ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

EL EFECTO DEL GRUPO TERAPÉUTICO EN LA REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

Autora:

MIRANDA MERIZALDE VIVIANA MONSERRATH

Directora:

PSC. CL. MG. ADRIANA LORENA LEÓN TAMAYO

Ambato – Ecuador

Julio 2015

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

EL EFECTO DEL GRUPO TERAPÉUTICO EN LA REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER

Línea de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

Miranda Merizalde Viviana Monserrath

Adriana Lorena León Tamayo, Psc. Cl. Mg. f. _____

CALIFICADORA

Norma Marlene Macías Herrera, Psc. Cl. Mg. f. _____

CALIFICADORA

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Psc. Mg. f. _____

CALIFICADORA

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda. Mg. f. _____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr. f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Julio 2015

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Viviana Monserrath Miranda Merizalde portadora de la cédula de ciudadanía 180466632-7 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Viviana Monserrath Miranda Merizalde

CI 180466632-7

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su amor, apoyo y entrega total durante toda mi vida, quienes han sido mi fuerza para alcanzar este sueño. A Dios y a mis ángeles Gustavo y Adriana, mis ejes de vida. A mi directora que se ha convertido en una verdadera maestra y ha guiado no solo mi trabajo sino mi actuar. A mis amigas quienes me han servido de soporte y con quienes he caminado este largo recorrido que está culminando.

Gracias a quien se ha convertido en mi compañero en este proceso y ha sido testigo de tanto esfuerzo.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a cinco mujeres luchadoras quienes han sido las principales protagonistas, que gusto haber sido parte de este proceso de cambios junto a ellas.

RESUMEN

El ser diagnosticado con cáncer representa una alteración en todas las áreas del ser humano, un paciente oncológico cambia su estilo de vida ya que las condiciones en las que se desarrolla son distintas, puesto que en adelante el paciente necesitará de mayor cuidado, dejando de lado ciertas actividades y desencadenando respuestas físicas y psicológicas que pueden marcar el paso por la enfermedad. Con esta premisa, esta investigación se enfoca en determinar los efectos del grupo terapéutico en relación a la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes con cáncer. Se trata de un estudio de investigación de modalidad cualitativa, para lo cual se conformó un grupo de mujeres cuya edad se encontraba entre los 40 y 60 años las cuales han sido diagnosticadas con cáncer, de cualquier tipo, en estadios II y III. El trabajo a nivel del grupo terapéutico se lo realizó desde un enfoque psicoanalítico breve con una duración de ocho sesiones, previo a la conformación del grupo se empleó el reactivo con el que se determinó el nivel de ansiedad de las participantes (Escala de Ansiedad de Hamilton), aplicando un re-test una vez finalizado el trabajo. Los resultados obtenidos han logrado determinar la eficacia de la metodología de trabajo, observando la disminución de los niveles de ansiedad psíquica, somática y total en las pacientes. De igual manera, con la finalidad de evidenciar los cambios obtenidos en las participantes, se aplicó una encuesta a pacientes y familiares.

Palabras Clave: Cáncer, grupo terapéutico, ansiedad, enfoque psicoanalítico.

ABSTRACT

Being diagnosed with cancer causes change in all areas a person´s life. A cancer patient changes their lifestyle because the conditions in which they find themselves are different, since the patient will need greater care, so they put aside certain activities and unleash physical and psychological responses that can define the patient during illness. With this premise, this research focuses on determining the effects of the therapy group in relation to the reduction of anxiety experienced by cancer patients. This is a study of qualitative research for which a group was formed of women whose ages were between 40 and 60 years and who have been diagnosed with any type cancer in stage II and III. The study at the therapy group was done from a brief psychoanalytic approach with a duration of eight sessions. Prior to the formation of the group, the anxiety level of the participants was determined through a reactive (Hamilton Anxiety Scale), and a re-test was applied once the study was completed. The results have been able to determine the effectiveness of the methodology, noting the decrease in the levels of psychic, somatic and overall anxiety in patients. Similarly, in order to demonstrate the changes in the participants, a survey was given to patients and relatives.

