesimismo ante la pérdida de algo importante o cuando nos han decepcionado. La función de la tristeza es la de pedir ayuda. Nos motiva hacia una nueva reintegración personal.

Después las mujeres escribirán en trozos de papel diferentes emociones que conozcan.

Ellas irán saliendo una a una, cogerá un trozo de papel sin mirar -donde vendrá escrita una emoción-, la leerá y deberá hacer la mímica o gestos oportunos para que el resto de las participantes sea capaz de adivinar de qué emoción se trata.

A continuación, el terapeuta guiará y dinamizará el análisis de cada emoción: entre todos deberán explicar las connotaciones o consecuencias que conlleva cada una de las emociones. Así como comentar qué emoción es la que suelen tener y si les gustaría cambiarla o no.

En esta ocasión, trabajaremos con “excepciones” y se pueden definir como aquellas ocasiones en las que se espera que aparezca el problema y este no se da (de Shazer y Cols, 1986) o cualquier avance hasta la consecución de objetivos en ella se distinguen las mejorías que aparecen una vez iniciada la terapia que llamaremos “avances o cambios terapéuticos”.

Podemos distinguir varios pasos en las excepciones:

**Elicitar:** Aquí es dar pie a la mujer para que hable de esas “excepciones” aun por pequeñas que sean o insignificantes que sean en las que las cosas van bien o menos mal. Ellas informaran de estos avances abiertamente y en otras mientras explican su problema. Me gustaría que me dijeran que ocurre cuando no se presenta el problema, ¿Qué cosas distintas está haciendo?

**Marcar:** Una vez que identificada la excepción, se llama la atención de las consultantes sobre ellas. El terapeuta hace notar esa diferencia. ¿Qué tendría que suceder para que esto siga sucediendo?

**Ampliar:** Una vez encontrada y marcada la excepción, el trabajo del terapeuta consiste en hablar de ella el máximo tiempo posible. En construir y reconstruir la historia con todo lujo de detalle. ¿Cómo se le ocurrió tal idea?

**Atribuir Control:** Consiste en ayudar a que tengan control sobre la excepción, es decir, que lleguen a saber lo que ellas hicieron para que la excepción tuviera lugar. Fortalece los recursos y les permite aumentar la frecuencia en que se da la excepción. Aquí en términos más cognitivos diríamos que habremos promovido un locus de control más interno. ¿Qué podría hacer para que esto se presentara con más frecuencia? ¿Qué se dijo a sí mismo para dar un paso tan importante?

**Seguir:** Cuando el terapeuta ha identificado la excepción, la ha marcado y le ha ayudado a las mujeres a atribuirse el control, el siguiente paso a seguir en el trabajo con las excepciones consiste en volver a elicitar otra nueva excepción. La pregunta

más utilizada para seguir trabajando las excepciones es tan simple como ¿Qué más? ¿Qué más está yendo mejor? ¿En qué otras ocasiones ha ocurrido un milagro? Una vez identificado otras excepciones se deberá marcar, ampliar y atribuir control, así sucesivamente hasta que los consultantes informan de que no hay nada más que haya ido bien.

## **TAREA PARA CASA**

**ESTAR ATENTO A LOS MOMENTOS EN QUE SUCEDE... (UNA EXCEPCIÓN O UNA MEJORÍA)**

### **Descripción.**

Pedimos a las consultantes que estén atentas a todas las ocasiones en las que se dé una excepción, es decir en las que en vez del problema se dé alguna de las conductas alternativas que desean.

### **Indicaciones.**

Esta tarea focaliza la atención de las consultantes sobre las excepciones y, por tanto, contribuye a hacerlas más visibles. En otro sentido, es una forma indirecta de animar a la persona a que haga aquello en lo que le pedimos que se fije y, por ende, está especialmente indicada en situaciones en que las consultantes no estarían dispuestas a cumplir tareas más exigentes.

### **A tener en cuenta.**

Es imposible plantear esta tarea de forma presuposicional “fíjate en los momentos que...” es decir, dando por supuesto que habrá momentos en que se dé la conducta positiva. De esta forma, transmitiremos nuestra confianza en que de hecho habrá excepción y avances, aumentando la expectativa de éxito de las consultantes. Una formulación condicional “Fíjate si hay momento en que...” no surte el mismo efecto.

