

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
"MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA PARA LA MUJER TRAS LA
MASTECTOMÍA COMPLETA POR CÁNCER DE MAMA"**

ANDREA EUGENIA HERNÁNDEZ PÉREZ

ALMA MARÍA AMBROSIO ZAPÓN

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUTEMALA
UNIDAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
"MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA PARA LA MUJER TRAS LA
MASTECTOMÍA COMPLETA POR CÁNCER DE MAMA"**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

ANDREA EUGENIA HERNÁNDEZ PÉREZ

ALMA MARÍA AMBROSIO ZAPÓN

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRAGO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Cordón Osorio

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 415-11
CODIPs. 1743-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

09 de octubre de 2013

Estudiantes
Andrea Eugenia Hernández Pérez
Alma María Ambrosio Zapón
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO QUINTO (25º.) del Acta CUARENTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL TRECE (45-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 02 de octubre de 2013, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: “**TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA PARA LA MUJER TRAS LA MASTECTOMÍA COMPLETA POR CÁNCER DE MAMA**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

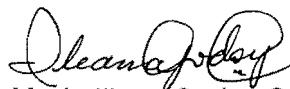
Andrea Eugenia Hernández Pérez
Alma María Ambrosio Zapón

CARNÉ No. 2007-16958
CARNÉ No. 2008-11083

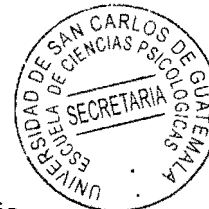
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Annabella Alarcón, y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



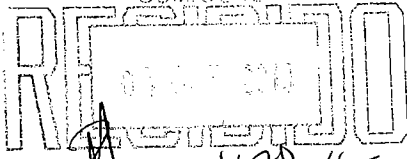
M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby



Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUMUSAC



FIRMA: [Signature] HORA: 14:20 Registro: 415-11

CIEPs 755-2013
REG: 415-2011
REG: 426-2012

INFORME FINAL

Guatemala 03 octubre 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA PARA LA MUJER TRAS LA MASTECTOMÍA COMPLETA POR CÁNCER DE MAMA.”

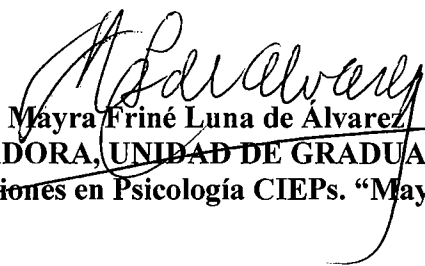
ESTUDIANTE: **Andrea Eugenia Hernández Pérez**
Alma María Ambrosio Zapón

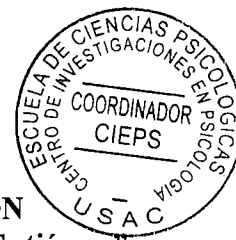
CARNÉ No.
2007-16958
2008-11083

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 27 de septiembre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 03 de octubre. por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

CIEPs. 756-2013
REG 415-2011
REG 426-2012

Guatemala, 03 de octubre 2013.

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA PARA LA MUJER TRAS LA
MASTECTOMÍA COMPLETA POR CÁNCER DE MAMA.”**

ESTUDIANTE:	CARNÉ No.
Andrea Eugenia Hernández Pérez	2007-16958
Alma María Ambrosio Zapón	2008-11083

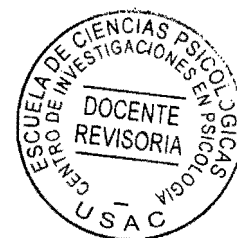
CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 10 de septiembre del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISORA



Arelis./archivo

Guatemala 26 de septiembre del 2013

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigación en
Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:


Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe Final de investigación titulado "Terapia Breve y de Emergencia para la Mujer Tras la Mastectomía Completa por Cáncer de mama" realizado por las estudiantes ANDREA EUGENIA HERNÁNDEZ PÉREZ, CARNÉ 200716958 y ALMA MARÍA AMBROSIO ZAPÓN, CARNÉ 200811083.

El trabajo fue realizado del 05 de julio del 2011 hasta el 21 de agosto del 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

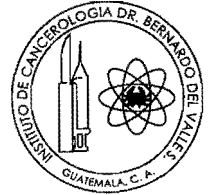
Atentamente,


Licda. Annabella Alarcón
Psicóloga clínica, especialista
en intervención en crisis.
Colegiado 1245
ANNABELLA ALARCÓN DE ROMERO
Psicóloga Clínica
Colegiado 1245



LIGA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA Y HOSPITAL DR. BERNARDO DEL VALLE S.
6a. Avenida 6-58, Zona 11, Guatemala, C. A.

PBX: 2417-2100 DIRECCION MEDICA Telefax: 2471-3136 www.ligacancerguate.org



Guatemala 26 de agosto de 2013

Licenciada

MAYRA LUNA DE ALVAREZ

Coordinadora de la Unidad de Graduación

Centro de Investigación en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez "

Escuela de Ciencias Psicológicas,

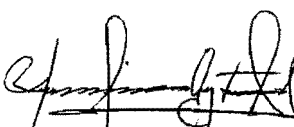
CUM

Licenciada Luna:

Deseándole éxitos en sus labores diarias, por este medio informo que las estudiantes **ALMA MARIA AMBROSIO ZAPÓN**, carné No. 200811083 y **ANDREA EUGENIA HERNÁNDEZ PÉREZ** carné No. 200716958 ; realizaron en esta institución el trabajo de tesis titulado **TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA PARA LA MUJER TRAS LA MASTECTOMÍA COMPLETA POR CÁNCER DE MAMA**, durante los meses de julio y agosto del 2013 en un horario de 10:00 a 12:00 horas, habiendo cumplido con los requisitos requeridos para la investigación.

Sin otro particular me suscribo

Atentamente,


Dr. Roilán Gómez Aceytuno
Coordinador Departamento de
Docencia e Investigación
INCAN



PADRINOS

Por Andrea Eugenia Hernández Pérez

**Claudia Flores Quintana
Licenciada en Psicología
Colegiado No. 7556**

Por Alma María Ambrosio Zapón

**Gilberto Enrique Ambrosio Pernilla
Licenciado en Ciencias Jurídicas y Justicia
Abogado y Notario
Colegiado No. 17,491**

**Daniel Enrique Ambrosio Zapón
Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales
Abogado y Notario
Colegiado No. 16,708**

DEDICATORIA

Por Andrea Hernández

Desde que tengo memoria dos personas me han acompañado cada día de mi vida, cuidando de mi desde que era pequeña, brindándome amor y apoyo incondicional, al mismo tiempo mostrándome el camino a seguir, en donde encontraría muchos obstáculos, pero con esfuerzo, perseverancia, disciplina y dedicación, los podía vencer; que lo importante era continuar y nunca darme por vencida hasta lograr mi meta. Que cada cosa que hiciera por mínima que fuera había que hacerla con amor y lo mejor posible. Esos dos seres que me han llenado de felicidad y mucho amor durante mi vida, a quienes admiro, respeto y amo, les dedico este logro, mi Padre Nery Hernández y mi madre Isabel Pérez.

A mi novio y amigo a quien amo y admiro Fernando Jerez, por su apoyo y amor incondicional, por compartir su conocimiento y motivarme cada día a aprender más.

A mi amiga Alma Ambrosio, por compartir esta aventura conmigo, durante 5 años. Por el apoyo en cada momento difícil y por no rendirse.

DEDICATORIA

Por Alma Ambrosio:

En esta ocasión especial, quiero agradecer a Dios por darme una oportunidad nueva cada día. Por guiar mi camino en todo momento.

Agradezco también a mis padres Gilberto Enrique y Alma Rosa, porque han sido mi mejor ejemplo de vida, responsabilidad, honestidad y porque me han guiado desde mi nacimiento; porque me dan su apoyo siempre que los necesito. Sé que siempre estarán para mí. Ahora me toca a mí devolverles un poco de lo mucho que me han dado. A ustedes dedico este gran logro.

Agradezco a mis hermanos Daniel y David por su amor fraternal, porque siempre me cuidan y están para mí.

A Javier Estuardo, por ser mi mejor amigo y novio. Por apoyarme en mis buenos y malos momentos. Por ser siempre sincero y paciente, y brindarme su amor incondicional.

A mi abuela, por ser un ejemplo de mujer perseverante y luchadora.

A mis tíos y tías gracias por siempre apoyarme, por demostrar su cariño hacia mí.

A mis primos y primas quienes de diferentes maneras han contribuido con mi formación profesional. Los quiero a todos.

A mis familiares que ya no están, gracias porque dejaron una huella imborrable en mi vida.

A mi compañera y amiga Andrea Hernández, por acompañarme durante este tiempo, y tomar conmigo este gran reto. Gracias por darme ánimos en los momentos que fueron difíciles durante este proceso.

A mis amigos y amigas quienes me han acompañado a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de las autoras, sino también del trabajo desinteresado de otras personas, quienes de uno u otro modo han contribuido con generosidad en su realización.

A la Tricentennial Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Escuela de Ciencias Psicológicas por contribuir en nuestra formación como profesionales.

Al Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo del Valle, "S" (INCAN), por permitirnos y apoyarnos en la realización de la presente investigación.

A nuestros catedráticos por enseñarnos y enriquecer nuestros conocimientos.

A la Licenciada Suhelen Jiménez, revisora del Departamento de Investigación CIEP-s por su apoyo y colaboración en el desarrollo de esta investigación.

A nuestra asesora Licda. Annabella Alarcón por su revisión en la estructura de la investigación.

A la Dra. Eva Duarte, Jefa de la unidad de Cuidados Paliativos, en el INCAN, por su orientación y revisión de la presente investigación.

Al Dr. Roilán Gómez, Jefe del departamento de Investigación INCAN, por habernos compartido su conocimiento, revisión y por brindarnos las facilidades para llevar a cabo esta investigación.

Al Dr. Luis Rosada, Sub Director del INCAN, por compartir su conocimiento, experiencia, apoyo incondicional y motivación durante la investigación. Por su valioso tiempo brindado para enriquecer nuestro crecimiento personal y profesional. Gracias por su confianza.

A la licenciada Mariela García, por su apoyo en la revisión de esta investigación.

A la enfermera de la Unidad II, Simona Ochoa Alvarez, por habernos facilitado la recolección de datos de la información requerida, porque siempre nos recibió con una sonrisa.

A todas las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, por su colaboración y por el gran ejemplo de vida, en su lucha contra el cáncer.

ÍNDICE.

CONTENIDO	PÁG.
Resumen	
Prólogo	
Capítulo I	
1. Introducción.....	4
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	5
1.1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.1.2 Marco teórico.....	6
1.1.2.1 Antecedentes.....	6
1.1.2.2 Cáncer.....	10
1.1.2.3 Cáncer de mama.....	11
1.1.2.4 Los factores de riesgo.....	12
1.1.2.5 Tipos de cáncer de mama.....	12
1.1.2.5.1 El carcinoma ductal in situ (CDIS).....	13
1.1.2.5.2 El carcinoma ductal invasivo (CDI).....	13
1.1.2.5.3 El carcinoma lobular invasivo (CLI).....	13
1.1.2.5.4 El cáncer de mama inflamatorio.....	13
1.1.2.5.5 El carcinoma lobular in situ.....	13
1.1.2.5.6 La enfermedad de Paget en el pezón.....	14
1.1.2.5.7 Los tumores filoides.....	14
1.1.2.6 Estadíos clínicos del cáncer.....	14
1.1.2.7 Tratamiento.....	18
1.1.2.7.1 Mastectomía.....	18
1.1.2.7.2 Mastectomía conservadora de mama.....	19
1.1.2.7.3 Mastectomía radical modificada.....	19
1.1.2.7.4 Mastectomía simple o total.....	19
1.1.2.7.5 Mastectomía subcutánea.....	19
1.1.2.7.6 Radioterapia.....	19
1.1.2.7.7 Radioterapia externa.....	19
1.1.2.7.8 Radioterapia interna o braquiterapia.....	20
1.1.2.7.9 Quimioterapia.....	20
1.1.2.7.10 Terapia hormonal.....	21
1.1.2.7.11 Tratamiento paliativo y control de síntomas.....	21
1.1.2.8 Impacto psicológico.....	21
1.1.2.9 Terapia breve y de emergencia.....	23
1.2 Delimitación de la población.....	25

Capítulo II	
2. Técnicas e instrumentos.....	27
2.1 Procedimiento de la investigación.....	33
2.2 Operacionalización de objetivos.....	35
Capítulo III	
3. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	38
3.1 Características del lugar y de la población.....	38
3.1.1 Características del lugar.....	38
3.1.2 Características de la población.....	39
3.2 Esquema de resultados a través de mapas conceptuales.....	39
3.3 Análisis de resultados.....	48
Capítulo IV	
4. Conclusiones y Recomendaciones.....	52
4.1 Conclusiones.....	52
4.2 Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	54
Anexos.....	57

TERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA PARA LA MUJER TRAS LA MASTECTOMÍA COMPLETA POR CÁNCER DE MAMA RESUMEN

Autoras: Ambrosio Alma, Hernández Andrea

La presente investigación tuvo como objetivo medir la efectividad de la Terapia Breve y de Emergencia en la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama. Como objetivos específicos: Identificar las consecuencias psicológicas de la mujer tras la mastectomía; ayudar a las mujeres a lograr estabilidad emocional y psicológica en el proceso de mastectomía; y evaluar la disminución de síntomas tras la aplicación de la terapia breve y de emergencia en mujeres mastectomizadas.

Las pacientes manifiestan consecuencias psicológicas y físicas, debido a la mastectomía, proceso en el cual es extraído uno o ambos senos completos. Esto provoca que las pacientes se sientan como “mujeres incompletas”, enfrentándose a las exigencias sociales, sufriendo de baja autoestima por el cambio en su imagen corporal, y otros efectos psicológicos, como depresión, estado de ánimo y ansiedad, tanto de la paciente como de los familiares que le acompañan durante el proceso.

Durante la investigación se encontraron las siguientes interrogantes: ¿Es efectiva la terapia breve y de emergencia en la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama?, ¿Existen consecuencias psicológicas en la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama?, ¿Es posible que la mujer logre estabilidad emocional y psicológica en el proceso de mastectomía, a través de la terapia breve y de emergencia? Y ¿Disminuyen los síntomas tras la aplicación de la terapia breve y de emergencia en mujeres mastectomizadas?.

El cáncer de mama es una enfermedad que día con día aumenta, afectando a gran cantidad de mujeres. Uno de sus tratamientos es la mastectomía completa, esta consiste en la extirpación de toda la glándula mamaria, incluyendo la piel, pezón y la areola. En la presente investigación se aplicó a las mujeres mastectomizadas la terapia breve y de emergencia, esta intervención implica una relación a corto plazo, orientada hacia el problema, con el objetivo de producir un cambio constructivo en la situación vital de la persona, lo antes posible. La terapia breve y de emergencia se dividió en 3 sesiones, primero antes de la operación, 24 horas después y 48 horas post-operatorias. También la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) para evaluar la efectividad del proceso psicoterapéutico. Para una mejor medición de la efectividad se trabajó con un grupo control al cual no se brindó la intervención psicológica, con el fin de comparar los resultados obtenidos.