Keywords: cancer, therapy group, anxiety, psychoanalytic approach.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD iii

AGRADECIMIENTO iv

DEDICATORIA v

RESUMEN vi

ABSTRACT vii

ÍNDICE DE CONTENIDOS ..... viii|

ÍNDICE DE GRÁFICOS xi

ÍNDICE DE TABLAS xii

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 3

1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO 3

1.1. Antecedentes 3

1.2. Problema 4

1.2.1. Descripción del problema 4

1.2.2. Preguntas Básicas 6

1.3. Justificación 7

1.4. Objetivos 8

1.4.1. General 8

1.4.2. Específicos 8

1.5. Pregunta de estudio, meta y/o hipótesis de trabajo 8

CAPÍTULO II 9

2. MARCO TEÓRICO 9

2.1.1. Síntomas 10
2.1.2. Ansiedad, miedo y angustia: conceptos a diferenciar 12
2.1.3. Ansiedad normal y patológica 13
2.2. Ansiedad en pacientes oncológicos 15
2.3. El grupo terapéutico 17
2.3.1. El grupo 17
2.3.2. Tipos de grupos terapéuticos 19
2.3.3. Estructura y conformación 21
2.3.4. Derechos de participación 23
2.3.5. ¿Por qué formar un grupo terapéutico? 24
2.3.6. Grupos psicoanalíticos 26
2.3.7. Metodología de intervención 28
2.3.8. Las defensas del yo en el grupo 30
2.3.9. La identificación 33
2.3.10. Psicoterapia grupal vs psicoterapia individual 33
CAPÍTULO III 37
3. METODOLOGÍA 37
3.1. Metodología de investigación 37
3.1.1. Método Aplicado 38
3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información 38
3.1.3. Población y Muestra 39
3.1.4. Procedimiento Metodológico 40
CAPÍTULO IV 42
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS 42
4.1. Análisis sociodemográfico de la muestra 42
4.2. Análisis de la sintomatología ansiosa obtenida por medio de la Escala de Ansiedad de Hamilton 45

4.3. Análisis de las escalas somática, psíquica y puntaje total de la escala. 59
4.4. Presentación y análisis del proceso terapéutico grupal 63
4.5. Proceso de evaluación preliminar. 93
4.5.1. Análisis de la evaluación preliminar a pacientes. 93
4.5.2. Análisis de la evaluación preliminar a familiares 106
CAPÍTULO V 123
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 123
5.1. Conclusiones 123
5.2. Recomendaciones 125
BIBLIOGRAFÍA 127
ANEXOS 131
Anexo 1 131
Anexo 2 134
Anexo 3 137
Anexo 4 140

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

Gráfico 4.1: Prevalencia del tipo de cáncer 44
Gráfico 4.2: Estado de ánimo ansioso 45
Gráfico 4.3: Tensión 46
Gráfico 4.4: Temores 47
Gráfico 4.5: Insomnio 48
Gráfico 4.6: Intelectual 49
Gráfico 4.7: Estado de ánimo deprimido 50
Gráfico 4.8: Síntomas somáticos generales (musculares) 51
Gráfico 4.9: Síntomas somáticos generales (sensoriales) 52
Gráfico 4.10: Síntomas cardiovasculares 53
Gráfico 4.11: Síntomas respiratorios 54
Gráfico 4.12: Síntomas gastrointestinales 55
Gráfico 4.13: Síntomas genitourinarios 56
Gráfico 4.14: Síntomas autónomos 57
Gráfico 4.15: Comportamiento en la entrevista 58
Gráfico 4.16: Resultados comparativos de la ansiedad psíquica 61
Gráfico 4.17: Resultados comparativos de la Ansiedad Somática 62
Gráfico 4.18: Puntuación Total comparativa 63
Gráfico 4.19: Cambios positivos en el estado de ánimo 94
Gráfico 4.20: Trabajo de temores a partir del proceso 95
Gráfico 4.21: Mejoramiento de la calidad del sueño 96
Gráfico 4.22: Mejoramiento de las relaciones interpersonales 97
Gráfico 4.23: Preocupación en cuanto a temas relacionado con el cáncer 98
Gráfico 4.24: Tensión posterior al proceso grupal 99
Gráfico 4.25: Nivel de ánimo para realización de las actividades 100
Gráfico 4.26: Preocupación por temas relacionados con la muerte 101
Gráfico 4.27: Persistencia de la sensación de debilidad 102
Gráfico 4.28: Nuevo significado a la enfermedad 103
Gráfico 4.29: Aparecimiento de nueva sintomatología 104
Gráfico 4.30: Cambios negativos en los diagnósticos de las pacientes 105