### **Variantes.**

Si la persona está dispuesta a ello, podemos pedirle que registre las excepciones que detecte y que traiga las notas en la siguiente sesión. Si estamos trabajando con una familia se puede plantear la tarea como un concurso, en la que el ganador será quien más excepciones haya anotado. Para parejas, la variante consiste en pedir a cada miembro que pille al otro haciendo algo agradable. A veces es también útil añadir una coetilla a la tarea: “Estate atento a las ocasiones en las que... y fíjate en cómo

consigues”. Este añadido es importante si en la sesión hemos detectado excepciones y mejoras, pero no termina de queda claro cómo las producen las consultantes.

- **Tiempo aproximado:**

1 hora y media.

- **Material necesario:**

Cada participante utilizará tantos pequeños trozos de papel como sean necesarios además cada alumna contará con su bolígrafo y cuaderno para anotar lo que les parezca conveniente o hacer reflexiones, sobre qué emociones suelen ser predominantes en ellas, cuales les influyen en su día a día y en función de ello, qué podría hacer para cambiarlas.



## Sesión 7 INTELIGENCIA EMOCIONAL

- **Objetivo general:**

Mejorar el bienestar emocional y mejorar la calidad de vida de las participantes.

1. Aprender la importancia de las emociones negativas.
2. Potenciar su autoestima
3. Fortalecer la resistencia ante las adversidades.
4. Gestionar nuestras emociones.
5. Lograr una actitud positiva ante la vida.
6. Aprender a relacionarse mejor con nosotros mismos.
7. Mejorar la relación con los demás.

- **Desarrollo de la actividad:**

Haremos una revisión de la sesión pasada para resaltar lo más importante y seguidamente definiremos que es la Inteligencia Emocional, es la capacidad de reconocer, aceptar, utilizar y expresar las emociones con fines adaptativos. Esto es, la habilidad para razonar con emociones. A través de la Inteligencia Emocional y el desarrollo de esta, podemos iniciar una vía de conocimiento hacia uno mismo y de esa manera crear el eslabón base. La Inteligencia Emocional nos permite reconocer las necesidades relacionadas con las emociones, sentimientos, que acompañan una situación, en este caso en nuestra enfermedad y poder controlarla de manera firme y responder de una forma asertiva ante la misma. A continuación se les explica a las mujeres como poder tener en cada momento inesperado control sobre sus emociones.

Las cuatro habilidades básicas para un adecuado control emocional son:

**1. PERCEPCIÓN, EVALUACIÓN Y EXPRESIÓN DE EMOCIONES.** Esta habilidad se refiere al grado en que las personas son capaces de identificar sus emociones, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que ellas conllevan. Además, implica la capacidad para expresar adecuadamente los sentimientos y las necesidades asociadas a los mismos en el momento oportuno y del modo correcto.

**2. ASIMILACIÓN O FACILITACIÓN EMOCIONAL.** Implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando realizamos un proceso de toma de decisiones. Las emociones sirven para modelar y mejorar el pensamiento al dirigir nuestra atención hacia la información significativa, pueden facilitar el cambio de perspectiva y la consideración de nuevos puntos de vista.

**3. COMPRENSIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EMOCIONES.** Implica saber etiquetar las emociones y reconocer en qué categoría se agrupan los sentimientos. Así como conocer las causas que las generan y las consecuencias futuras de nuestras acciones.

**4. REGULACIÓN EMOCIONAL.** Supone la regulación consciente de las emociones. Incluiría la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos. Además, abarcaría la habilidad para regular las emociones moderando las negativas e intensificado las positivas sin reprimir ni exagerar la información que comunican.

Se llevará a cabo a través de la técnica de proyección al futuro, esto es, mediante una secuencia de preguntas. Después trabajaremos con las respuestas de las consultantes y así conseguiremos los objetivos trabajables y finalmente se llevara a cabo un plan concreto de acción. Entre preguntas, se harán perífrasis y resúmenes de lo ya dicho, para que de esta manera no sea como un mero interrogatorio.

Después se les planteara la pregunta milagro. Os voy a plantear una pregunta un tanto extraña. Imaginaos que esta noche, mientras estáis durmiendo, sucede una especie de milagro y la enfermedad que os trae aquí se resuelve. Y no se resuelve como en la vida real, poco a poco y con esfuerzo, si no que se resuelve ¡zas!, de forma milagrosa. Pero como estáis durmiendo no os dais cuenta de que esta especie de milagro sucede. Entonces se procede a preguntarles a las participantes, mañana por la mañana ¿Qué sería diferente si no tuvieras la enfermedad? ¿Qué notáis que os haría daros cuenta de que el cáncer no existe? ¿Qué es lo primero que haríais? ¿Quién creéis que se daría cuenta? y ¿En qué lo notaría?