PRÓLOGO

Enfrentarse al cáncer, en general, significa una lucha por la vida por parte del paciente, como de la familia, lo cual conlleva un desequilibrio emocional y alteración en la vida de la persona afectada debido a todos los procedimientos necesarios para combatir la enfermedad. La problemática del cáncer de mama va en aumento, no importando edad. Es una enfermedad que afecta a las mujeres directamente sobre su imagen, sobre el riesgo que corre su vida y sobre cómo será la misma después del procedimiento. Durante este proceso manejan ansiedad por saber si será aceptada ante un mundo lleno de estereotipos. Es un reto que se convierte no solo en lucha por el bienestar, sino también por ser aceptada, no solamente por la sociedad y sus seres más cercanos, sino también por ellas mismas.

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo Del Valle S. (INCAN), en donde se realizó una serie de entrevistas con preguntas estructuradas para conocer el efecto psicológico de las mujeres que atraviesan las duras etapas del cáncer de mama, ya que a falta de información no acuden en busca de ayuda a la Unidad de cuidados paliativos de la institución, y es importante no dejar de lado el apoyo durante las sesiones de quimioterapia, radioterapia o la mastectomía. Este proceso es desgastante y le resta energías al cuerpo; otro factor que incide es la edad de la mujer, ya que sus actividades diarias también se ven afectadas debido a la pérdida de energía.

Actualmente en el INCAN, el servicio de psicología se brinda en la Unidad de Cuidados Paliativos, misma que se encarga de brindar apoyo, también, para los familiares. Esto se hace durante y después del tratamiento contra el cáncer.

El objetivo de esta intervención psicológica, fue comprobar la efectividad de la Terapia breve y de Emergencia en la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama, y así ayudarlas a lograr una estabilidad emocional y

psicológica en el proceso de mastectomía, identificando las consecuencias psicológicas tras la misma. Así mismo evaluar la disminución de síntomas tras la aplicación de la Terapia Breve y de Emergencia.

Se trabajó con 40 mujeres que fueron operadas entre julio y agosto del año 2013 en el INCAN, 20 del grupo intervención, quienes recibieron psicoterapia y las otras 20 fueron parte del grupo control, quienes no recibieron ningún proceso psicoterapéutico, solo fueron evaluadas con la escala HANS, para luego comparar los resultados en ambos grupos y evaluar la efectividad de la terapia breve y de emergencia. Fue necesario reducir el tamaño de la muestra, de 70 a 40 pacientes, debido a que algunas tuvieron complicaciones quirúrgicas, y otras no asistieron a la cita, cancelando el proceso de mastectomía. La realización de la presente investigación, se considera de gran importancia, pues se pudo observar que es necesario un tratamiento integral para las pacientes, debido a que se ven afectadas psicológicamente, por el cambio de imagen corporal. Aplicando la Terapia Breve y de Emergencia, desde el momento del diagnóstico y durante el proceso de mastectomía, las pacientes mostraron cambios significativos en la reducción de síntomas psicológicos. Ayudando esto en su recuperación y aceptación de su tratamiento médico. Al igual se determinó que muchas mujeres necesitan una terapia más prolongada, ya que luego algunas de ellas reciben quimioterapia o radioterapia, esto ocasiona nuevamente cambios físicos y psicológicos; lo que ocasionando desequilibrio emocional.

Este trabajo amplía los conocimientos como profesionales, y pone a prueba las enseñanzas adquiridas. Este estudio es un aporte de investigación para la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, así como para la Unidad de Cuidados Paliativos en el INCAN, y para aquellos que quieran profundizar en un futuro sobre el tema.

1. INTRODUCCIÓN

Somos seres formados por millones de células vivas, las células normales crecen, se dividen y mueren de manera ordenada. Cuando se es adulto, la mayoría de las células sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar lesiones.

El cáncer se inicia cuando muchas células comienzan a crecer fuera de control. El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento normal de las mismas, ya que en lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y van formando nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden invadir otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer.

Cuando hay invasión de células cancerosas a otros tejidos es lo que se conoce como metástasis, que no solo implica la invasión, sino también la penetración en los vasos sanguíneos o linfáticos o ambos a la vez.

No todos los tumores son considerados como malignos, hay tumores benignos y malignos. Los benignos pueden crecer y hacer presión sobre otros órganos, pero no pueden hacer metástasis. Los tumores malignos sí hacen metástasis y pueden infiltrar tejidos circundantes si no son tratados a tiempo, ponen en riesgo la vida del paciente.

Las mujeres con cáncer de mama, tienen altas posibilidades de recuperarse, si el cáncer se diagnostica en estadíos tempranos.

Existen varios tratamientos para el cáncer, como la mastectomía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y terapia monoclonal; los cuales tienen un gran impacto en la vida de la mujer que los recibe.

La mayoría de las mujeres que serán sometidas a la cirugía presentan un gran temor, no solo a la cirugía misma, sino a las consecuencias que traerá a su vida. También manejan miedo de saber si sobrevivirán a la operación. Alto nivel de ansiedad y estrés, por saber que seguirá luego de la cirugía.

Esta investigación se enfoca en la aplicación de la terapia breve y de emergencia y comprobar su efectividad en el proceso de mastectomía. Y a la vez mostrar la importancia de un acompañamiento psicológico desde el diagnóstico, durante y después del proceso. Para lograr una pronta recuperación, mejorando la calidad de vida de la paciente.

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema

El cáncer de mama, es una de las principales causas de muerte en las mujeres en el mundo. Es una enfermedad que provoca pensamientos fatalistas para la persona que lo padece, como para la familia. La mama es un órgano que sufre cambios en la vida sexual de la mujer, Cambios que por su actividad celular acaban propiciando la aparición del cáncer en esta glándula esencialmente femenina. La morbilidad y mortalidad por cáncer de mama varían entre los países a nivel mundial, emerge como un grave problema de salud debido a los altos costos económicos y sociales asociados a su atención.

De acuerdo al registro de estadística del INCAN, en Guatemala el 51% de la población femenina es detectada con cáncer, el 8% son diagnosticadas por cáncer de mama, entre los 35 a 55 años de edad, siendo los departamentos del Guatemala, Retalhuleu, Zacapa, Jalapa, Santa Rosa y Huehuetenango en donde se encuentra la tasa más alta. A partir de 1998 sólo la Liga Nacional Contra el Cáncer (LNCC) atendió 201 casos de cáncer de mama y en 2002 aumentó a 250 nuevos casos. Estas cifras señalan que se incrementó el promedio de casos al 25%, en relación a lo anterior.

Durante el periodo de tratamiento, las pacientes sufren de un cambio físico y psicológico, no reciben acompañamiento psicoterapéutico durante este proceso. Después de la mastectomía, la cirugía para extirpar toda la mama, incluso la piel, el pezón y la aréola, es difícil que las pacientes asistan a las citas, pues, la mayoría son del área rural, de escasos recursos y no tienen como costear el pasaje de su transporte. Siendo este un factor limitante, para brindarles acompañamiento psicológico, y propicia a que muchas de ellas puedan padecer alguna psicopatología afectando su recuperación.

Durante la investigación se encontraron las siguientes interrogantes: ¿Es efectiva la terapia breve y de emergencia en la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama?, ¿Existen consecuencias psicológicas en la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama?, ¿Es posible que la mujer logre estabilidad emocional y psicológica en el proceso de mastectomía, a través de la terapia breve y de emergencia? Y ¿Disminuyen los síntomas tras la aplicación de la terapia breve y de emergencia en mujeres mastectomizadas?.

Durante este procedimiento, primero se buscó identificar las consecuencias psicológicas, luego de esto se estructuró la Terapia Breve y de Emergencia, la cual implica una relación a corto plazo, orientada hacia el problema, con el objetivo de producir un cambio constructivo en la situación vital de la persona, tan rápida y directamente como sea posible, adaptándose a la situación de las pacientes, aplicándola en los días que ellas están internas en el hospital. Se realizó durante tres días, en los cuales se buscó disminuir los niveles de ansiedad, el miedo y la depresión.

Esto para ayudar a las mujeres a lograr estabilidad emocional y psicológica, identificar las consecuencias psicológicas de la mujer y al mismo tiempo evaluar la disminución de síntomas tras la aplicación de la Terapia Breve y de Emergencia, en las mujeres que han pasado por la mastectomía. Y por

medio de la medición por la escala HADS, se logró medir la efectividad de la terapia en las pacientes mastectomizadas, que asisten diariamente al INCAN.

1.1.2 Marco teórico

1.1.2.1 Antecedentes

Guatemala cuenta con una población de 14.757.316 habitantes, de la cual 51% es de sexo femenino, y un 17.9% son diagnosticadas con cáncer de mama, siendo la segunda causa de muerte después del cáncer de cérvix, aumentando a 404 casos por año, de acuerdo al Instituto de Cancerología INCAN (2011) en donde el 26.4% de los casos provienen del área urbana, siendo este un impedimento para detectar la problemática y así recibir atención médica.¹

El Instituto de Cancerología (INCAN) siendo el único hospital especializado contra el cáncer en Guatemala, dedicado a brindar servicio a pacientes oncológicos con los siguientes servicios: cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia, rayos X, ultrasonidos, tomografía, laboratorio, patología, cuidados paliativos, consulta externa, anestesiología, traumatología, urología, otorrinolaringología, cirugía plástica y maxilofacial.

El departamento de cirugía está distribuido en tres Unidades a saber: Unidad I, tumores de cabeza y cuello, melanoma y sistema nervioso central. Unidad II, tumores ginecológicos y mama. Unidad III, linfomas y leucemia.

Se han realizado algunos estudios respecto a la problemática de cáncer de mama y la reacción hacia la mastectomía, estos muestran la importancia de la resiliencia (capacidad de las personas para sobreponerse a periodos de dolor

¹ Dr. Waldheim C., Carlos A. Registro de Cancerología INCAN, 2011, fecha de consulta: 03.02.2013

emocional y traumas) y su función terapéutica en pacientes oncológicos, dicho estudio se realizó con mujeres de 34 a 53 años², sometidas a cirugías y a terapias coadyuvantes, demostrando que es una herramienta eficaz, mostrando que la resiliencia influye en los resultados positivos que se observaron en los pacientes que manejaban asertivamente la experiencia de alto riesgo, logrando controlar sus emociones ayudando a la recuperación física, evidenciando cambios en su conducta.

Otro estudio realizado, con 232 mujeres mayores de 30³, para determinar la presencia de trastornos como la ansiedad y depresión en pacientes post mastectomía, mostraron que todas presentan un trastorno mental, de los cuales los más frecuentes son Trastorno de Ansiedad Moderada y Severa, seguida de Trastornos Depresivos. Las mujeres expuestas a una mastectomía, no solo sufren de un problema biológico sino también de un drama desde el punto de vista emocional y social.

En la investigación realizada sobre la depresión en pacientes pre y post operados, amputados, en el Hospital de Cancerología INCAN⁴, mostró la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, ante la desestabilización que produjo el proceso de amputación, entre ellas mujeres por mastectomía, encontrándose una mayor ansiedad antes de la intervención quirúrgica.

² Vásquez, Carmen, CARACTERÍSTICAS RESILIENTES EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA, Tesis Universidad Rafael Landívar. 2006, 120 paginas.

³ Murga Lara, Daniel Eduardo. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES POST MASTECTOMÍA RADICAL. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala 2007, 250 paginas.

⁴ Marroquín Ovando, Norma Iracema, López Solares, Dora Imelda, UN ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES PRE Y POST OPERADOS, AMPUTADOS Y CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA, Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala, 90 paginas.

Las anteriores investigaciones muestran el desequilibrio emocional de las pacientes ante el diagnóstico de cáncer de mama, al igual ante la experiencia de la mastectomía, viéndose afectadas en los distintos roles que juegan dentro de la sociedad, mostrando afecciones psicológicas en *distinto momento del tratamiento como angustia, nerviosismo, miedo, inseguridad, desesperación, tristeza, llanto, enojo, cólera, impresión, dolor e incertidumbre.*

El tratamiento del cáncer de mama requiere en las pacientes una adaptación psicológica significativa, además de enfrentarse a los procedimientos médicos necesarios y efectos secundarios de los tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia). Algunas mujeres experimentan niveles altos de ansiedad y depresión al momento del diagnóstico, a lo largo del tratamiento y la recuperación. Estudios sistemáticos muestran que entre un 20% y 35% de las mujeres con cáncer de mama, independientemente del estadio de su enfermedad, tienen una morbilidad psiquiátrica medible.⁵

En Guatemala lamentablemente no se proporciona una atención psicooncológica, a las pacientes a pesar de los síntomas y signos presentados luego de una mastectomía por cáncer de mama, debido a la poca importancia que se da a la salud mental o bajo presupuesto en el establecimiento de salud. Sin embargo, en el INCAN sí se cuenta con la Unidad de Cuidados Paliativos y el área de Psicología, no obstante, necesita mayor presupuesto para atender a cada uno de los pacientes.

⁵ Bellver, Ascención. Santaballa, Ana. Montalar, Joaquín. MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: EVALUACIÓN DEL AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO (en línea) Psicooncología. Vol. 6, num. 1. 2009. Pp. 42 Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120139A/15309>. Fecha de consulta: 20.03.2012

Es así como la cultura, los medios de comunicación y otras influencias sociales, pone un énfasis en el seno como atributo sexual, provocando ansiedad e inseguridad sobre su apariencia. Como consecuencia de ello, se ha generalizado la idea de que la deformación o pérdida de un seno es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la feminidad, o de ambos⁶, Por consiguiente, la mastectomía provoca temores y angustias que conmueven e invaden toda su organización existencial, en lo biológico, social y psicológico, siendo una amenaza a su integridad e identidad. Estas pacientes necesitan un equipo de salud que elija las técnicas de intervención terapéuticas que den la más alta probabilidad de supervivencia, acompañado de tratamiento psicológico para lograr el bienestar de las pacientes.

1.1.2.2 Cáncer

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del organismo comienzan a crecer de manera descontrolada. En el cáncer se altera este balance. Ésta alteración puede ser el resultado del crecimiento descontrolado de células o la incapacidad de las células a someterse a la apoptosis, o el suicidio de células, es el proceso en el cual las células viejas o dañadas se autodestruyen normalmente.⁷

Las células malignas son capaces de diseminarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y por metástasis. La invasión se refiere a la migración y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino.

⁶ National Cancer Institute. Breast Cancer. [Instituto Nacional de Cáncer. Cáncer de Mama]. EE.UU.; US 2008. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno> Fecha de consulta: 20.03.2012

⁷ Gaze, M. y Wilson, I. HANDBOOK OF COMMUNITY CANCER CARE [MANUAL DEL CUIDADO COMUNITARIO DE PACIENTES CON CÁNCER]. United Kingdom: Cambridge 2002. University Press.

La metástasis se refiere a la habilidad de las células cancerosas de penetrar en los vasos sanguíneos y linfáticos, circular por el torrente sanguíneo y luego invadir por el tejido normal en otras partes del cuerpo. La proliferación de estas células desprogramadas o fuera de control puede formar una masa llamada tumor, la cual crece sin mantener relación con la función del órgano del que procede.

Los tumores se clasifican en benignos y malignos, dependiendo si se diseminan por invasión o por metástasis. Los tumores benignos son tumores que no se pueden diseminar por invasión o por metástasis. El término cáncer se aplica sólo a los tumores malignos.

1.1.2.3 Cáncer de mama⁸

La mama en la mujer, como órgano receptor del funcionalismo ovárico, sufre una serie de cambios morfológicos y funcionales a lo largo de la vida sexual. Cambios que por su actividad celular acaban propiciando la aparición del cáncer en esta glándula esencialmente femenina y tan vinculada a los fenómenos fisiológicos de la reproducción.