Gráfico 4.31: Cambios positivos en el estado de ánimo (familiar)..... 106
Gráfico 4.32: Trabajo de temores después del proceso (familiar) 107
Gráfico 4.33: Mejoramiento de la calidad de sueño (familiar) 108
Gráfico 4.34: Mejoramiento de las relaciones intrapersonales (familiar)..... 109
Gráfico 4.35: Preocupación en cuanto a temas relacionados con el cáncer (familiares) 110
Gráfico 4.36: Tensión posterior al proceso grupal (familiares) 111
Gráfico 4.37: Nivel de ánimo para la realización de las actividades (familiares).... 112
Gráfico 4.38: Preocupación por temas relacionados con la muerte (familiares) 113
Gráfico 4.39: Persistencia de la sensación de debilidad (familiares)..... 114
Gráfico 4.40: Nuevo significado de la enfermedad (familiares)..... 115
Gráfico 4.41: Aparecimiento de nueva sintomatología (familiares)..... 116
Gráfico 4.42: Cambios negativos en los diagnósticos de los pacientes (familiares) 117

TABLAS

Tabla 2.1: Ansiedad patológica: criterios..... 14
Tabla 2.2: Mecanismos de defensa del yo 32
Tabla 4.1: Análisis sociodemográfico de la muestra 42
Tabla 4.2: Puntuaciones Iniciales..... 60
Tabla 4.3: Puntuaciones Finales..... 60
Tabla 4.4: Matriz de preparación de sesiones 65
Tabla 4.5: Matriz operativa primera sesión..... 68
Tabla 4.6: Matriz operativa segunda sesión..... 70
Tabla 4.7: Matriz operativa tercera sesión 72
Tabla 4.8: Matriz operativa cuarta sesión 75
Tabla 4.9: Matriz operativa quinta sesión 78
Tabla 4.10: Matriz operativa sexta sesión..... 81
Tabla 4.11: Matriz operativa séptima sesión..... 83
Tabla 4.12: Matriz operativa octava sesión..... 86
Tabla 4.13: Matriz operativa octava sesión..... 89
Tabla 4.14: Resultados globales: evaluación preliminar pacientes..... 118

Tabla 4.15: Resultados globales: evaluación preliminar familiares..... 119
Tabla 4.16: Proceso de evaluación del proceso de pacientes y familiares..... 120

INTRODUCCIÓN

El cáncer, socialmente, ha sido considerado como una enfermedad grave que degenera la integridad física y psicológica del ser humano, siendo lo psicológico lo menos atendido en los pacientes, quienes son propensos a generar varias respuestas que se pueden convertir en un nuevo problema para quien padece esta enfermedad. Este proyecto investigativo pretende determinar el efecto del trabajo de un grupo terapéutico en la disminución de los niveles de ansiedad, los mismos que se presentan con regularidad en los pacientes con cáncer. La incidencia de esta enfermedad es de alto impacto pues en el año 2014 se presentaron alrededor de 381 casos nuevos diagnosticados en la cuidad de Ambato reportados por el Hospital Julio Enrique Paredes C. lo que demuestra la existencia de un mayor número de casos que necesitan una atención generalizada a todas las áreas que comprometen al ser humano. El contenido de esta investigación está constituido por el primer capítulo dentro del cual se presentarán datos que han servido como base para el inicio de la investigación como antecedentes del problema, justificación y los objetivos por medio de los cuales se llegará a cumplir con la meta propuesta.

Con el fin de dar sustento teórico al tema se ha construido el segundo capítulo el cual contiene datos conceptuales sobre el grupo terapéutico, su metodología de trabajo, estructura y conformación, así como todo lo relacionado a la ansiedad, sobre todo la que se hace presente en pacientes con cáncer; para lo cual se hace uso de información técnica y avalada.

Dentro del tercer capítulo se establece la metodología usada, diseño y el enfoque o modalidad, acompañado de la presentación de los instrumentos empleados para la recolección de información. Posteriormente se describen las características de la

población con la que se trabajó, para, por último establecer las fases del trabajo acompañado de las actividades realizadas.