## **TAREA PARA CASA**

### **UN MILAGRO POR LA MAÑANA**

#### **Descripción.**

Proponemos a la persona con quien estamos trabajando que por la mañana, nada más levantarse y mientras se está lavando y arreglando se imagine que sucede un “milagro” y todos los problemas que la traen a terapia se resuelven. ¿Qué sería distinto? ¿Qué haría diferente ella? ¿Y qué más? Luego se le pide que entre todo lo que ha pensado escoja una cosa, la más pequeña e insignificante de todas ellas, y la lleve a cabo y se fije en qué efecto produce.

### **Indicaciones.**

Esta tarea pretende también facilitar el paso a la acción de las mujeres. Además, es una manera de empezar el día de una forma diferente de la habitual, induciendo expectativas de cambio. Para nosotros es una buena opción tanto si durante la entrevista hemos construido un buen “milagro” con nuestras consultantes, como si no hemos tenido tiempo de trabajar el “milagro” durante la entrevista.

### **Contraindicaciones.**

No es adecuado utilizar “Un milagro por la mañana” con aquellas mujeres a los que les cuesta concretar ya que es muy probable que no sean capaces de generar en su reflexión sobre el “milagro” ninguna conducta lo bastante específica como para llevarla a cabo.

### **Variantes.**

Se puede combinar esta tarea con la de “Cara o cruz” una vez imaginado su “milagro” la persona lanza la moneda y en función del resultado hace o no alguna de las cosas que ha imaginado.

- **Tiempo aproximado:**

1 hora y media.

- **Material necesario:**

Se necesitará un papel para registrar junto con un bolígrafo.



## **Sesión 8 POST EVALUACIÓN**

- **Objetivo:**

Recoger los datos necesarios de las participantes para poder evaluar junto con los tests iniciales el transcurso del taller y ver si ha sido efectivo y eficaz.

1. Explicar previamente cada test a las participantes.
2. Rellenar los diversos cuestionarios y cumplimentar los datos necesarios.
3. Despedida y feedback de todo el transcurso del taller.

- **Desarrollo de la actividad:**

Al ser la última sesión se explicara a las participantes que al igual que al inicio del taller se les repartió 4 cuestionarios diferentes para rellenar, en esta última etapa se pasaran los mismos tests para recoger sus datos y ver la diferencia o el cambio, antes de iniciar el taller y al finalizarlo por ello se realizará la entrega de cuestionarios y el terapeuta dará la correspondiente explicación de cómo se deben cumplimentar y que finalidad tiene cada uno por otro lado las participantes comenzaran a rellenarlo y siempre estarán acompañadas por si tienen cualquier duda.

**Tiempo aproximado:**

1 hora.

- **Material necesario:**

Cada participante necesitará un bolígrafo y los tests correspondientes que se vayan a pasar para evaluar el transcurso del taller.

## DISCUSIÓN

Como hemos podido observar, el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama se ve afectado tanto por la enfermedad como su tratamiento, apareciendo frecuentemente síntomas depresivos y ansiosos. El trabajo consiste en analizar las variables que influyen en dicho bienestar, para poder trabajar e intervenir sobre ellas y facilitar a las mujeres una mayor calidad de vida.

El cambio en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama está relacionado con la mastectomía, refiriéndose al sentimiento de asimetría y a la sensación de tener el cuerpo desproporcionado. Se sugiere que las mujeres que sienten mayor insatisfacción con su imagen son aquellas que consideran sus senos una parte importante de su cuerpo, por ello se dedica una sesión dentro de la intervención a trabajar este aspecto y ver que relevancia tiene para ellas. La mastectomía es señalada como la alternativa terapéutica que produce mayor daño en la imagen corporal y una autoestima más baja en su feminidad y atractivo, por esta razón se requiere una gran labor de intervención con ellas.

Otro aspecto importante en la vida de las mujeres cuando son diagnosticadas de cáncer, son los problemas sexuales, que a diferencia de otros efectos secundarios, estos no suelen resolverse por sí solos durante los dos primeros años de la enfermedad y en ocasiones pueden mantenerse constantes y es por esa razón por la que se le da importancia y se quiere trabajar con ellas durante de la intervención, para así disminuir su ansiedad y estrés por las molestias que sufren de forma anticipada y que son más difíciles de afrontar que cuando ocurren de forma natural.