El cáncer de mama en la mujer constituye el tercer tipo de tumor más común en el mundo. Ocupa el primer lugar representando el 18,4 % de todas las localizaciones. El cáncer de mama es una patología frecuente en la mujer, con una incidencia superior al millón de casos anuales. A pesar de los grandes avances en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, se reporta que este

⁸ Lostao Unzu, Lourdes. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA. Primera Edición. Ediciones Díaz de Santos, S.A. España 2001. 254 paginas.

tipo de neoplasia cobra 314.000 muertes por año, representando el 14% de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino.⁹

Esta enfermedad es más común en las mujeres solteras que en las casadas en zonas urbanas que rurales y en las mujeres que poseen un status social elevado. Se observa también elevación de riesgo en las mujeres con menarquia temprana, y las nulíparas o con pocos hijos logrados después de los 35 años. Hay otros factores que han sido poco estudiados o cuya asociación es menor como son la no lactancia, la dieta y el consumo de bebidas alcohólicas. La epidemiología del cáncer de la glándula mamaria adquiere una relevancia fundamental por tratarse de una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer, causante de una alta tasa de mortalidad.

1.1.2.4. Los factores de riesgo

Gaze y Wilson (2,002) mencionan que si bien no puede obtenerse una respuesta concreta, el cáncer está considerado como una enfermedad multideterminada. Los factores que pueden determinar su aparición se dividen en 4 grandes grupos: hereditarios (los protooncogenes), ambientales (los cancerígenos), conductuales (la adicción al tabaco, los hábitos alimenticios).

Al igual no solo depende de la manifestación de uno de los factores antes mencionados, Pazdur (2003) ha dedicado un estudio a los patrones generales del cáncer en distintas poblaciones, para encontrar factores externos que rodean a la población y actividad realizadas, pueden aumentar el riesgo de cáncer. Para evitar dicha enfermedad es necesario evitar los factores de riesgo, por lo cuanto entre más información se tiene sobre factores de riesgo, más se puede evitar.

⁹ Boletín Epidemiológico Nacional, Boletín No. 23. Ministerio de Salud Pública, República de Guatemala. Disponible en:

<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/publicaciones/Boletin%20Epidemiologico%20No.%2023-08.pdf> Fecha de consulta: 20.03.2012

1.1.2.5 Tipos de cáncer de mama¹⁰

Existen diferentes tipos histopatológicos de cáncer de mama en los cuales se conoce los siguientes:

1.1.2.5.1 El carcinoma ductal in situ (CDIS): es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo. Ductal significa que el cáncer comienza dentro de los conductos lácteos, carcinoma se refiere a cualquier cáncer que comienza en la piel u otros tejidos (incluyendo tejido mamario) que cubren o revisten los órganos internos, y la frase in situ significa “en su lugar original”.

1.1.2.5.2 El carcinoma ductal invasivo (CDI): a veces denominado carcinoma ductal infiltrante, es el tipo más común de cáncer de mama. Alrededor del 80 % de todos los casos de cáncer de mama son carcinomas ductales invasivos.

1.1.2.5.3 El carcinoma lobular invasivo (CLI): a veces conocido como carcinoma lobular infiltrante, es el segundo tipo de cáncer de mama más común; Invasivo significa que el cáncer ha “invadido” o se ha propagado hacia los tejidos mamaros que lo rodean. Lobular significa que el cáncer comenzó en los lobulillos productores de leche, los cuales vacían su contenido en los conductos que llevan la leche al pezón.

1.1.2.5.4 El cáncer de mama inflamatorio: comienza con el enrojecimiento e inflamación de la mama, en lugar del bulto distintivo. Suele multiplicarse y propagarse velozmente, y sus síntomas empeoran en apenas unos días e incluso horas.

¹⁰ Breast Cancer Organization; disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/> fecha 12.09.2008 Fecha de consulta: 24.03.2012

1.1.2.5.5 El carcinoma lobular in situ: es una o varias áreas de crecimiento celular anómalo que aumentan el riesgo de que una persona desarrolle cáncer de mama invasivo más adelante. Lobular significa que las células anómalas comienzan a crecer en los lobulillos, las glándulas productoras de leche ubicadas en los extremos de los conductos mamarios.

1.1.2.5.6 La enfermedad de Paget en el pezón: es una forma poco frecuente de cáncer de mama en que se acumulan células cancerosas en el pezón o a su alrededor. El cáncer generalmente afecta en primer lugar los conductos del pezón, pequeños canales que transportan leche, y luego se propaga hasta la superficie del pezón y la areola, el círculo oscuro de piel que rodea el pezón. El pezón y la areola por lo general se vuelven escamosos, se enrojecen, producen comezón y se irritan.

1.1.2.5.7 Los tumores filoides de las mamas son poco comunes. Las células del tumor se multiplican siguiendo un patrón en forma de hoja. Otro nombre para designar este tipo de tumor es “cistosarcoma filoides”. Los tumores filoides tienden a crecer rápidamente, pero raras veces se diseminan fuera de la mama.

1.1.2.5.8 El carcinoma medular: El carcinoma medular de la mama es un subtipo poco común de carcinoma ductal invasivo (cáncer que comienza dentro del conducto lácteo y se propaga fuera de él) que representa cerca del 3 al 5 % de todos los casos de cáncer de mama. Se denomina carcinoma “medular” porque el tumor es una masa suave y pulposa que se parece a una parte del cerebro conocida como bulbo raquídeo o médula.

1.1.2.6 Estadíos clínicos del cáncer ¹¹

Sistema TNM, este sistema de estratificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC) proporciona una estrategia para agrupar a las pacientes según el pronóstico. Las decisiones terapéuticas se formulan, en parte, de acuerdo con categorías de estratificación pero, principalmente, de acuerdo con el tamaño del tumor, el estado de los ganglios linfáticos, los índices de los receptores de estrógeno y progesterona en el tejido tumoral, el estado del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano, el estado menopáusico y la salud general de la paciente.

Utiliza los siguientes prefijos:

O: etapa determinada por examen clínico.

P: etapa determinada por examen patológico de la pieza quirúrgica.

Y: etapa de evaluación después de la terapia neoadyuvante.

R: etapa determinada luego de recurrencia o tratamiento.

Tumor primario (T):

- ✓ TX: No se puede evaluar el tumor primario.
- ✓ T0: No existe prueba de tumor primario.
- ✓ Tis: Carcinoma in situ.
 - Tis (DCIS)
 - Tis (LCIS)
 - Tis (Paget)
- ✓ T1: El tumor mide ≤ 20 mm en su mayor dimensión.
 - T1mi: El tumor mide ≤ 1 mm en su mayor dimensión.
 - T1a: El tumor mide > 1 mm pero ≤ 5 mm en su mayor dimensión.
 - T1b El tumor mide > 5 mm pero ≤ 10 mm en su mayor dimensión.
 - T1c El tumor mide > 10 mm pero ≤ 20 mm en su mayor dimensión.

¹¹ Estratificación utilizada por la American Joint Committee on Cancer, 2010/ Fecha consulta: 03.06.2012

- ✓ T2 El tumor mide >20 mm pero ≤50 mm en su mayor dimensión.
- ✓ T3 El tumor mide >50 mm en su mayor dimensión.
- ✓ T4 El tumor es de cualquier tamaño con extensión directa a la pared pectoral o a la piel.
 - T4a: Extensión a la pared torácica
 - T4b: Ulceración o nódulos satélites ipsilaterales o edema de la piel.T4c
 - T4c: T4a y T4b.
 - T4d: Carcinoma inflamatorio.

Ganglios linfáticos regionales (N):

- ✓ NX: ganglios linfáticos regionales no evaluables.
- ✓ N0: No ganglios linfáticos regionales.
- ✓ N1: Metástasis a ganglios linfáticos ipsilaterales Nivel I y II, móviles.
- ✓ N2a Metástasis a ganglios axilares ipsilateral nivel I, II fijos o conglomerados.
- ✓ N2b Metástasis a ganglios en mamaria interna ipsilaterales clínicamente evidentes, sin evidencia de afectación axilar.
- ✓ N3a Metástasis en ganglio linfático infraclavicular ipsilateral.
- ✓ N3b Metástasis en ganglio linfático mamario interno y axila ipsilateral.
- ✓ N3c Metástasis en ganglio(s) linfático(s) ipsilateral(es) supraclavicular(es).

Patológico:

- ✓ pN0(i-): no hay metástasis regional a ganglio linfático regional, ITC negativo.
- ✓ pN0(i+): sin metástasis en ganglios linfáticos regionales, ITC positivas, ninguna agrupación superior a 0.2mm.
- ✓ pN0(mol-): sin metástasis a ganglio linfático regional, hallazgos moleculares negativos (RCP-TI). Reacción en cadena de la polimerasa/transcriptasa inversa.

- ✓ pN0(mol+): no se localizó metástasis a ganglio linfático regional, hallazgos moleculares positivo (RCP-TI).
- ✓ pN1mi: Micrometástasis ($>0,2$ mm o >200 células pero ninguna $>2,0$ mm).
- ✓ pN1a: Metástasis en 1–3 ganglios linfáticos axilares, al menos una metástasis $>2,0$ mm.
- ✓ pN1b: Metástasis en ganglios mamaros internos
- ✓ pN1c: Metástasis en 1–3 ganglios linfáticos axilares y ganglios linfáticos mamaros internos.
- ✓ pN2a: Metástasis en 4–9 ganglios linfáticos axilares (al menos un depósito tumoral >2 mm).
- ✓ pN2b: Metástasis en ganglios linfáticos mamaros internos por clínica en ausencia de metástasis a ganglio linfático axilar.
- ✓ pN3a: Metástasis en ≥ 10 ganglios linfáticos axilares (por lo menos un depósito tumoral $>2,0$ mm). O metástasis a los ganglios infraclaviculares.
- ✓ pN3b: Metástasis en ganglios linfáticos mamaros internos detectados clínicamente en presencia de metástasis de ganglios linfáticos axilares positivos. O metástasis en >3 ganglios linfáticos axilares y ganglios linfáticos internos mamaros con micrometástasis detectadas mediante biopsia de ganglio linfático centinela pero no visibles clínicamente.
- ✓ pN3c Metástasis en ganglios linfáticos ipsilaterales supraclaviculares.

Metástasis a distancia (M):

- ✓ M0: No hay prueba clínica o radiográfica de metástasis a distancia.
- ✓ cM0(i+): No hay prueba clínica o radiográfica de metástasis a distancia, pero células tumorales detectados en sangre, médula ósea u otros tejidos linfáticos, que tienen ≤ 0.2 mm.
- ✓ M1: Hay metástasis a distancia.

Estadio anatómico/grupos pronósticos:

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1b	N0	M0
IB	T0	N1mi	M0
	T1b	N1mi	M0
IIA	T0	N1c	M0
	T1b	N1c	M0
	T2	N0	M0
IB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1b	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

1.1.2.7 Tratamiento

Existen varios tipos de tratamientos: como la mastectomía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.

1.1.2.7.1 Mastectomía: ¹²

Es la cirugía para extirpar toda la mama, incluso la piel, el pezón y la areola. El término mastectomía proviene del griego (mastos: mama y ektomeé: extirpación) y hace referencia a la extirpación de la glándula mamaria. Hay varios tipos de mastectomía.

1.1.2.7.2 Mastectomía conservadora de mama: (tiletomía, tumorectomía, cuadrantectomía y disección gangliogñar) se extirpa el tumor con márgenes libres de tejido mamario adyacente confirmados tras el estudio patológico.

1.1.2.7.3 Mastectomía radical modificada: Existen dos variantes técnicas: en una se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo. La otra se extirpa la glándula mamaria sin pectorales con vaciamiento axilar a poder ser completo. La incisión es horizontal y se mejora el resultado cosmético.

1.1.2.7.4 Mastectomía simple o total: Extirpación de toda la glándula mamaria, sin vaciamiento axilar, a través de una incisión generalmente horizontal.

1.1.2.7.5 Mastectomía subcutánea: Extirpación de la mayor parte de la glándula mamaria conservando la piel, pezón- areola, y sin realizar vaciamiento axilar.

1.1.2.7.6 Radioterapia: La radioterapia es la utilización de radiaciones ionizantes para el tratamiento, local o loco regional, de determinados tumores empleando rayos X de alta energía. Su objetivo es destruir las células tumorales causando el menor daño posible a los tejidos sanos que rodean a dicho tumor. Se emplea generalmente tras la intervención quirúrgica para consolidar y dar control locorregional. El tratamiento con radioterapia es adyuvante, se emplea posterior al tratamiento quirúrgico, pero en otras condiciones, como radioterapia

¹² Sierra García, Antonio; Piñero Madrona, Antonio; Illana Moreno, Julián. MASTECTOMÍAS, INDICACIONES Y ASPECTOS TÉCNICOS. Primera Edición Editorial Aran. España 2006. 367 Paginas.

preoperatoria cuando el tumor es grande y no ha disminuido con la quimioterapia.

1.1.2.7.7 Radioterapia externa: Es el tipo de radioterapia más común. En el cáncer de mama se suele irradiar la mama donde asienta el tumor o la pared torácica. En algunos casos se irradia también la axila y la fosa supraclavicular. Se deben hacer marcas para que se le facilite al personal identificar la zona a irradiar, con una tinta especial.

1.1.2.7.8 Radioterapia interna o braquiterapia: Se administra colocando un material radiactivo (isótopo) en el tumor o la zona donde estuvo situado, con el objetivo de administrar altas dosis de radiación a cortas distancias, de tal forma, que llega muy poca dosis a los tejidos sanos. En el cáncer de mama este tipo de técnica se suele emplear, fundamentalmente, tras la cirugía conservadora, para dar en la zona del tumor más dosis de radiación (sobreimpresión). La colocación del material radiactivo se hace con sedación.

1.1.2.7.9 Quimioterapia: Tiene como objetivo destruir las células que componen el tumor con el fin de reducir o desaparecer totalmente la enfermedad. Se emplea la combinación de varios fármacos por vía intravenosa.

En general, en el cáncer de mama, la quimioterapia se administra tras la cirugía como tratamiento complementario, con el objeto de prevenir la aparición de metástasis (quimioterapia adyuvante). En otras ocasiones, se administra como primer tratamiento con la finalidad de disminuir el tamaño del tumor y controlar las micrometástasis. También se administra en pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico.

1.1.2.7.10 Terapia hormonal: La hormonoterapia es un tratamiento muy antiguo para el manejo efectivo del cáncer de seno hormono-sensible. Cerca de 75% de las pacientes expresan receptores hormonales en el tumor y el estándar de manejo ha sido con antiestrógenos como el tamoxifeno, que se viene usando

desde hace más de 25 años en ensayos clínicos con buena respuesta, mejorando la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y la supervivencia total (ST) de las pacientes, tanto en mujeres premenopáusicas como postmenopáusicas.

1.1.2.7.11 Tratamiento paliativo y control de síntomas¹³: Es importante acompañar el tratamiento farmacológico de soporte emocional. En el tratamiento paliativo es importante evaluar antes de tratar, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto. Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma. No siempre el cáncer es el responsable de los síntomas. Éstos pueden ser motivados por:

- El cáncer
- Los tratamientos de prevención
- La debilidad
- Causas totalmente ajenas al cáncer

1.1.2.8 Impacto psicológico

Perder un miembro que identifica al cuerpo femenino, no es nada fácil, ya que se ve afectada la imagen corporal de la mujer, frente a una sociedad que tiene un concepto estereotipado sobre la feminidad. Es un proceso largo y tedioso para toda mujer que se enfrenta a un cáncer de mama.