En el cuarto capítulo se exponen los resultados obtenidos de la aplicación de psicoterapia grupal, para lo cual se ha utilizado tablas de resumen y gráficos con su respectiva interpretación. De igual manera en este capítulo se presentan los resultados del proceso de validación de este trabajo.

Finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta investigación, las cuales muestran al lector de una manera sintetizada los resultados de este trabajo.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes

El cáncer se ha presentado en la sociedad como una enfermedad que no distingue género, raza o edad, conllevando a un debilitamiento del sujeto en todas las áreas tanto física como psicológica. Las consecuencias se evidencian a través del proceso propio de la enfermedad desde su diagnóstico, y son éstas mismas consecuencias las que pueden llegar a desequilibrar emocionalmente al sujeto. Dentro de las instituciones especializadas que son las encargadas de recibir a este tipo de pacientes se realiza una atención centrada en el tratamiento del soma del sujeto, más no se ha hecho énfasis en realizar una intervención integral donde se consideren todos los aspectos del individuo que pueden resultar afectados a causa de esta enfermedad.

El desarrollo de una metodología en la cual se considere el trabajo a nivel psicológico en pacientes con cáncer ha sido una de los objetivos de ciertos investigadores, como es el caso de Ochoa et al., (2010) quienes han diseñado un programa por medio del cual no solo se dé la reducción de los niveles del malestar emocional, sino el trabajo en base a emociones positivas. Por lo descrito se trata de un programa de intervención grupal donde el trabajo con pacientes con cáncer se lo hace en base a estímulos positivos que permitan al paciente lograr una nueva visón y concepto de o que ahora le está sucediendo. De la misma manera Flores (1979) dentro de un estudio realizado a pacientes con cáncer en la ciudad de Bogotá, concluye que existen eventos psicológicos que se desencadenan del diágnostico de la

enfermedad como la ansiedad y la tensión, al igual que concluye que la intervención a nivel grupal regula el bienestar psicológico de quienes padecen la enfermedad.

En este medio se ha presentado la formación de grupos que trabajan a nivel psicológico, o simplemente como grupos de ayuda, para sujetos que comparten una misma característica, la misma que se ha convertido en un ente desencadenante de reacciones emocionales las cuales condicionan el desenvolvimiento del sujeto en su medio. En cuanto a este tema, Narváez, Rubiños, Cortés, Gómez, y García (2008) establecen que los beneficios de la terapia grupal no solo se centra en el espacio de desahogo que se puede generar para las pacientes sino también el desarrollar sentimientos de comprensión al encontrarse rodeadas por sujetos que han tenido que pasar por el mismo proceso; estos grupos funcionan como medios de encuentro entre sujetos con similares circunstancias propiciando la identificación entre los integrantes, logrando que ellos puedan compartir sentimientos y experiencias en un entorno apropiado generado por el terapeuta.

1.2.Problema

1.2.1. Descripción del problema

En los pacientes oncológicos es evidente la presencia de un sentimiento de unicidad en cuanto a la enfermedad que padecen y a su nueva condición de vida, sumado al hecho que, desde su perspectiva, no son entendidos por quienes los rodean, estableciendo en muchos casos redes de apoyo nulas. Se ha observado claramente cómo el poder compartir su experiencia con alguien que ha pasado o está pasando por lo mismo reduce el sentimiento de inadecuación en relación al entorno en el que se desarrollan ya que perciben su caso como único. En el paciente oncológico la

sintomatología más recurrente es la ansiedad y síntomas depresivos relacionados a lo que implica el diagnóstico, tratamiento y otras implicaciones de orden familiar, social, entre otros, tomando en cuenta que la enfermedad ha sido catalogada como catastrófica para quienes la padecen estableciéndose como un hecho traumático o por lo contrario, en otros casos, como una forma de realizar cambios positivos (Ochoa, y otros, 2010), afectando su estado de ánimo e incluso al nivel de recuperación que puedan tener.