Las relaciones sexuales se pueden ver afectadas, por lo que es beneficioso que se trabaje este aspecto. Las mujeres, por lo general, tienen menor interés sexual y sus preocupaciones se dirigen a otros aspectos como el bienestar de su familia o la recuperación de las capacidades funcionales. En muchas ocasiones, el estímulo sexual depende del hecho de sentirse querida, admirada y valorada por su pareja y nosotros queremos conseguir que tomen la confianza y seguridad en ellas mismas para que esto pueda suceder y les facilite el camino.

La relación conyugal, también puede verse afectada por la reacción frente al diagnóstico de cáncer de mama que a veces aparenta ser muy variada. Las variaciones en las relaciones sexuales son asimismo un factor a tener en cuenta; es primordial que la pareja perciba que la mujer con cáncer de mama está atravesando una situación complicada y su cuerpo está resistiendo unos efectos consecuencia del

procedimiento que influyen en su funcionamiento sexual. Si no se pronuncian los sentimientos y existe cierta flexibilidad, es probable que la relación de pareja no consiga resistir los cambios inducidos por el proceso de cáncer por ello es necesaria la intervención en este campo no siendo demasiado tarde para así remediar y prevenir futuros problemas que tan solo harán complicar el proceso de enfermedad. Para ello se hablará con ellas y también se les aconsejará, para cuando se les presente o se encuentren en una situación similar y sepan como actuar.

La tristeza es otra de las reacciones más frecuentes en las mujeres ante un diagnóstico de cáncer de mama. Parece ser que en los casos de mujeres con cáncer de mama, es muy común la coexistencia de la depresión y la ansiedad como hemos ido comentando a lo largo del trabajo. Se observa que las mujeres más mayores presentan niveles más elevados de depresión, y que dicha variable se relaciona con la ansiedad, con la imagen corporal y el funcionamiento sexual, por ello a través de la intervención se trabajará en ello a priori para que así mejoren su bienestar emocional en su ámbito diario.

Considero necesario el diseño de un plan de cuidados específicos para las mujeres con cáncer de mama en el contexto sanitario español, como ya sucede en otros países como Estados Unidos o Reino Unido. Además del actual seguimiento, dirigido principalmente a la detección temprana de recidivas, se plantea la necesidad de implantar un enfoque de asistencia multidisciplinaria que incluya la valoración del impacto psicosocial de la enfermedad, así como el seguimiento y control de las secuelas físicas y de los efectos tardíos potenciales de los tratamientos

Por ello con esta intervención llevada a cabo se ha querido conseguir que aumenten los niveles de autoestima, que cambien la forma y el concepto de referirse a la imagen corporal para sentirse más plenas, que mejoren la sexualidad con sus parejas para que su estado emocional sea completamente equilibrado y así llevar mejor el proceso de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

Andersen, B., Carpenter, K., Yang, H. y Shapiro, C. (2007). Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 25(21); 3151-3157.

Asociación Española contra el Cáncer. (2012) España: AECC. Recuperado de <https://www.aecc.es>

Barreto P., Martínez E. (1987). ¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer? *Boletín de Psicología*, 14; 125-146.

Barreto P., Pintado S. (2011). Imagen corporal y cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 24(2); 54-59.

Barreto, M. P., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). La intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Clínica y Salud*, 4(3); 253- 262

Burwell, S., Case, D., Kaelin, C. y Avis, N. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18); 2815-2821.

Classen C, Butler L, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, et al. Supportive expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *ArchGen Psychiatry* 2001; 58 (5); 494-501.

Corcoran, J., y Pillai, V. (2009). A Review of the Research on Solution-Focused Therapy. *British Journal Of Social Work*, 39(2); 234–242.

Cunningham, A., Edmonds, C., Jenkins. H., Lockwood, G. (1995). A randomized comparison of two forms of a brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions versus a "weekend intensive". *International Journal of Psychiatric Medicine*, 25, 173-189.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.

De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E. y Berg, I.K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Nueva York: Haworth.

Edelman, S., Bell, D., Kidman, A. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, (8) 295-305.

Estrada, B. y Beyebach, M. (2007) Solution focused therapy with depressed prelocutive deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy* (18); 45-63.

Fawzy, F. I. y Fawzy, N. W. (1999). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45; 191-200

Fernández A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2); 169-180.

Fobair P., Stewart S., Chang S., D'Onofrio C., Banks P., Bloom J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15; 579-594.