No solamente afecta desde la perspectiva de la imagen personal, sino también desde el momento en que se recibe el diagnóstico, ya que normalmente suele

¹³ Gómez Sancho, Marcos. Ojeda Martín, Manuel. CUIDADOS PALIATIVOS CONTROL DE SÍNTOMAS. Unidad de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Edición 2009. 236 Páginas.

asociarse al cáncer con la muerte. Además de los dolores que esto genera, los tratamientos así como sus consecuencias.

La interacción entre las emociones y el funcionamiento físico del organismo es cada vez más clara, esto debido a que es más evidente que el funcionamiento del sistema nervioso central, el sistema inmunitario y el sistema endocrino están entrelazados. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en los trastornos y enfermedades. Por su parte, los trastornos y enfermedades provocan marcas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico.

En el ámbito de intervención dentro del desarrollo de la enfermedad resulta esencial comprender y tratar los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos para mejorar su presente y fortalecer el futuro a partir no sólo del apoyo sino también del reaprendizaje de estilos de vida. Ofrecer apoyo a las reacciones psicológicas de quien ya tiene la enfermedad, su familia, quienes se enfrentan al impacto de la posibilidad de la pérdida de un ser querido, además de todos los aspectos asociados a llevar una enfermedad tan desgastante en el tiempo.

Es muy importante fortalecer las actitudes positivas acerca de la enfermedad y eliminar las negativas, pues ello conlleva un difícil proceso. Es por esto que el tratamiento psicológico antes y después de la operación es de suma importancia debido al desbalance que se da en la apariencia física de las mujeres, así como el gran impacto psicológico que esto causa.

1.1.2.9 Psicoterapia breve y de emergencia (intervención en crisis)¹⁴

La intervención en crisis por consiguiente, implica una relación a corto plazo, orientada hacia el problema, con el objetivo de producir un cambio constructivo en la situación vital de la persona, tan rápida y directamente como sea posible. Con lo que se busca influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes transformadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades y los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

Bellack y Small, investigaron aspectos básicos respecto a la terapia breve y de emergencia, como el “foco” que es la forma de interpretación para favorecer el insight y el encuadre específico para su abordaje.¹⁵

Está enfocada en 6 fases: 1. Sugestión: donde el terapeuta de forma adecuada sugiere al paciente para que exprese su malestar o sentir. 2. Ventilación o Abreacción: Donde los sentimientos y emociones del paciente afloran, los cuales ocasionan conflictos. 3. Apoyo: El terapeuta trata de guiar al paciente para la búsqueda y solución de problemas. 4. Confrontación: En esta fase el terapeuta provoca el insight en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional. 5. Clarificación: El paciente categoriza su problemática y le adjudica una jerarquización para la solución. 6. Interpretación: Donde el terapeuta explica al paciente el porqué de sus síntomas y emociones.

Al recibir el diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer, generalmente, sobreviene un pensamiento catastrófico debido a que las

¹⁴ Bravo González, María Cristina. Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Autónoma de México. Vol. 13 No. 3 Septiembre 2010. Disponible en :

www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/19308/18301. Fecha de consulta: 24.06.2012

¹⁵ Bellack Leopold, Small Leonard, Psicoterapia Breve y de Emergencia, Editorial Pax Mexico, 2da edición, 2004, 395 paginas.

expectativas del futuro de la persona se vienen abajo. Ya que frecuentemente el cáncer se relaciona con muerte e incapacidad.

DeGood, Crawford y Jongsma afirman que los principales objetivos de la intervención psicológica de personas con padecimientos oncológicos son:

- Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Mejorar la capacidad para afrontar, identificar y expresar apropiadamente las emociones asociadas con el diagnóstico.
- Facilitar la adaptación al cáncer induciendo estilos de afrontamiento positivos, mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento, de modo que se fortalezca la adherencia terapéutica.
- Estimular la participación en actividades placenteras y mantener/mejorar sus relaciones sociales.
- Facilitar la comunicación del paciente con el personal médico, su pareja y otras personas significativas.
- Mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de sus familiares al proceso de la enfermedad.

La labor del psicólogo con pacientes oncológicos es orientarlos de manera realista acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que pueden surgir en el curso de su enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las cuales dirigirse.

Los objetivos de la intervención son:

- Amortiguar el evento estresante a través de una primera ayuda emocional y ambiental, inmediata o de emergencia.
- Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el período de afrontamiento.

- Controlar el estado de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente.
- Establecer patrones de conducta que permitan que el paciente no pierda o regrese a su funcionamiento cotidiano previo al evento.
- Ayudar al paciente y a los otros afectados en una estrategia de solución de problemas que permita llevar a cabo acciones inmediatas, tanto personales como comunitarias.

1.2 Delimitación

Se realizó en el Instituto de Cancerología y Hospital “Dr. Bernardo del Valle S” (INCAN), ubicado en la 6ta Avenida 6-58, zona 11, en la ciudad de Guatemala. Se trabajó con 40 pacientes de 25 a 80 años, diagnosticadas con cáncer de mama, mastectomizadas; que asistieron durante los meses de junio a agosto del año 2013, a la Unidad II de consulta externa y en sala de recuperación.

El cáncer de mama: Se presenta cuando hay crecimiento desenfrenado de células malignas en la mama. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal—la más frecuente—que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.

Unos de los tratamientos para el cáncer de mama, es la Mastecomía esta es la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas, de manera parcial o completa.

Se trabajó la terapia breve y de emergencia, esta intervención implica una relación a corto plazo, orientada hacia el problema, con el objetivo de producir un cambio constructivo en la situación vital de la persona, tan rápida y

directamente como sea posible. Esta terapia fue adaptada de acuerdo a las necesidades de la mujeres mastectomizadas del INCAN, trabajadas durante 3 sesiones. Tiempo en el cual las pacientes permanecieron en el área de encamamiento, luego de la mastectomía completa, cirugía para extirpar toda la mama, piel, pezón y la aréola. 24 horas antes de la operación se identificó a quienes pasarían por el proceso quirúrgico para informarles acerca del estudio y dar lectura al consentimiento informado para la participación voluntaria en el mismo. Al mismo tiempo, se trabajó ideas relacionadas con la enfermedad, evaluando también autoestima. Y se aplicó la escala HADS.

Luego de esto, 24 horas después de la operación, se procedió a trabajar sobre autoestima y su importancia. Se habló sobre las creencias de belleza, imagen, virtudes y defectos; disminuyendo aquellas emociones negativas y reforzando aquellas positivas. Se realizó visualización guiada y respiraciones diafragmáticas, para una mejor relajación y disminución de ansiedad.

A las 48 horas de la operación, se trabajó el duelo del órgano perdido, continuando con la reafirmación de autoestima. Se realizó una lista de agradecimientos a su antigua imagen. Al igual, se identificó las nuevas emociones respecto a lo trabajado, se realizaron respiraciones diafragmáticas para disminuir ansiedad. Se reforzó las ideas positivas trabajadas en la sesión número 2.

Durante este proceso se trabajó con dos grupos de 20 pacientes cada uno. . Grupo Intervención: Este grupo se refiere a las pacientes que si recibieron acompañamiento psicológico en este caso Terapia Breve y de Emergencia. Grupo control: Este grupo solo fue evaluado antes y después de la mastectomía, por medio de la escala HADS, para luego comparar los resultados entre ambos grupos.

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La investigación se llevó a cabo con el consentimiento de las autoridades del Instituto, con aprobación del protocolo presentado al comité de investigación. Durante la investigación se trabajó con 40 pacientes, 20 de grupo intervención a quienes se les aplicó la Terapia Breve y de Emergencia. Y a 20 del grupo control.

Se utilizó la técnica de muestreo probabilístico, técnica empleada para la realización de esta investigación, participando mujeres internas en el INCAN, pre y post mastectomía.

La muestra de la investigación se obtuvo a través de la fórmula estadística Balestrini, asumiendo un error máximo permisible de 0.15^2 una probabilidad de éxito o fracaso de 0.5, usando un dato estadístico que prueba un nivel de confianza de 95% y un valor de la población anual 153 dato tomado del libro de Sala de Operaciones del año 2012, es posible estimar el tamaño de la muestra con la siguiente formula:

$$N = \frac{4.P.Q.N}{4.Q.P+(N-1).E^2}$$

$$N = \frac{4 \times 0.5 \times 0.5 \times 153}{4 \times 0.5 \times 0.5 + (153-1) \times 0.15^2}$$

$$N = \frac{4 \times 0.5 \times 0.5 \times 153}{4 \times 0.5 \times 0.5 + 152 \times 0.0225}$$

$$N = \frac{153}{1+3.42} = \frac{153}{4.42} = 35$$

De acuerdo con la formula realizada se obtuvo una muestra de 35 para grupo intervención y 20 para grupo control a trabajar durante la investigación. Sin embargo, fue necesario reducir la muestra a 40 por cuestiones de tiempo del presente proyecto, aprobado para junio a agosto de 2013, ya que algunas pacientes no aceptaron participar en el estudio, cirugías suspendidas, y la inasistencia al día de la cirugía.

Se elaboró el consentimiento informado por escrito a las pacientes que participaron en la elaboración de este proyecto en el Hospital. En este se le explica los objetivos de la investigación dirigida al paciente, lo que se va a realizar, el tiempo, actividades, sus derechos como participante, haciéndole saber y así mismo pueda participar con voluntad y de acuerdo con los lineamientos de la investigación.

Realizando al mismo tiempo la técnica de observación, como punto inicial se realizó una observación detallada de cada uno de los pacientes que conforman la muestra, con el fin de obtener la mayor cantidad de información para la investigación. Esta técnica se utilizó principalmente para observar el comportamiento de los pacientes durante la entrevista, y el proceso psicoterapéutico.

Se aplicó la técnica de la entrevista a profundidad, consiste en buscar al paciente con el fin de descubrir las motivaciones, creencias, actitudes, y sentimientos sobre el tema.

Se realizó anotaciones a lo largo de la investigación en torno a las categorías que permitieron configurar los contenidos relacionados. Seguido se codificaron los datos, dando lectura a nuestros datos para descubrir

relaciones, y en tal sentido codificar para dar inicio a la interpretación y análisis de los mismos.

Se aplicó la terapia breve y de emergencia, en pocas sesiones, las cuales se enfocan en aspectos muy puntuales de la problemática presentada. Se dividió en tres etapas:

- Primera Etapa: 24 horas antes de la cirugía, se trabajó la sugestión, ventilación y apoyo para que la paciente pueda expresar con facilidad sus sentimientos y emociones. Se trabajó reestructuración de pensamientos, por medio de identificación de ideas irracionales.
- Segunda Etapa: 24 horas post-operatorias, se realizó la confrontación respecto a la problemática, logrando insight (el sujeto capta, internaliza o comprende, una verdad revelada) en pacientes, al mismo tiempo se reforzó autoestima.
- Tercera Etapa: 48 horas post-operatorias, la interpretación y aceptación de la problemática.

Se aplicó la Escala Hospital de Ansiedad y Depresión (HADS), esta registra respuestas emocionales y refleja los cambios de bienestar subjetivo, utiliza en pacientes oncológicos y tratamientos médicos quirúrgicos.

Consta de 14 ítems, sub escala de ansiedad corresponde a los ítems impares y la sub escala de depresión a los ítems pares. La participante debe contestar cada ítem utilizando una escala tipo Likert entre 0 hasta 3. HADS se basa principalmente en el uso de puntos de corte, aunque no hay un único punto de corte aceptado de manera generalizada. Los autores recomiendan que

puntajes brutos entre 8 y 10 se refieren a casos leves, entre 11 y 15 a casos moderados, y una puntuación de 16 o más, a los casos graves.¹⁶

En la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005), para validar su utilización como prueba de tamizaje para detectar desórdenes de ansiedad y depresión, se encontró un coeficiente alfa de Cronbach en la validación de 0.85, y una confiabilidad por mitades de 0.8. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostró una mayor sensibilidad y concordancia con la entrevista psiquiátrica. Se encontró una solución de dos factores que corresponde a las dos sub escalas planteadas originalmente¹⁷.

La validación española del HADS en pacientes oncológicos, presentó resultados satisfactorios con relación a la confiabilidad de la escala.¹⁸

Se utilizó las respiraciones diafragmáticas, como apoyo, dado que el manejo de estrés puede ser difícil incluso en circunstancias ordinarias, los sentimientos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer son mayores.

De acuerdo con Sheldon Cohen, en su investigación encontró que durante un periodo prolongado de estrés crónico, el tejido corporal pierde

¹⁶ Crawford, J. L., Henry, J., D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Brief report: normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, P.p. 434.

¹⁷ Rico, J. L., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, P.p. 76

¹⁸ López-Roig, S., Terol, M., Pastor, M., Neipp, M., Mas-sutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J., Martín Aragón, M., & Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión: validación de la escala HADS en pacientes oncológicos. *Journal of Health Psychology*, P.p. 255

sensibilidad al cortisol y la hormona pierde su efectividad en regular la inflamación, cuyo efecto en la recuperación de personas con cáncer y otras enfermedades, es más difícil y prolongado.

Por lo anteriormente expuesto, las técnicas de relajación son un gran apoyo, ya que ayudan a reducir la tensión física y mental, permitiendo que las pacientes alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. Siendo entonces la Respiración Diafragmática parte de estas técnicas, generalmente sólo utilizamos una parte de nuestra capacidad pulmonar, con frecuencia la parte superior de los pulmones, facilitando una respiración eminentemente torácica en la cual la intervención del diafragma es poco relevante. Este tipo de respiración no permite alcanzar una oxigenación adecuada, como la que se obtiene con la respiración más completa.

Cuando respiramos de manera inadecuada nuestros tejidos obtienen una menor oxigenación, se evidencia un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, lo cual facilita la aparición de la ansiedad y la fatiga física.

Objetivos de los ejercicios respiratorios:

- Mejorar la ventilación.
- Contribuir a la relajación.
- Mejorar la capacidad funcional global del paciente.
- Prevenir deficiencias musculares.
- Mejorar las fuerzas, coordinación y resistencia de los músculos respiratorios.
- Corregir los patrones respiratorios anormales o ineficaces.

Se utilizó las visualizaciones, esta técnica es aplicada como una alternativa de ayuda a los tratamientos médicos, pero de ninguna manera los sustituye, sino que más bien ayuda a que estos tratamientos sean más humanos porque consideran a la persona como un ser integral, conformado por un cuerpo y una mente, con un sistema interconectado de redes que se comunican para el logro de un mejor rendimiento y una mejor salud.

Las visualizaciones forman parte de la Programación Neurolingüística (PNL) que es un modelo de comunicación interpersonal que se ocupa fundamentalmente de la relación entre los comportamientos exitosos y las experiencias subjetivas, en especial modelos de pensamiento, subyacentes. También constituye un sistema de terapia alternativa que pretende educar a las personas en la autoconciencia y la comunicación efectiva, así como cambiar sus modelos de conducta mental y emocional. La PNL se ocupa de la influencia que el lenguaje tiene sobre nuestra programación mental y demás funciones de nuestro sistema nervioso, como también los patrones lingüísticos que empleamos.

Esta alternativa permite introducir pequeños cambios para lograr grandes transformaciones, al tener una fuerte base de investigaciones neurológicas sobre su modelo de trabajo, de alguna manera la PNL ha logrado penetrar en el cerebro, activando por medio del lenguaje verbal, corporal y sobre todo mediante la comunicación analógica que se ha conseguido mediante el uso de la metáfora para lograr persuadir a la parte mágica e intuitiva del cerebro que se comunica mejor con aquella parte que no piensa, sino que sólo siente y vibra con el sonido de una música agradable, olores, sabores, texturas, lecturas, etc.