Al tratarse de una propuesta nueva sobre todo a nivel del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. es aplicable como tema de disertación pues del buen desarrollo del trabajo grupal y de los resultados que se obtengan la propuesta se establecería como un método de trabajo de manera permanente a nivel psicológico con pacientes oncológicos con cualquier tipo de cáncer, donde éstos serán los beneficiarios principales, al igual que sus familiares y la institución. Los beneficios están orientados al mejoramiento emocional de los pacientes, lo que incidirá fundamentalmente en su recuperación, esto contrastado con lo dicho por Bellver (2007), quien en su estudio sobre la *Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama*, determina que:

> Los grupos de psicoterapia tienen la ventaja de ser más beneficiosos si hablamos en coste-efectividad que la terapia individual, ya que implica atender a un número mayor de pacientes y favorecer el contacto de mujeres que se encuentran en una situación similar. Esto genera una red de apoyo con el grupo de iguales (p. 141).

Por lo que una vez más se evidencia que la identificación con personas que padecen igual enfermedad puede lograr terminar con el sentimiento de individualismo y

soledad típico en los pacientes oncológicos y la viabilidad del trabajo a nivel grupal incluso a nivel de costos para la institución es evidente, contando con resultados positivos para el paciente como para quienes conforman su red de apoyo incluyendo la institución que los acoge.

1.2.2. Preguntas Básicas

1.2.2.1. ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Aparece en el paciente como un sentimiento de inadecuación, unicidad y poca comprensión sobre su enfermedad por parte de quienes lo rodean (familiares, cuidador primario) estimulando síntomas ansiosos que afectan directamente a la estabilidad emocional del paciente y desgaste de quienes están a su alrededor.

1.2.2.2. ¿Por qué se origina?

Socialmente la enfermedad es catalogada como una enfermedad catastrófica por la forma invasiva en la que se presenta y los daños que causa a nivel orgánico, acompañado de la poca información que reciben los pacientes sobre tratamiento, estadio de la enfermedad, y la situación general en la que se encuentran provocando que la persona se centre en el diagnóstico y no tome en cuenta todo lo que esto conlleva (positivo y negativo).

1.2.2.3. ¿Cuándo se origina?

Se origina desde el mismo momento de ser diagnosticado, donde la persona pasa a ser parte del grupo de pacientes oncológicos con determinado tipo de cáncer.

1.3. Justificación

En la ciudad de Ambato existe un solo centro oncológico que acoge a los pacientes con cáncer de la zona central del Ecuador, este centro se enfoca principalmente en el tratamiento de los síntomas físicos del paciente, relegando el aspecto psicológico de esta enfermedad a un segundo plano; en consecuencia, no se ha planteado un método de trabajo adecuado que beneficie tanto a los pacientes como a la institución.

El trabajar a nivel psicológico con el paciente con cáncer tiene varios beneficios, como por ejemplo: Mejora la predisposición del paciente en cuanto a la manera de sobrellevar su enfermedad, su tratamiento y efectos secundarios, mejora su estado de ánimo y brinda al paciente herramientas para mantener adecuadas relaciones interpersonales, reduciendo el sentido de aislamiento del sujeto. En cuanto a los beneficios institucionales, se puede decir que el establecimiento de una metodología de trabajo a nivel psicológico mejoraría la atención y la utilización de recursos, ya que el paciente reaccionaría de mejor manera al tratamiento físico de la enfermedad.

Esta investigación pretende plantear un método de trabajo eficaz, aplicable a esta población, esto se logrará a través de la aplicación de la psicoterapia grupal con enfoque psicoanalítico, tomando en cuenta que los resultados obtenidos con grupos de personas que comparten un aspecto en común (grupos de alcohólicos anónimos, diabéticos, enfermos terminales, entre otros) han sido positivos, ya que el encontrarse con sujetos que comparten características similares genera un proceso de identificación con los demás miembros de este grupo.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Establecer el efecto del grupo terapéutico en la reducción de los niveles de ansiedad en pacientes con Cáncer.

1.4.2. Específicos

- Evaluar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes con Cáncer.
- Analizar los factores que influyen en la producción de los niveles de ansiedad en pacientes oncológicos.
- Elaboración de un informe de sistematización de experiencias luego de la intervención.