Font A, Cardoso A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*. 2009; 6(1).

Ganz, P., Desmond, K., Belin, T., Meyerowitz, B. & Rowland, J. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17(8); 2371-2380.

García S, Blasco T. (2008). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*.

Greer, B. (1992). *Multiplication and division as models of situations*. In D. A. Grouws (Ed.). *Handbook of research on mathematics teaching and learning*. (pp. 276-295). New York: Macmillan Publishing Company.

Gingerich, W.J., Kim, J. S., y MacDonald, A. J. (2012). Solution-Focused Brief Therapy outcome research. In Cynthia Franklin, Terry S. Trepper, Wallace J. Gingerich, y Eric E. McCollum (Eds), *Solution-Focused Brief Therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press, pp. 95-111.

Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., y Yasko, J. (1999). Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 56; 340-347.

Juárez DM, Landero R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Nova Scientia.

Kraus, P. (1999). Body image, decision making, and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 22(6); 421-427

Kiebert, G. M., Hanneke, J., de Haes, C. M. J., Keivit, J., Velde, C. J. H. (1990). Effects of peri-operative chemotherapy on the quality of life of patients with early breast cancer. *European Journal of Cancer*, (26) 1075-81.

Kim, J. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 32; 49-64.

Lipchik, E., Derks, J, LaCourt, M., y Nunnally, E. (2012). The evolution of Solution-Focused Brief Therapy. In Cynthia Franklin, Terry S. Trepper, Wallace J. Gingerich, y Eric E. McCollum (Eds), *Solution-Focused Brief Therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press, pp. 3-19.

Lluch A, Almonacid V, Garcés V. (2014) Cáncer e imagen: el duelo corporal. *Duelo en Oncología*. Sociedad Española Oncología Médica.

McPherson K, Steel CM, Dixon JM. (2000). Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*.

Mock, V. (1993) Body image in women treated with breast cancer. *Nursing Research*, (42) 153-157.

Raich RM. (2000) ¿Qué es la imagen corporal? En: Raich RM, editor. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rincón ME, Pérez MA, 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*.

Roberts, C.S., Piper, L., Denny, J. y Cuddeback, G. (1997). A support group intervention to facilitate young adult's adjustment to cancer. *Health and Social Works*, (22) 133-141.

Rosenberg M. (1965). *Society and Adolescent Self-image*. Princenton University Press, Princenton NJ.

Sebastián, J., Bueno, M<sup>a</sup>.J. Mateos, N. y García, P. (1999). Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 65; 53-73.

Sebastián, J., Alonso, C. (2003b). El proceso de adaptación a la enfermedad e intervención psicológica. En V. Valentin, (Ed). *Oncología y Atención Primaria*. Madrid: Novartis.

Sebastián, J., Bueno, M<sup>a</sup>. J. y Mateos, N. (2003). Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Factores psicosociales en el cáncer de mama. Madrid: Programa de Salud y Servicios Sociales, Subdirección general de programas, Instituto de la Mujer.

Sebastián, Manos, D. J. Bueno, M<sup>a</sup>, Mateo, N. y De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2(1); 103-116.

Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. (2007) Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. y Mateos, N. (2008). Body image and self esteem in women with breast cancer participating in psychosocial intervention program. *Psychology in Spain*, 12(1); 13-28.

Spiegel, D., Bloom, J. R., Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, (38); 527-533.

Spiegel, D., Morrow, G. R, Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B, Mudaliar, N., Pierce, H., Flynn, P. J, Heard, L., Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently

diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, (8); 482-493.

Spiegel D, Bloom J, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized prospective outcome study. *Arch Gen Psychiatr* 1981; (38) 527-33

Margolis, G., Goodman, R., Rubin, A. (1990). Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics*, (31); 33-39.

Stams G. J. J., Dekovic, M., Buist K., y de Vries, L. (2006) Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: even meta-analyse (Efficacy of solution focused brief therapy: a meta-analysis). *Gedragstherapie* (39); 81-95.

Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Kataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., Oshima, A., Abiru, K., Ono, K., Noguchi, R. y Kai, I. (2008). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients.

Trepper, T. S., y Franlin, C. (2012). The future of research in Solution-Focused Brief Therapy. . In Cynthia Franklin, Terry S. Trepper, Wallace J. Gingerich, y Eric E. McCollum (Eds), *Solution-Focused Brief Therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press, pp. 405-412.

Yurek, D., Farrar, W., Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (68); 697-709.