La tabla ABC, desarrollada por Albert Ellis, conocida como el modelo ABC entre sus principios básicos se encuentran

A) Acontecimiento Activador: es el hecho que ocurre.

B) Pensamiento o creencia y cogniciones, acerca del Acontecimiento Activador.

C) Consecuencias emocionales y conductuales, respuestas que se le dan al acontecimiento activador, en base a B.

Se utilizó para identificar las ideas irracionales de cada paciente respecto a la problemática.

Para el análisis de datos, se empleó el método comparativo, realizando la comparación de la información recopilada, identificando los sucesos importantes para el estudio.

Se identificó las categorías centrales, su definición, la cual es mencionada con más frecuencia y que está bien conectada con otras categorías. Se realizó un muestreo teórico, a partir de este en la recolección de datos se examinaron las relaciones entre el análisis y la interpretación de datos que pueden contribuir al desarrollo de la teoría. Se elaboraron mapas conceptuales sintetizando la información para una mejor comprensión en mapas conceptuales, para que al momento de estudiar y analizar los resultados de la investigación se pudiera llegar a los resultados y conclusiones de la misma.

2.1 Procedimiento de la investigación

Se identificó a las pacientes en Consulta Externa, Unidad II, que debían ser mastectomizadas según calendario establecido, estableciendo contacto y evaluación 24 horas antes de la cirugía. Se llevaron a cabo 3 sesiones de 45 minutos cada una, la 1ra sesión 24 horas antes del proceso operatorio y las otras dos 24 y 48 horas post-operatorias.

Se eligió al azar, las correspondientes a grupo control y grupo a aplicar psicoterapia, se proporcionó la información sobre la investigación y se dio lectura al Consentimiento Informado y procedieron a firmar las pacientes que estuvieron

de acuerdo con la misma, luego se procedió a llenar la ficha de datos y la entrevista estructurada.

Primer día: Se solicitó información a los encargados de la unidad para realizar la clasificación de las pacientes, Se procedió a trabajar ideas relacionadas con la enfermedad, sentimientos y emociones. Evaluando al mismo tiempo la autoestima

Grupo control: A las pacientes correspondientes a este grupo no se les aplicó ninguna técnica psicoterapéutica, luego de haber firmado que estaban de acuerdo con la investigación, se procedió a la aplicación del Test HADS, evaluando los síntomas psicológicos.

Segundo día: A las 24 horas que las pacientes pasaron por el proceso quirúrgico de mastectomía, se procedió a localizarlas en el área de encamamiento, continuando el proceso de psicoterapia. Se explicó que es autoestima, y la importancia de la misma, luego se continuó hablando sobre las creencias de belleza, imagen, virtudes y defectos; llegando a razonar cada una, disminuyendo aquellas emociones negativas y reforzando las positivas. Se realizó visualización guiada y respiraciones diafragmáticas, para una mejor relajación y disminución de ansiedad.

Tercer día: Se trabajó el duelo del órgano perdido, continuando con la reafirmación de autoestima. Se continuó con la aplicación de la escala HADS, evaluando la disminución de síntomas psicológicos existentes al inicio de la intervención. Se realizó una lista de agradecimientos a su antigua imagen, continuando con la repetición de frases de bienvenida a su nueva imagen (“yo” doy la bienvenida a mi nueva yo; Yo acepto mi nueva imagen y despido a mi imagen anterior, agradeciendo estar viva). Al igual, se identificaron las nuevas

emociones respecto a lo trabajado, se realizaron respiraciones diafragmáticas para disminuir ansiedad. Se reforzó las ideas positivas trabajadas en la sesión número 2.

Se aplicó nuevamente, la escala HADS, con el fin de evaluar si hubo avance o no. Al final se le explicó a la paciente que ha terminado el proceso, se refuerza el logro obtenido, y se recomendó continuar su proceso en la Unidad de Cuidados Paliativos, en donde se brinda el servicio de psicología.

Grupo Control: Se localizó en el área de encamamiento las pacientes a quienes se les aplicó el test el primer día, se evaluó nuevamente con el mismo Test de Hospital de Ansiedad y Depresión, para corroborar síntomas psicológicos.

2.1.2 OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivos	Categorías	Técnicas-Instrumentos
Medir la efectividad de la Terapia breve y de Emergencia en la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama.	<p>Terapia breve y de emergencia: Terapia de pocas sesiones, las cuales se enfocan en aspectos muy puntuales de la problemática. Logrando el bienestar en corto plazo.</p> <p>Mastectomía completa: Es la cirugía para extirpar toda la mama, piel, pezón y la aréola.</p>	<p>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. (HADS). Pre y post mastectomía.</p> <p>Observación: Se observó la reacción manifestada por las pacientes, durante el proceso psicoterapéutico.</p>
Identificar las consecuencias psicológicas de la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama.	<p>Consecuencias psicológicas: Los efectos que la mastectomía provoca sobre la mujer y su imagen.</p> <p>Ansiedad: Miedo anticipado a padecer un</p>	<p>Escala HADS: Se aplicó para evaluar los principales síntomas que afectan su estabilidad emocional, tanto con el grupo de intervención, como con el grupo control.</p>

	<p>daño o desgracia futuros, acompañado de temor .</p> <p>Depresión: Afecta eñ estado de animo, pensamientos.</p> <p>Miedo: Reacción emotiva frente a un peligro reconocido como tal en estado de conciencia.</p> <p>Desesperanza: Tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, presentir consecuencias negativas y concluir que, si dichos sucesos negativos.</p>	<p>Entrevista Estructurada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Como se sintió antes de la operación? 2. ¿Cómo se sintió después de la operación? 3. ¿De qué forma le afecta padecer cáncer de mama?
<p>Ayudar a las mujeres a lograr estabilidad emocional y psicológica en el proceso de mastectomía, a través de la terapia breve y de emergencia.</p>	<p>Estabilidad emocional y psicológica: Lograr la ausencia de síntomas negativos que afectan emocionalmente y psicológicamente a la paciente.</p> <p>Proceso de mastectomía: Comienza desde que se le da el diagnostico a la paciente, luego se prepara para la intervención quirúrgica, hasta su recuperación.</p> <p>Terapia breve y de emergencia: Terapia de pocas sesiones, las cuales se enfocan en aspectos muy puntuales de la problemática.</p>	<p>Se trabajó con el grupo intervención, 3 sesiones con las mujeres pre y post mastectomía completa.</p> <p>Sesión 1. Identificar creencias: Se identificaron ideas relacionadas con la enfermedad. Luego se procedió a realizar respiraciones diafragmáticas .</p> <p>Sesión 2. Autoestima: Se trabajó la importancia de la misma. Se trabajó sobre las creencias de belleza, imagen, virtudes y defectos. Y emociones relacionadas.</p>

	Logrando el bienestar en corto plazo.	Sesión 3. Duelo: Se realizó una lista de agradecimientos a su antigua imagen, con la repetición de frases de bienvenida a su nueva imagen y despido a la imagen anterior.
Evaluar la disminución de síntomas tras la aplicación de la Terapia Breve y de Emergencia en mujeres mastectomizadas	Disminución de síntomas: Esto sucede cuando baja la intensidad de los síntomas manifestados por el paciente.	Observación: Durante el proceso psicoterapéutico, así como después del mismo, para evaluar la disminución de síntomas, Escala HADS: Para evaluar la efectividad de la terapia breve y de emergencia, se aplicó la escala HADS, al grupo intervención, como al grupo control. Comparando luego los resultados.

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población.

3.1.1 Características del lugar:

La presente investigación se realizó en las instalaciones del Instituto de Cancerología y Hospital “Dr. Bernardo del Valle S” INCAN, en la unidad II y encamamiento de mujeres, área II de Ginecología y mama. Institución que brinda atención integral de cáncer, teniendo como objetivo la detección temprana, prevención y tratamiento en jóvenes y adultos que son referidos por otros centros de salud o que consultan por iniciativa propia. Está ubicado en la 6ta Avenida 6-58, zona 11, en la ciudad de Guatemala.

La Liga Nacional contra el Cáncer¹⁹ recurre a la búsqueda de donaciones entre la iniciativa privada, mediante organización de eventos para recaudar fondos, así mismo solicita apoyo de organizaciones extranjeras. Además se puede mencionar que en un 70% el hospital es autofinanciable al cobrar sus servicios médicos, tratamientos y medicamentos a precios bajos.

3.1.2 Características de la población:

En el Instituto de Cancerología y Hospital “Dr. Bernardo del Valle S” INCAN, se trabajó con pacientes internas antes y después de la mastectomía, en el INCAN. Teniendo en cuenta un grupo control de mujeres post-mastecomía.

Criterios de inclusión

- Edades 25 a 80 años
- Pacientes que serán sometidas a mastectomía completa.

¹⁹ Liga Nacional Contra el Cáncer, Guatemala 2012, Disponible <http://www.ligacancerguate.org/> / Fecha consultada 22.06.2013

- Que no presente complicaciones post-quirúrgicas.
- Participación voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con mastectomía parcial.
- Que hablen lenguas mayas, y no tuvieran traductor al español.
- Que presenten complicaciones.

3.2 Esquema de resultados a través de mapas conceptuales:

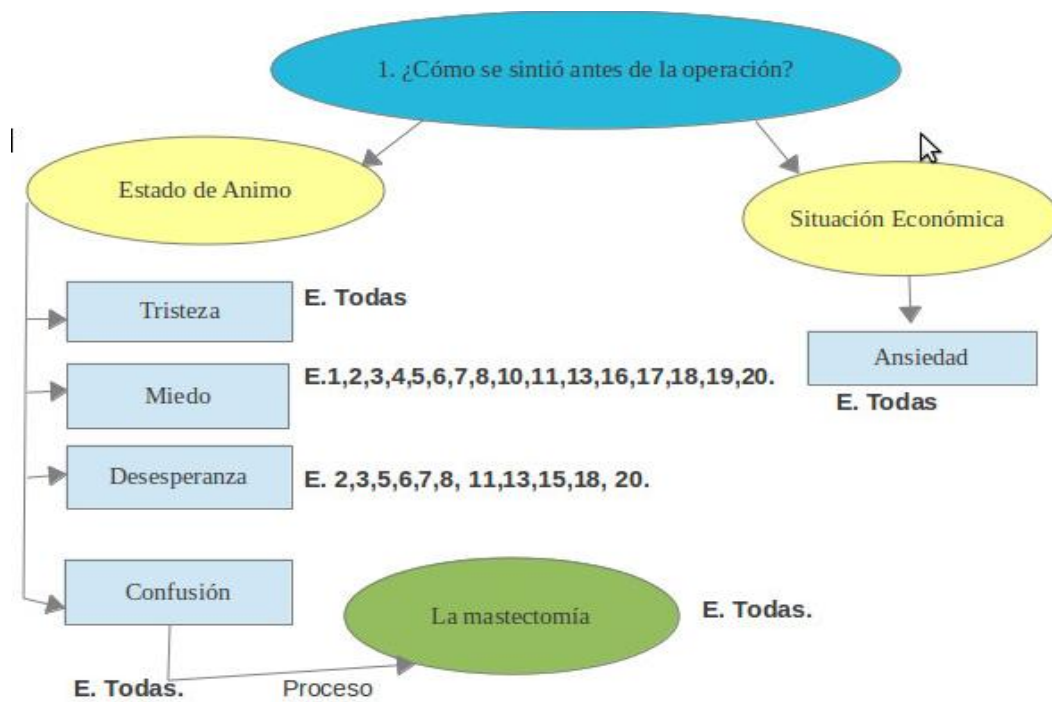
La información obtenida durante el proceso de la investigación se obtuvo por medio de entrevistas a profundidad, proceso psicoterapéutico breve y de emergencia, y test, aplicado las pacientes quienes dieron su consentimiento.

La información se encuentra representada en los mapas conceptuales, que se muestran a continuación, permitiendo visualizar ideas, conceptos, facilitando una mejor comprensión, análisis y un mejor entendimiento.

3.2.1 Resultados de los síntomas manifestados

Terapia Breve y de Emergencia para la mujer tras la mastectomía completa por cáncer de mama.

1. Identificar las consecuencias psicológicas de la mujer tras la mastectomía por cáncer de mama.

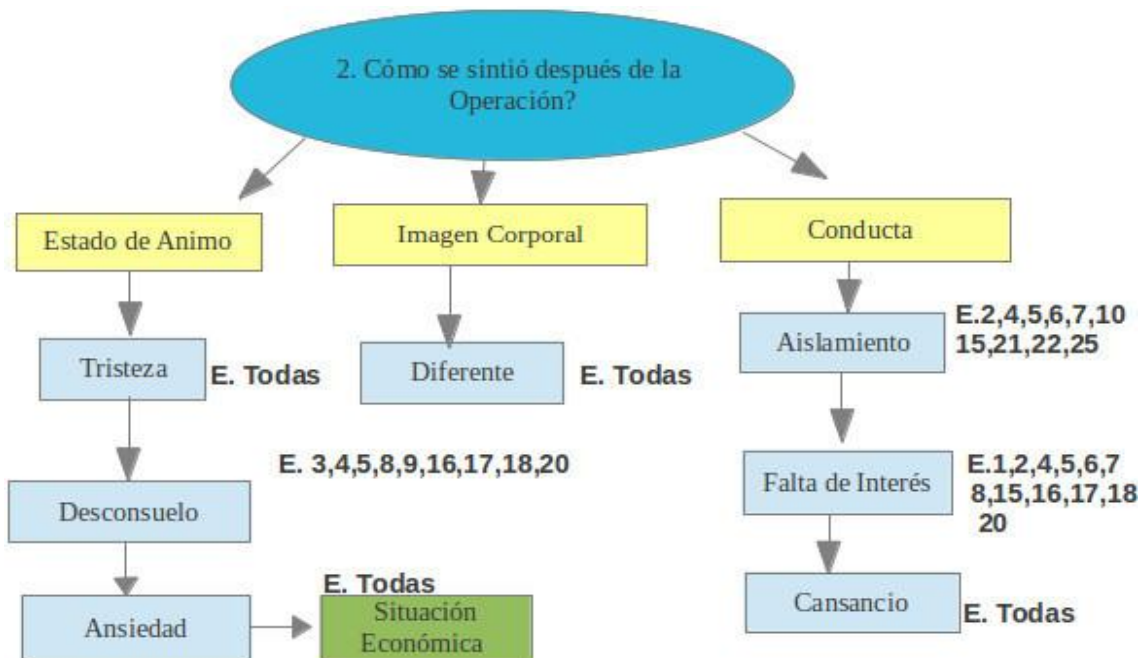


Fuente: Anexo 3, Entrevistas

Las pacientes manifestaron alteraciones en el estado de ánimo: tristeza, miedo, desesperanza, por el cambio a la imagen corporal y confusión por miedo a morir en la intervención quirúrgica; También presentan preocupación y ansiedad que genera la situación económica ya que la mayoría no tiene los recursos suficientes.

Mapa No. 2

¿Cómo se sintió después de la operación?