1.5. Pregunta de estudio, meta y/o hipótesis de trabajo

Meta: Disminución de los niveles de ansiedad en pacientes con Cáncer.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La ansiedad

Para comenzar es necesario conceptualizar una de las variables propuestas dentro del tema de investigación, se trata de la ansiedad, a la que se considera como una condición fisiológica presente en todos los seres humanos y se define como "una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa" (Sierra, Ortega, & Zubeida, 2003, p. 14), regularmente se presenta ante ciertos estímulos que pueden simbolizar un grado de peligro para el sujeto, y que es necesario para la adaptación del ser humano al medio en el que se desarrolla de manera continua, por lo que en cierta medida la presencia de ansiedad se puede considerar normal; no en todos los casos la existencia de esta reacción puede funcionar de manera adecuada y se puede ir en contra de esas mismas características adaptativas cuando el nivel de ésta sobrepasa lo esperado.

Por otra parte Spielberger (1980) describe a la ansiedad "como una reacción emocional caracterizada por sensaciones subjetivas de temor, nerviosismo y preocupación" (citado en Velázquez, Vázquez, & Alvarado, 2009, p. 24). Además hace hincapié en la fluctuación de la intensidad de la ansiedad que se puede experimentar a lo largo del tiempo, por lo que la ansiedad intensa puede generar en el individuo temor extremo asociado a un patrón propio de una patología, la misma que, para ser considerada como tal, deberá cumplir con nuevos parámetros.

Al ser la ansiedad una reacción emocional se puede presentar en todos los sujetos en diferentes etapas de sus vidas, en situaciones cotidianas como el tener que hablar frente a personas desconocidas, cerrar un negocio o enfrentarse a una actividad que a simple vista se puede considerar simple para los demás. La ansiedad es parte de la vida diaria de los sujetos.

2.1.1. Síntomas

Para que pueda ser reconocida en un sujeto, se debe presentarse a manera de síntomas psíquicos y físicos, mostrándose nervioso, tenso preocupado, desarrollándose un malestar desagradable, y que puede llegar a cronificarse. Es así como la ansiedad se presenta ante estímulos externos (existentes, y atribuidos por el medio) y estímulos internos (cognitivos o emocionales propios del sujeto) los cuales interactúan entre sí, y provocarán nuevos niveles de ansiedad, sean estos más altos o no. La presencia de ansiedad provoca respuestas a nivel somático como: palpitaciones, pulso acelerado, sensación de ahogo, sudoración, mareos, temblores, entre otros, síntomas que ponen en alerta al organismo ante la presencia o ausencia del estímulo.

Como parte de esta sintomatología, es muy común que se presenten aspectos cognitivos como: pensamientos de inferioridad, temor constante, pensamientos negativos, inseguridad, falta de concentración, entre otros (Sierra, Ortega, & Zubeida, 2003). De esta manera será fácil tomar en cuenta cuáles son las características que tiene el paciente y cómo se presentan para determinar el grado de ansiedad, también es importante establecer en qué medida se ha visto afectado el nivel de adaptación; esto suele ocurrir en los casos en donde el nivel del ansiedad es

alto y el tiempo se ha prolongado, lo que impedirá el total y normal desarrollo de las actividades cotidianas en la vida de los sujetos.

Si bien, la ansiedad presenta sus propios síntomas, éstos se pueden dar de manera desproporcionada ante un estímulo, es decir, la respuesta es mucho más fuerte de lo que debería ser y se da de manera anticipada, sin la necesidad de que el estímulo esté presente. Cuando las respuestas son exageradas o inadaptativas se pueden reflejar en el sujeto con falta de sueño, excesiva preocupación e incluso sentimientos de huida (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004). Todas esas respuestas perjudican sustancialmente al sujeto y a las actividades que habitualmente suele realizar.

A simple vista las reacciones que se presentan como parte de la ansiedad pueden confundirse fácilmente con el miedo, los síntomas son parecidos, la diferencia radica en la presencia del estímulo, pues en el miedo el sujeto ha sido enfrentado al estímulo, por lo que se puede considerar que las reacciones también son adecuadas y momentáneas, cuando el estímulo desaparece las reacciones tanto somáticas como psíquicas desaparecen. Pero es necesario tener en cuenta que tanto el miedo como la ansiedad pueden convertirse en patologías cuando su nivel y duración aumenta considerablemente y mucho más cuando el estímulo ha desaparecido; un caso particular es el de los sujetos que han sido diagnosticados como portadores de una enfermedad crónica, como es el caso de enfermos terminales, portadores de VIH, problemas renales, pacientes con cáncer, entre otros.