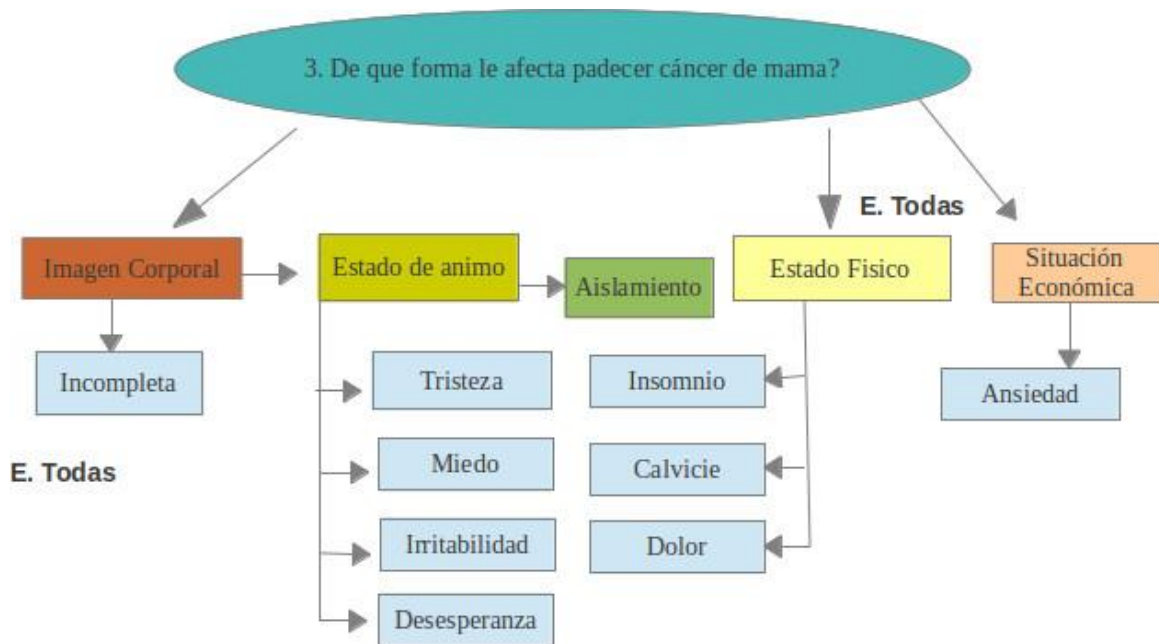


Fuente: Anexo 3, Entrevistas.

Después del proceso de operación las pacientes manifestaron cambios en su estado de ánimo, tristeza y desconsuelo, debido a que sufren un cambio en su imagen corporal; esto llega a provocar cambios de conducta, como aislamiento, falta de interés por las actividades diarias y cansancio.

Mapa 3.

¿De qué forma le afecta padecer cáncer de mama?



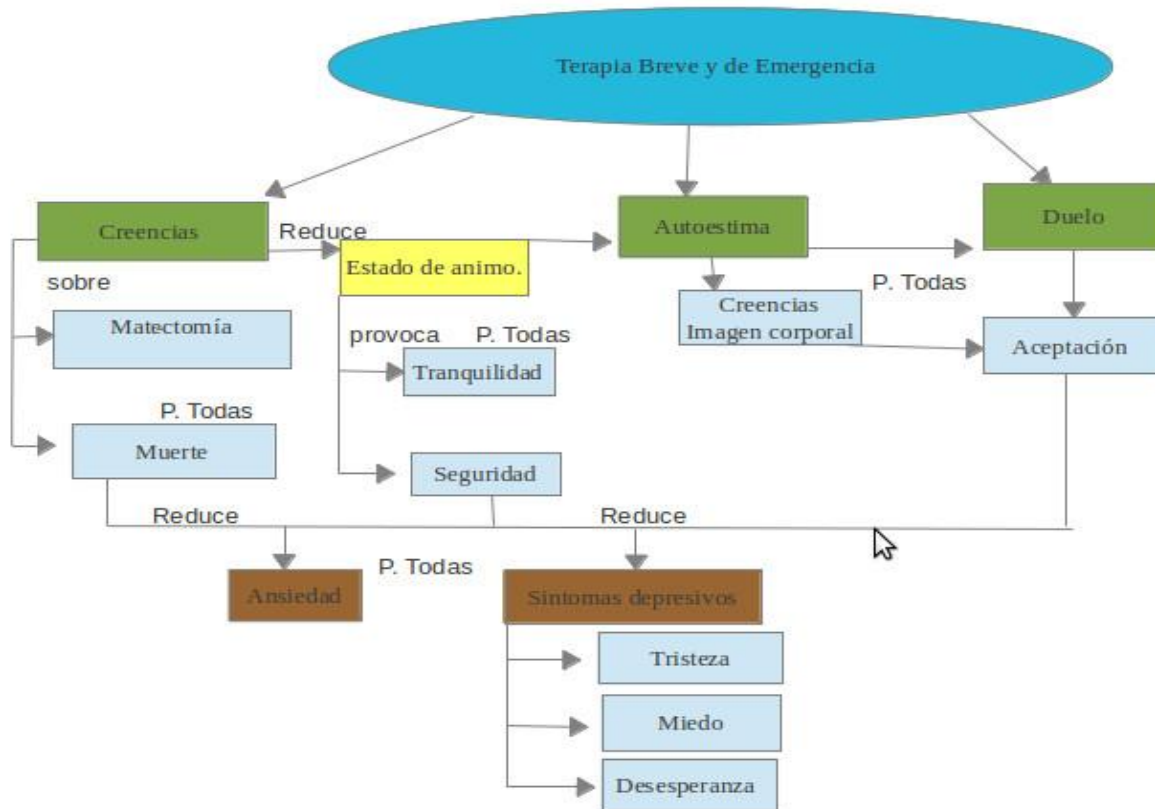
Fuente: Anexo 3, Entrevistas.

A las mujeres que padecen cáncer de mama, pasan por un proceso de mastectomía que afecta su imagen corporal, teniendo la idea que están incompletas, esto genera desequilibrio en el estado de ánimo, como tristeza, miedo, irritabilidad y desesperanza, provocando a la vez aislamiento.

Algunas pacientes han pasado por un proceso de quimioterapia o radioterapia, esto provoca cambios en el estado físico, como insomnio, calvicie y dolor, afectando el estado de ánimo. La situación económica que es otro factor que afecta a la paciente, generando ansiedad ya que la mayoría son de escasos recursos.

Mapa No. 4

Evaluar la disminución de síntomas tras la aplicación de la Terapia Breve y de Emergencia en mujeres mastectomizadas.



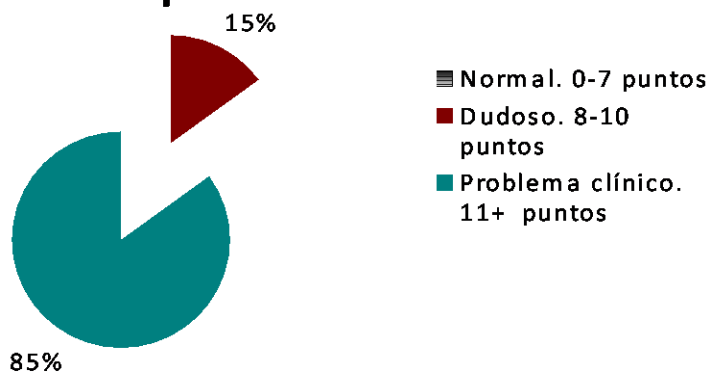
La Terapia Breve y de Emergencia, se enfocó en tres áreas, Trabajar creencias respecto el proceso de mastectomía, disminuyendo los efectos negativos en el estado de ánimo, logrando tranquilidad, seguridad en la pacientes, luego de esto se enfoca en autoestima, centrándose en las creencias sobre la imagen corporal, aquí se encuentra influencia cultural y machismo sobre el concepto de “ser mujer” y al mismo tiempo se trabajó duelo del órgano perdido, logrando aceptación, reduciendo así los síntomas de ansiedad y de depresión: tristeza, miedo y desesperanza.

3.2.3 Resultados Estadísticos

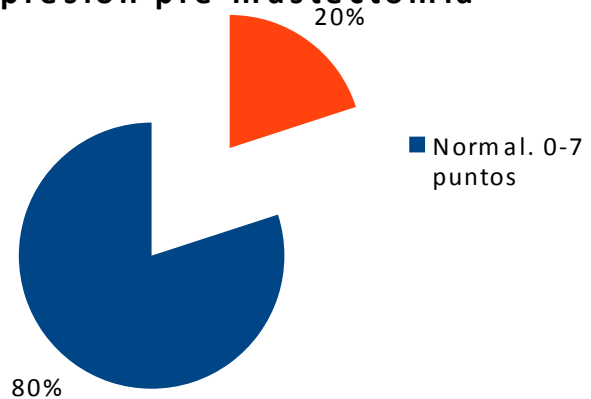
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Gráfica No. 9

Resultados Grupo Control Depresión pre-mastectomía



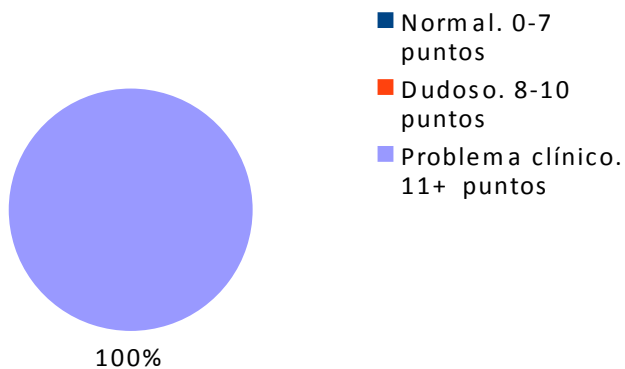
Resultados Grupo Intervención Depresión pre-mastectomía



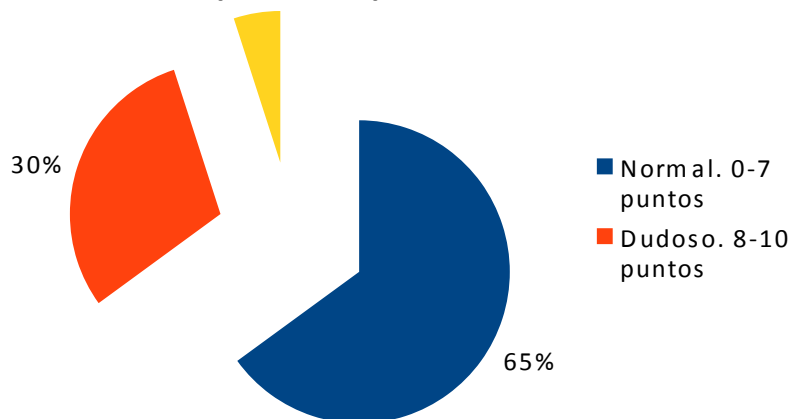
Fuente: Anexo 4, Escala HADS.

El síntoma de depresión pre-mastectomía, en el grupo control el 85% de las pacientes se clasificaron en problema clínico y 15% en rango dudoso. En el grupo intervención se encontró un cambio significativo, 20% en rango dudoso y el 80% en rango normal

Resultados Grupo Control Depresión post-mastectomía



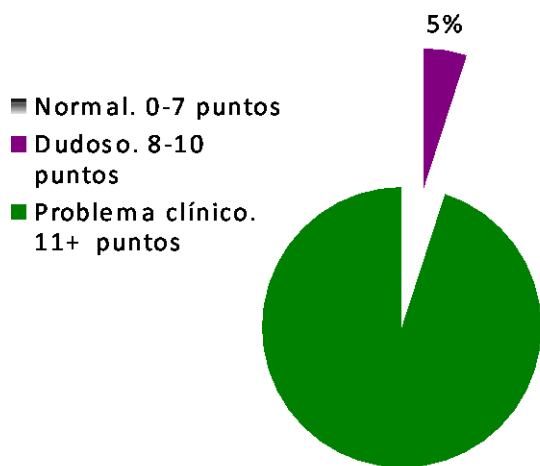
Resultados Grupo Intervención Depresión post-mastecomía



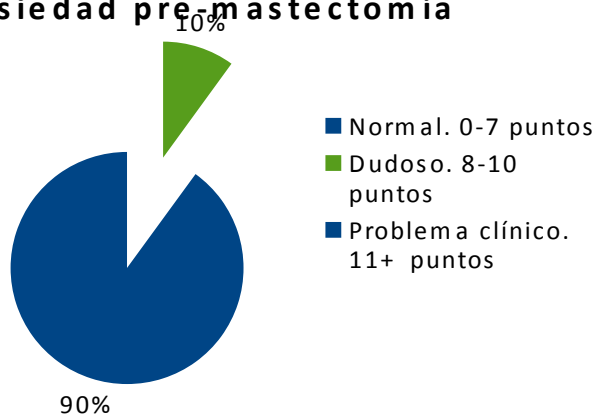
Fuente: Anexo 4, Escala HADS

En los síntomas depresivos en el grupo control el 100% de la población se encuentra en problema clínico y en el grupo intervención 65% rango normal, 30% rango dudoso y 5% en rango clínico.

Resultados Grupo Control Ansiedad pre-mastectomía



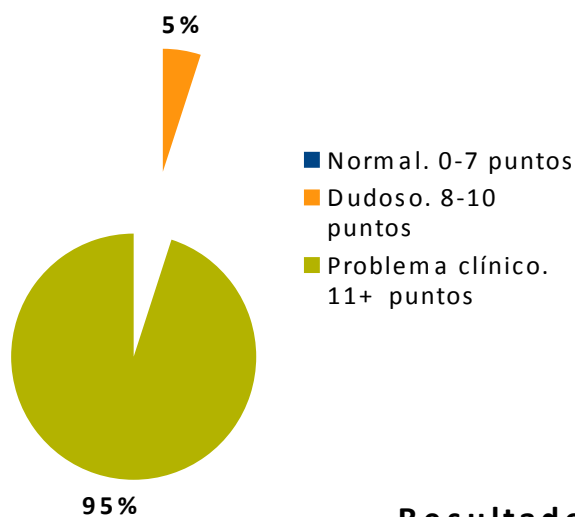
Resultados Grupo Intervención Ansiedad pre-mastectomía



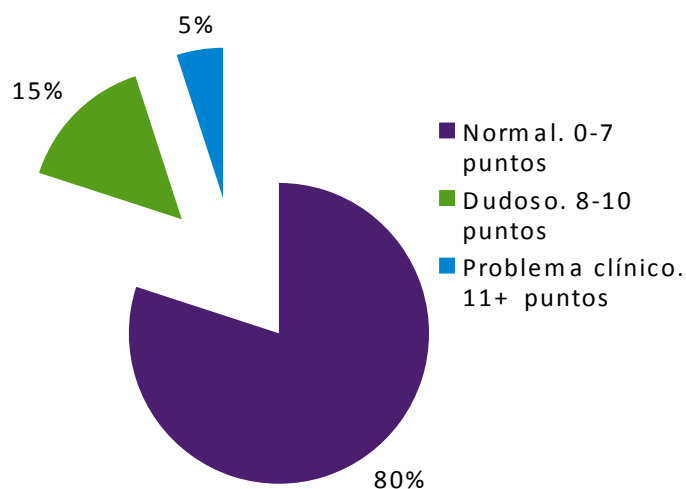
Fuente: Anexo 4, Escala HADS

Las gráficas muestran que en el síntoma de ansiedad en el grupo control el 95% de la población en problema clínico y 5% en rango dudoso. A diferencia del grupo intervención el 90% de las pacientes se encuentra en rango normal y 10% en rango dudoso.

Resultado Grupo Control Ansiedad post-mastectomía



Resultados Grupo Intervención Ansiedad post-mastectomía



Fuente: Anexo 4, Escala HADS

En los síntomas de ansiedad en el grupo control el 95% de las pacientes se encuentran en problema clínico, y el 5% en rango dudoso. En cambio con el grupo intervención el 80% se encuentra en rango normal, el 15% en rango dudoso y 5% en caso clínico.

3.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo principal medir la efectividad de la Terapia Breve y de Emergencia en las mujeres pre y post mastectomía, comparando dos grupos: el primer grupo de intervención Psicoterapéutica y Grupo control, quienes no recibieron ninguna intervención psicológica. Para el diseño de la terapia se tomó en cuenta las limitaciones de las pacientes y el tiempo que permanecen internas en el hospital, buscando disminuir los síntomas psicológicos en cada una y la estabilidad emocional, para una mejor recuperación.

Aplicando la entrevista abierta se logró identificar que las mujeres que padecen cáncer de mama, y pasan por un proceso de mastectomía les afecta en su imagen corporal, teniendo la idea que están incompletas, esto genera desequilibrio en el estado de ánimo, como tristeza, miedo, irritabilidad y desesperanza, provocando a la vez aislamiento. Algunas pacientes han pasado por un proceso de quimioterapia o radioterapia, esto provoca cambios en el estado físico, como insomnio, calvicie y dolor, afectando el estado de ánimo. La situación económica que es otro factor que afecta a la paciente, generando ansiedad ya que la mayoría son de escasos recursos.

Siendo afectadas psicológicamente desde el momento que reciben el diagnóstico, sumando luego al momento de pensar que perderán una parte importante de su cuerpo, muchas atribuyen a “no ser una mujer completa” debemos mencionar que esta creencia es alimentada desde la infancia, por los patrones de crianza y el “deber ser”, al igual una cultura machista, ¿Que sucede entonces cuando la mujer no llena las expectativas sociales que descansan sobre su cuerpo? Comienza ansiedad en ella, sobre si van o no ser aceptadas por su pareja, si ya no van a “ser atractivas”, se enfocan en llenar

una expectativa para alguien, provocando culpa, tristeza y desesperanza ante el cambio completo de vida.

La Terapia Breve y de Emergencia tiene como objetivo lograr un cambio constructivo en la situación vital de la persona, tan rápida como sea posible, aliviando el impacto psicológico de los eventos estresantes y personas afectadas en crisis²⁰ ya que se enfoca en los síntomas principales.

El proceso psicoterapéutico, fue modificado a tres sesiones, enfocando la problemática en tres aspectos: 1. Creencias sobre la enfermedad, y emociones. 2. Autoestima. 3. Duelo. Trabajando las creencias irracionales fue posible reducir los síntomas de ansiedad que presentaban las pacientes. Degood, Grawforf y Jongsma, afirman que en pacientes oncológicos la disminución de la ansiedad es fundamental para una adaptación adecuada. Trabajando el programa de autoestima se ayudó a las pacientes a identificar creencias irracionales sobre la enfermedad, imagen corporal, aspectos de su vida, con técnicas ABC. Las pacientes pudieron expresar emociones asociadas al diagnóstico y la enfermedad, liberando sentimientos, reduciendo la ansiedad, tristeza, miedo que presentaban al inicio; logrando que comience a aceptar su nueva imagen. Esto logró estabilizar emocionalmente a las pacientes, lo cual ayudó a trabajar duelo del órgano perdido, en esta intervención las pacientes mostraron comprensión y aceptación, teniendo como consecuencia cambios en su estado de ánimo y reducción de síntomas.

Para la medición de los síntomas de ansiedad y depresión se utilizó la escala de HADS. Esta escala se desarrolló específicamente para la evaluación

²⁰ Bravo González, María Cristina. Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Autónoma de México. Vol. 13 No. 3 Septiembre 2010

de la depresión y ansiedad en los servicios hospitalarios, siendo validada en varios países como España²¹ y Colombia²² con pacientes oncológicos. Por lo anterior resulta un instrumento muy confiable la identificación de las escalas de depresión y ansiedad en los pacientes sujetos de este estudio.

Se utilizó para medir los resultados obtenidos, en el grupo de intervención y en el grupo control, encontrando diferencias significativas. Los resultados se clasifican de acuerdo a la escala HADS; Normal 0-7, Dudoso 8-10 y Problema clínico 11 +.

Los resultados obtenidos fueron: en el síntoma de depresión pre-mastectomía, en el grupo control el 85% de las pacientes se clasificaron en problema clínico y 15% en rango dudoso. En el grupo intervención se encontró un cambio significativo, 20% en rango dudoso y el 80% en rango normal. Resultados de síntomas de ansiedad pre-mastectomía, se encontró 95% de la población en problema clínico y 5% en rango dudoso. A diferencias del grupo intervención el 90% de las pacientes se encuentra en rango normal y 10% en rango dudoso. Estos datos muestra la efectividad de iniciar antes de la mastectomía un proceso psicoterapéutico, ya que redujo los síntomas depresivos y de ansiedad.

Respecto a los resultados post-mastectomía, en los síntomas de ansiedad en el grupo control el 95% de las pacientes se encuentran en problema clínico, y el 5% en rango dudoso. En cambio con el grupo intervención el 80% se encuentra en rango normal, el 15% en rango dudoso y 5% en caso clínico.

²¹ López-Roig, S., Terol, M., Pastor, M., Neipp, M., Mas- sutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J., Martín- Aragón, M., & Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión: validación de la escala HADS en pacientes oncológicos. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 127-155

²² Rico, J. L., Restrepo, M., & Molina, M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, 2005, *Balance en en Medición*, 3, 73-86

Síntomas depresivos en el grupo control el 100% de la población se encuentra en problema clínico y en el grupo intervención 65% rango normal, 30% rango dudoso y 5% en rango clínico. Lo anterior nos permite establecer que las pacientes que recibieron terapia breve y de emergencia tuvieron una disminución en síntomas, siendo contrario al grupo que no lo recibió.

Esto muestra que la Terapia Breve y de Emergencia puede ser efectiva en pacientes mastectomizadas, pero no es suficiente para superar la problemática, ya que es un proceso largo debido a que algunas pacientes luego de una mastectomía son sometidas a quimioterapia o radioterapia, provocando cambios nuevamente, esto evidencia la necesidad de acompañamiento psicológico continuo durante el tratamiento oncológico. Es así como se comprueba la efectividad de la Terapia Breve y de Emergencia, pero queda claro que es necesario que el proceso psicoterapéutico continúe, para lograr una adaptación y una estabilidad psicológica en cada paciente. Considerando ampliar la muestra con una población mayor.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- De acuerdo a los resultados obtenidos, las pacientes que recibieron terapia breve y de emergencia manifestaron cambios significativos en los síntomas de ansiedad logrando una reducción del 85% del síntoma en la población y disminución del 95% en los síntomas depresivos. Esto muestra la efectividad de la terapia breve y de emergencia en mujeres mastectomizadas.
- Se identificó que las mujeres muestran impacto psicológico desde el diagnóstico, desequilibrio emocional: Miedo, tristeza, ansiedad, desesperanza, frustración. Debido a que su imagen se ve amenazada, al mismo tiempo por la presión social, en donde el cuerpo de la mujer juega un papel protagónico por su vida sexual y familiar.
- Se le proporcionó soporte emocional, dándole la oportunidad de expresar sus sentimientos, angustias, y dudas. Reduciendo síntomas depresivos, lo cual ayudó a una mejor aceptación del proceso, integrando la psicología con la medicina para una óptima recuperación.
- Se comprobó que la Terapia Breve y de Emergencia, puede ser efectiva ya que reduce la ansiedad y síntomas depresivos en las pacientes, pero no es suficiente para la recuperación de las pacientes, debido a que luego se enfrentan a procesos de quimioterapia o radioterapia, esto provoca nuevamente cambios drásticos y vuelven a un desequilibrio tanto psicológico como emocional.

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda que las pacientes continúen con un proceso psicoterapéutico como la terapia breve y de emergencia, para que pueda enfrentar el cáncer y se puedan evitar trastornos mayores como psicopatologías. Así contribuyendo a una mejor recuperación.
- Es necesario implementar un programa de acompañamiento psicológico, desde el momento que se da el diagnóstico, esto facilitaría a la paciente una mejor adaptación y la ayudaría para sobrellevar el tratamiento de mejor manera.
- Se recomienda que las pacientes y familiares asistan a grupos de apoyo, esto ayudara a sobrellevar de mejor manera la enfermedad y al mismo tiempo lograr una mejor recuperación.
- Es necesario incluir un estudio con mayor población con el fin de profundizar en la problemática y así generar diferentes propuestas psicoterapéuticas, para lograr el bienestar integral de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Bellack Leopold, Small Leonard, “PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA”, Editorial Pax Mexico, 2da edicion, 2004, 395 paginas.

Canby, Craig A. “ANATOMÍA, BASADA EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS” 1ª edición en español. Editorial Elsevier. España 2007. P.p. 35

Casos de Cáncer detectados en el Instituto de Cancerología y Hospital “Dr. Bernardo del Valle S.” -INCAN- durante el año 2011, por el Registro de Cáncer del INCAN – Guatemala.

Gaze, M. y Wilson, I. “HANDBOOK OF COMMUNITY CANCER CARE [MANUAL DEL CUIDADO COMUNITARIO DE PACIENTES CON CÁNCER] “. United Kingdom: Cambridge 2002. University Press.

Gómez Sancho, Marcos. Ojeda Martín, Manuel. CUIDADOS PALIATIVOS CONTROL DE SÍNTOMAS. Unidad de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Edición 2009. 450 paginas.

Granados García, Martín, Herrera Gómez, Ángel, [“MANUAL DE ONCOLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CANCERLOGIA”, Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. Cuarta Edición, México, D.F. 2010, 1315 paginas.](#)

López-Roig, S., Terol, M., Pastor, M., Neipp, M., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J., Martín Aragón, M., & Sitges, E. “ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:

VALIDACIÓN DE LA ESCALA HADS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”.
Journal of Health Psychology, 2000, 155 paginas.

Lostao Unzu, Lourdes. “DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA”
Primera Edición. Ediciones Díaz de Santos, S.A. España 2001. 250 paginas.

Marroquín Ovando, Norma Iracema, López Solares, Dora Imelda, “ ESTUDIO DE
LA DEPRESIÓN EN PACIENTES PRE Y POST OPERADOS, AMPUTADOS Y
CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA”, Tesis Universidad de San Carlos de
Guatemala, 169 paginas.

Murga Lara, Daniel Eduardo. “TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES POST MASTECTOMÍA RADICAL”. Tesis Universidad de San
Carlos de Guatemala, 2007, 347 paginas.

Pitot, H.CM, Fundamentos de Oncología. La Prensa Medica Mexicana. Mexico,
fecha 21.09.2010

Sierra García, Antonio; Piñero Madrona, Antonio; Illana Moreno, Julián.
“MASTECTOMÍAS, INDICACIONES Y ASPECTOS TÉCNICOS” Primera Edición
Editorial Aran. España 2006. 367 paginas.

Vásquez, Carmen, “CARACTERÍSTICAS RESILIENTES EN MUJERES
SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA”, Tesis Universidad Rafael
Landivar, 2006. 165 paginas.

Bellver, Ascención. Santaballa, Ana. Montalar, Joaquín. “MUJERES CON
CÁNCER DE MANA: EVALUACIÓN DEL AFECTO POSITIVO Y NEGATIVOS
Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN

EL ÁMBITO HOSPITALARIO". (en línea) Psicooncología. Vol. 6, num. 1. 2009.
142 paginas. Disponible
en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120139A/15309>

Bravo González, María Cristina. "INTERVENCIÓN EN CRISIS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA". Revista electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Autónoma de México. Vol. 13 No. 3 Septiembre 2010.
Disponible en:
www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/19308/18301

Breast Cancer Organization; disponible en:
<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/> fecha 12.09.2008

Liga Nacional Contra el Cáncer, Guatemala 2012, Disponible :
<http://www.ligacancerguate.org>

National Cancer Institute. Breast Cancer. [Instituto Nacional de Cáncer. Cáncer de Mama]. EE.UU.; US 2008. Disponible en:
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno>

Universidad De Salamanca, Ediciones Universidad, Diponible en:
<http://dicciomed.eusal.es/palabra>

ANEXOS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El siguiente proyecto tiene como fin brindarle acompañamiento psicológico, mejorando la aceptación de los hechos, durante el proceso de mastectomía.

Los objetivos de esta investigación son:

Identificar las consecuencias psicológicas, evaluar las necesidades de ayuda psicológica y generar propuestas de ayuda psicológica, antes y después de una mastectomía por cáncer de mama. Todo esto se logrará gracias a su participación, la cual será de suma importancia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá su colaboración para responder preguntas en base a una entrevista, participar en un proceso psicoterapéutico, y responder Test psicológicos, dividido en tres sesiones de una hora cada una, las cuales se harán el primer día, el segundo y tercer día post operatorio, tiempo durante el cual usted estará interna en esta institución.

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

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada de los objetivos de esta investigación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo
Del Valle S. INCAN

DATOS GENERALES

Nombre:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Profesión/Oficio:

Estado Civil:

Soltera Casada/Unida Viuda Divorciada/Separada

Número total de hijos:

Fecha de detección del cáncer:

Estaba embarazada: Sí No

Existen antecedentes de cáncer en su familia: Sí No

Parentesco: _____

Sesiones de quimioterapia: Si No

Cantidad:

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo Del Valle S. INCAN**

ENTREVISTA

- 1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?**
- 2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?**
- 3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?**

Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Instituto de Cancerología y Hospital “Dr. Bernardo del Valle “S” INCAN

Terapia Breve y de Emergencia para la Mujer Tras la Mastectomía Completa por Cáncer de mama