2.1.2. Ansiedad, miedo y angustia: conceptos a diferenciar

Ansiedad, miedo y angustia son tres reacciones afectivas que se encuentran relacionadas entre sí, pues sus síntomas son muy parecidos y están enfocados a equilibrar y resguardar la integridad del sujeto. Es así que las tres reacciones se expresan tanto a nivel físico como psíquico alterando las respuestas que el sujeto pueda tener ante cierto estímulo. Carrión y Bustamante (2008) mencionan que miedo, angustia y ansiedad comparten una sensación de temor o amenaza psicológica y subjetiva que se puede presentar por separado o las tres juntas. Es necesario determinar que al ser sensaciones subjetivas variarán de sujeto a sujeto, todo dependerá del nivel de importancia que representen para el sujeto.

Si bien es cierto los tres conceptos se pueden presentar de manera conjunta en los seres existen ocasiones en las que la presencia del estímulo puede desarrollar una sola respuesta. Algunos teóricos han llegado a determinar que tanto la angustia como la ansiedad se desprenden del miedo, conceptualizando a la ansiedad como un miedo anticipado, asociado a la próxima presentación del peligro, por otro lado está la angustia que se caracteriza por la presencia de numerosos síntomas sin que el peligro se presente (André, 2005). Para el autor la presencia del estímulo será la que determine la reacción del sujeto frente a éste, más es necesario determinar que todas presentarán sus propias características.

Centrándonos exclusivamente en la ansiedad es necesario determinar cuándo se presenta como una reacción normal y adaptativa conservando sus características y cuándo se convierte en un problema para el sujeto.

2.1.3. Ansiedad normal y patológica

Se ha venido mencionando que la ansiedad es una reacción normal que presenta el ser humano como una forma de responder ante ciertos estímulos que representan un peligro para el sujeto, más es necesario diferenciar dos niveles de ansiedad, el uno que funciona como adaptador a un nuevo entorno y trata de alertar al sujeto; y el segundo que excede los niveles llegando a desencadenar una patología.

Se dice, entonces, que la ansiedad normal puede servir para que el ser humano pueda conservar su cuerpo y le incita a actuar de manera adecuada ante ciertas situaciones logrando un mejor funcionamiento en la vida (Chapman, 2007). El ser humano tiene la capacidad de reconocer cuándo las situaciones a las que se enfrenta son peligrosas o no y como parte de la conservación de su integridad pone en funcionamiento ciertos mecanismos propios de su organismo, en este caso la ansiedad. Hernández y Sánchez (2007) mencionan que la ansiedad ha venido presentando una evolución, no solo en el ser humano sino en diferentes especies, desde su aparición. La utilidad de la ansiedad es únicamente adaptativa y de supervivencia, cuando su finalidad es ésta se está hablando de ansiedad normal, sus niveles serán aceptables y las reacciones no representarán un problema para el sujeto. Por ejemplo es normal que un sujeto ante la entrevista en un nuevo trabajo se sienta ansioso, pues se trata de una actividad que se verá determinada por la actuación del individuo en ese momento, acompañado del hecho de que se trata de una situación nueva a la que se ve enfrentado.

Por otro lado se encuentra la ansiedad patológica, lo que la diferencia de la ansiedad normal radica en la intensidad y la frecuencia con la que ésta se presenta ante la presencia de un estímulo cuyas características, en muchos de los casos, no pueden representar un verdadero peligro para el sujeto. Este tipo de ansiedad se presenta de

manera anticipada a la aparición del estímulo, es una manifestación más frecuente, persistente e intensa en cuanto a su nivel (López & López, 2008). Al mencionar que se trata de una reacción anticipatoria se debe considerar, incluso, que el estímulo no es real o las respuestas que el sujeto pueda presentar son demasiado exageradas, por lo que ya puede representar un problema que afecte a diferentes áreas de la vida del sujeto.