Transcripción Entrevista

No.	Entrevista	Descripción	Variables
1	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Antes de la operación tenía mucho miedo, porque no sabía que iba a suceder, como me iba a ver, pensaba que me iba a doler mucho.”</p> <p>2- “Después de la operación al ver que no tenía un pecho, me sentí tan triste que pasaba llorando todo el día, quería estar sola.”</p> <p>3- “Desde que me operaron yo no quiero arreglarme, ni verme en el espejo, me siento triste, pero que otra me queda, ahora me cuesta dormir, ya no soy la misma de antes.”</p>	<p>Miedo</p> <p>Dolor</p> <p>Triste</p> <p>Aislamiento</p> <p>Desinterés</p> <p>Tristeza</p> <p>Insomnio</p>
2	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Yo no sabía que tenía, cuando vine al hospital el doctor me dijo que tenía cáncer y que me tenían que operar, yo estaba confundida y tenía miedo de la operación, que me podía morir”.</p> <p>2- “Cambio mi vida, cuando yo me vi ya no tenía mi pecho, me puse a llorar, y muy triste, mi cuerpo era diferente y mi ropa ya no me quedaba igual”.</p> <p>3- “A veces no puedo dormir, mi pelo se me esta callo todo, por las</p>	<p>Confusión</p> <p>Miedo</p> <p>Tristeza</p> <p>Imagen corporal</p> <p>Insomnio</p>

		quimioterapias, me mantengo muy triste, antes podía estar con mis amigas ahora ya no puedo, ya no me gusta, prefiero estar sola”.	Calvicie Tristeza Aislamiento
3	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Yo tenía miedo porque no sabía cuanto iba a durar la operación y si me iba a doler, más porque me dijeron que me iban a quitar mi pecho, eso me impacto mucho”.</p> <p>2- “Es una experiencia muy triste, le cambia la vida por completo, uno de mujer sin un pecho eso es desconsolador, más los dolores, y luego estar viniendo a las quimioterapias, a veces ya no quisiera venir porque siento que ya no vale la pena”.</p> <p>3- “Ya no soy la misma, ahora me cuesta salir, siento que todos se me quedan viendo, como no tengo mucho pelo, me da mucho sueño y me mantengo triste y enojada a veces”.</p>	<p>Miedo Imagen corporal</p> <p>Tristeza Desconsuelo</p> <p>Calvicie Triste Irritabilidad</p>
4	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Mal, cuando me dijo el doctor que me tenía que operar porque tenía cáncer, a mi en ese momento me cambio la vida, pensé en lo peor que me podía morir, me dio miedo y tristeza”.</p> <p>2- “Después que me operaron para mi fue peor, hay días que no tengo ganas de levantarme, amanezco muy cansada y sin ánimos para hacer las cosa, la verdad me siento mal, ahora mi cuerpo no es igual”.</p> <p>3- “Esto es muy triste, y al mismo tiempo desconsolador porque todavía tengo que venir a las quimioterapias, para que no avance el cáncer, tengo miedo que pueda afectarme más y mis hijos</p>	<p>Miedo Tristeza</p> <p>Desanimo Cansancio Imagen corporal</p> <p>Desesperanza Miedo</p>

		quien los va cuidar”.	
5	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Mal, no podía creer lo que el doctor me estaba diciendo, me desconsolé en ese momento y me puse triste”.</p> <p>2- “Es lo peor que le puede pasar a uno de mujer, saber que cuando uno va salir de la operación va salir incompleto es muy doloroso “.</p> <p>3- “Yo cambie totalmente, ya no me gusta hacer nada, a veces regaño mucho a mis hijos, me mantengo triste”.</p>	<p>Desconsuelo Tristeza</p> <p>Imagen corporal Dolor</p> <p>Desesperanza Irritabilidad Tristeza</p>
6	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Pues fíjese seño que me sentía mal, porque tenía miedo a la operación y a saber si iba a salir bien. Porque me dolía mucho también”.</p> <p>2- “Ya me sentí mejor seño, ya no me dolía nada me siento con más ánimos”.</p> <p>3- “Pues es duro seño, es triste porque son unos dolores bien feos uno ya no quiere nada”.</p>	<p>Miedo Dolor</p> <p>Dolor</p> <p>Dolor Tristeza</p>
7	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Me sentía nerviosa bien nerviosa viera porque no sabía si mi vida corría riesgo o si todo estaba tranquilo”.</p> <p>2- “Ah pues fíjese que me sentí mejor ya no tenía molestias . aunque sin mi mama se siente diferente pero tenía que ser así para sentirme mejor”.</p> <p>3- “Ay seño es feo y es duro porque uno espera irse de este mundo con todas las partes de su cuerpo pero mire yo ya no tengo</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Imagen corporal</p> <p>Triste Desesperanza</p>

		matriz ni un pecho y es triste padecer esto”.	
8	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Antes de la operación me sentía con mucho miedo porque no sabía si había riesgos en la operación”.</p> <p>2- “Después ya me sentí mejor pero ya era diferente por no tener un pecho, es triste”.</p> <p>3- “Es bien difícil pasar por esto porque uno se siente sin ganas de hacer nada por los dolores y por la sensación de sentir que un pecho está diferente al otro”.</p>	<p>Miedo</p> <p>Tristeza</p> <p>Desesperanza</p> <p>Dolor</p> <p>Imagen corporal</p>
9	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Antes de la operación me sentía afligida porque no sabía qué iba a pasar y no sabía qué esperar”.</p> <p>2- “Después ya me sentí relajada y sin dolor que es lo mejor pero si un poco diferente porque ya no tenía un pecho”.</p> <p>3- “Me afecta mucho porque es bien triste pasar por la operación y después la quimioterapia es duro”.</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Imagen corporal</p> <p>Triste</p>
10	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta</p>	<p>1- “Me sentía un poco confundida porque me daba miedo la operación pero sabía que era lo mejor para poder curarme. Pero pensaba en como me iba a ver sin mi pecho me daba miedo”.</p> <p>2- “Después de la operación sentí más tranquila y más cuando me dijeron los doctores que la operación había estado bien y que ya no había riesgo para mí. Pero es triste estar sin un pecho”.</p> <p>3- “Me afecta porque no tenemos</p>	<p>Confusión</p> <p>Miedo</p> <p>Imagen corporal</p> <p>Tristeza</p>

	psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?	mucho dinero y tanto que hemos tenido que gastar pero es lo que tenemos que hacer para lograr que me cure yo”.	Ansiedad
11	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Tenía miedo, no sabía qué esperar. Jamás me habían operado antes, nunca me había sentido enferma, me sentí confundida”.</p> <p>2- “ Me siento débil, incompleta. Tengo miedo a lo que piense mi esposo y mis hijos. Tengo miedo a que me abracen y abrazarlos”.</p> <p>3- “Es muy duro, solo pensar que es un cáncer, me irrita, es muy difícil. Además que le quitan a uno parte importante del cuerpo. Es bastante triste”.</p>	<p>Miedo Confusión</p> <p>Imagen Corporal Miedo</p> <p>Irritabilidad Imagen corporal Triste.</p>
12	<p>1. Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Tuve miedo, porque no sabía si iba a regresar de la anestesia. Estaba nerviosa y miedo”.</p> <p>2- “Mejor, ya no tuve tanto dolor. Solo náuseas, pero dice que eso es normal. Pero me siento diferente sin mi pecho, pienso que estoy incompleta, a veces me irrito”.</p> <p>3- “Todo cambia, ya no soy la misma sin mi pecho, me pongo mas triste y a veces me molesto por cualquier cosa”.</p>	<p>Miedo Ansiedad</p> <p>Imagen Corporal Irritabilidad</p> <p>Imagen corporal Tristeza Irritabilidad</p>
13	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p>	<p>1- “Tuve miedo, porque no sabía si iba a regresar de la anestesia. Estaba nerviosa”.</p> <p>2- “Cuando desperté lo primero que quería ver como había quedado, sentí mucha tristeza al</p>	<p>Miedo Ansiedad</p> <p>Tristeza Imagen corporal</p>

	<p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>ver que no tenía mi pecho, pensando que iba a decir mi esposo”.</p> <p>3- “Yo tengo niñas pequeñas y me preocupan no se que vaya a pasar, a veces no puedo dormir, eso en el día me mantiene de mal humor, a veces quisiera estar sola, para no ser una carga”.</p>	<p>Insomnio Irritabilidad Aislamiento</p>
14	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1- “Bastante nerviosa, la verdad. Y miedo porque sabía que iba a ser un cambio en mi vida, que me iba a ver diferente y no sé como vaya a ser más adelante”.</p> <p>2- “Adolorida, con náuseas y ardor. Pero le agradecí a Dios por que salí de mi operación”.</p> <p>3- “Es muy difícil para mí, porque me siento sola. Mi marido falleció, no tengo hijos, solo mis hermanos. Pero aún así me he sentido triste y he tratado de ser fuerte frente a todos ellos”.</p>	<p>Ansiedad Miedo Imagen corporal</p> <p>Náuseas Dolor</p> <p>Desesperanza Triste</p>
15	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted</p>	<p>1-”Yo estaba ansiosa, y con miedo no sabía como iba a quedar”.</p> <p>2- “ Con mucho malestar y dolor. La anestesia me dio náuseas y eso no me dejaba tranquila, pero luego se me paso y me siento mejor ahora. Pero fíjese que no me gusta ver como quede, ya no soy la misma”</p> <p>3- “Ha sido duro, más para mis hijos y mi esposo, porque si me he</p>	<p>Ansiosa Miedo</p> <p>Dolor Imagen corporal</p>

	padecer cáncer de mama	puesto mal, entonces pienso que les da miedo que me vaya a morir, pero a pesar de todo le doy gracias a Dios porque todavía estoy viva. No es fácil, es triste, porque yo recibí quimioterapia, me quede sin pelo y por las noches no puedo dormir”.	Miedo Tristeza Calvicie Insomnio
16	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1. “Muy nerviosa, la verdad que jamás me habían operado antes y no sabía cómo era todo esto. Era como estar en algo desconocido para mí, es triste “.</p> <p>2. “Me sentí bastante tranquila, mejor, no tuve mucho dolor, entonces supongo que todo salió bien, pero me veo y no soy igual, no se si mi pareja me va a querer, eso me pone triste y hay noches que no puedo dormir.”</p> <p>3- “Todo esto ha sido una lucha no solo mía sino de mi familia, si fue bastante triste cuando supimos, pero no queda de otra más que seguir. He perdido muchas cosas mi pelo y mi pecho, a veces siento que soy fea”.</p>	<p>Ansiedad Tristeza</p> <p>Imagen corporal. Tristeza Insomnio</p> <p>Tristeza Imagen corporal Calvicie</p>
17	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p>	<p>1- “Muy nerviosa, tenía miedo a morir, y que iba a pasar con mi hijo. Era triste pensar que si despertaba ya no iba a tener mi pecho”.</p> <p>2- “Estuve bastante mejor, le dí gracias a mi Dios porque me sacó con bien de la operación. Pero no tengo mi pecho eso es triste, y</p>	<p>Ansiedad Triste Imagen corporal</p> <p>Ansiedad Tristeza Imagen</p>

	<p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>ahora me preocupa porque no tengo dinero para seguir con mi tratamiento”.</p> <p>3- “Es una gran tristeza, saber que uno tiene cáncer, porque cuando le dicen a uno "cáncer" lo primero que uno piensa es en la muerte, y ve uno pasar toda su vida frente a uno, es bastante duro y doloroso al principio, pero después ya fui asimilandolo y aceptando que no me quedaba de otra más que operarme, y todo lo que sea para estar bien”.</p>	<p>corporal</p> <p>Tristeza Miedo.</p>
18	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1. “Ya había pasado por otras operaciones antes de ésta, entonces estaba tranquila, porque sabía que iba a salir bien de ésta. Lo que sí que esta vez me quitaron algo muy mío, pero no queda de otra verdad.”</p> <p>2. “Ya al salir, lo primero que hice fue ver mi operación, es muy grande y me sorprendió. La verdad me siento diferente porque ya no tengo mi pecho, se me va a notar, me siento triste y a veces no se que hacer”.</p> <p>3. “Pues la verdad es que yo he pasado por varias operaciones, en las que he estado en riesgo, ya me operaron de la cabeza, entonces pensé que esto era menos complicado, pero no es tanto la operación, sino las consecuencias, como le digo, es algo muy mío, y ya no está. Ahí está lo difícil, verse sin un pecho.”</p>	<p>Imagen corporal</p> <p>Imagen corporal Tristeza Ansiedad</p> <p>Imagen corporal</p>

19	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1. “Estaba nerviosa, si iba a salir bien la operación tengo niños pequeños, un poco triste la verdad”.</p> <p>2. “Sentí dolor en mi herida, y náuseas por la anestesia, ya no tengo mi pecho”</p> <p>3. “La verdad no siento que me afecte mucho, ha sido un poco difícil, tristeza me da un poco, pienso que como me voy a ver con mi ropa eso me pone triste.”.</p>	<p>Ansiedad Tristeza</p> <p>Dolor Imagen corporal</p> <p>Tristeza Imagen corporal</p>
20	<p>1. ¿Cómo se sintió antes de la operación?</p> <p>2. ¿Podría describir su experiencia después de la operación?</p> <p>3. ¿De qué forma le afecta psicológicamente a usted padecer cáncer de mama?</p>	<p>1. “Traté de ser positiva y no pensar lo peor. Además que se que aquí los médicos saben lo que hacen pues a eso se dedican. Tal vez sentí un poquito de nervios, pero nada más”.</p> <p>2. “Dolor hasta en la espalda, y en el pulmón. Y aparte que ya estoy más tranquila porque se que el tumor pues ya no está verdad, aunque no me gusta ver la operación porque me da tristeza.”</p> <p>3 “Le afectó bastante a mis hijos y a mi esposo, también a mis hermanos porque pensaron saber qué, pero yo acepto lo que venga, todo con tal de que mi salud esté bien. Yo hay noches que no puedo dormir, me siento triste cuando me despierto, y me enoja un poco porque me cuesta mover mis brazos no es como antes.</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Dolor Tristeza Imagen corporal</p> <p>Triste Insomnio Irritabilidad</p>

**Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
 HADS**

Nombre _____ Fecha _____

3 = Si, definitivamente. 2 = De vez en cuando. 1= No mucho. 0 = Nunca

	3	2	1	0
1. Me despierto durante la noche, luego ya no puedo dormir.				
2. Siento mucho miedo o pánico, sin razón alguna.				
3. Me siento miserable y triste.				
4. Me siento ansiosa cuando salgo de la casa sola.				
5. He perdido el interés en algunas cosas				
6. Tengo palpitaciones o sensaciones de "Mariposas" en el estómago o en el pecho.				
*7. Tengo buen apetito.				
8. Siento miedo o temor.				
9. Me siento lenta.				
*10. Todavía disfruto de las cosas que hacía.				
11. Estoy inquieta y no logro concentrarme.				
12. Estoy más irritable de lo normal.				
13. Siento miedo.				
14. Pensamientos preocupantes pasan por mi mente constantemente.				

Depresión Ansiedad

Depresión: 1,3,5,7,9,11,13. Ansiedad 2, 4,6,8,10,12,14.

Puntaje
 3, 2, 1, 0 (Para los artículos 7 y 10 el marcador se invierte)

CALIFICACIONES:

- 0-7 = Normal
- 8-10 = Dudoso
- 11 + = Problema clínico.

Sesión	Técnicas	Objetivos	Actividad	Recursos
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> -Comenzando una nueva etapa. - Reestructuración de pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a pacientes para elaborar fichas de datos. -Consentimiento Informado. -Dar a conocer a las pacientes sobre el servicio de psicoterapia y la importancia del mismo. -Evaluar autoestima -Trabajara Ideas Irracionales, para disminuir la ansiedad sobre la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se solicitará información a los encargados de la unidad, para obtener los datos de las pacientes. Luego se procederá a realizar las fichas de datos por pacientes. -Se informará a las pacientes sobre el servicio y firma de consentimiento informado. -Se aplicará: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) - Se trabajará ideas relacionadas con la enfermedad, ideas sobre su vida después de la intervención. -Se realizarán respiraciones diafragmáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Formulario de Ficha de Datos. -Escala de HADS - Consentimiento informado.

Sesión 2	-Insight	-Mejorar autoestima en las pacientes.	<p>-Se le explicará que es Autoestima, y la importancia de la misma, luego se continuará hablando sobre las creencias de belleza, imagen, virtudes y defectos; llegando a razonar cada una, al igual disminuyendo aquellas emociones negativas y reforzando aquellas positivas</p> <p>-Se realizará visualización guiada y respiraciones diafrámicas, para una mejor relación y disminución de ansiedad.</p>	-Hojas y lápiz.
Sesión 3	Aceptándome	Trabajar duelo del miembro perdido.	<p>-Se realizará una lista de agradecimientos a su antigua imagen, continuando con la repetición de frases de bienvenida a su nueva imagen ("yo" doy la bienvenida a mi nueva yo; Yo acepto mi nueva imagen y despido a mi imagen anterior, agradeciendo estar viva)</p>	<p>-Guía de visualización.</p> <p>-Hojas y lápiz.</p> <p>-Escala de HADS.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Reafirmar autoestima. -Evaluar logros obtenidos. -Cierre psicoterapéutico. 		<p>-Al igual, se identificarán las nuevas emociones respecto a lo trabajado, se realizan respiraciones diafragmáticas para disminuir ansiedad.</p> <p>Se reforzará las ideas positivas trabajadas en la sesión número 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se aplicará la escala HADS -Se le explica a la paciente que ha terminado el proceso, se le refuerza el logro obtenido.