Para poder considerar que la ansiedad es patológica es necesario que cumpla con ciertos criterios. Cassem (1994) establece que para que pueda ser diferenciado de una respuesta normal debe cumplir con cuatro criterios:

Tabla 2.1:
Ansiedad patológica: criterios

Autonomía	Para que la ansiedad se desarrolle debe presentarse un estímulo, en este caso la ansiedad debe tener autonomía pues se presenta sola.
Intensidad	El paciente no es capaz de soportar la molestia causada por la ansiedad, su intensidad ha logrado rebasar los límites del mismo sujeto.
Duración	La duración de la respuesta ansiosa sobrepasa la presencia del estímulo, los síntomas dejan de ser transitorios.
Conducta	La ansiedad patológica afecta la conducta del sujeto pues la presencia de sintomatología provoca que el sujeto deje o evite realizar ciertas actividades llegando, incluso, a huir del medio en el que se encuentra.

Fuente: *Autor Cassem, 1994*

Son las reacciones de los sujetos los que pueden determinar el tipo de ansiedad que presentan, será necesario también tomar en consideración las características del estímulo que se presenta, solo así se podrá determinar qué tan adaptativa o no es la reacción. La ansiedad patológica se debe considerar como parte de un trastorno de origen mental. Se ha mencionado que la sintomatología de la ansiedad se puede presentar en todos los seres humanos, más aún en sujetos que se encuentran

enfrentando situaciones de vida que comprometan su integridad como por ejemplo pacientes terminales, portadores de enfermedades crónicas, drogodependientes, entre otros. Este también es el caso de los pacientes con cáncer, pues son las características propias de la enfermedad las que pueden predisponer al sujeto a desarrollar niveles más altos de ansiedad durante tiempos prolongados.

2.2.Ansiedad en pacientes oncológicos

Se ha dicho que la ansiedad se presenta en los seres humanos como una respuesta adaptativa ante ciertos estímulos que son considerados como peligrosos o que pueden generar riesgos para el sujeto que los experimenta como para quienes lo rodean. Este es el caso de los pacientes oncológicos que han sido diagnosticados y se encuentran dentro de tratamiento médico. El cáncer está incluido en la lista de enfermedades catastróficas o crónicas determinada por la OMS (2003) cuyas características les permiten ser consideradas enfermedades de larga duración y una lenta progresión. Éstas son consideradas como las mayores causas de mortalidad alrededor del mundo. Es por esta concepción que causan gran impacto en el ser humano al momento de ser diagnosticado, por lo que las reacciones pueden ser desproporcionadas, las mismas que aumentarán considerablemente sus niveles de ansiedad con el paso del tiempo.

Existen ciertos factores que se pueden determinar cómo desencadenantes en el proceso de aparición de la ansiedad en los pacientes con cáncer, estos factores son propios de la enfermedad como los menciona Escobar (2004):

- El cáncer, es la misma enfermedad la que a nivel social ha tenido connotaciones negativas en cuanto a lo perjudicial y a las secuelas que puede dejar en los pacientes.

- La comunicación del diagnóstico y las opciones terapéuticas se convierten en dos entes fundamentales, la información que se reciba de parte del personal médico y también de otros pacientes representa un medio de producción de estados ansiosos elevados marcados en muchas ocasiones por el desconocimiento del proceso.
- El tratamiento al que generalmente se encuentran expuestos los pacientes suele ser muy agresivo y genera nuevos síntomas que pueden causar molestias y problemas adaptativos.
- Las revisiones: Los pacientes generalmente deben cambiar su forma de vida por una nueva en donde los cambios y privaciones de realizar ciertas actividades son las más radicales, lo que además les lleva a pertenecer de manera continua a las casas de salud donde son asilados.
- La recidiva o progresión de la enfermedad después de un diagnóstico y pronóstico alentador.
- La suspensión del tratamiento debido a la aparición de nuevos síntomas y múltiples complicaciones; y
- El cambio del lugar y/o equipo de atención a los que están expuestos constantemente los pacientes con cáncer quienes tienen que pasar por los mismos procesos en numerosas ocasiones.

Estos factores son los que generalmente producen en el sujeto mayores niveles de ansiedad y es la misma enfermedad la que los desarrolla, en muchos casos resultando inevitables, además, vienen acompañados de otros elementos externos como lo la red de apoyo con la que cuentan conformada por familiares y amigos, su economía, desenvolvimiento social, entre otros.

En un estudio realizado por Ornelas, Tufiño, y Sánchez (2011) se menciona que los principales síntomas a nivel psicológico que presentan las pacientes con cáncer de mama en diferentes momentos de la enfermedad y cuando se encuentran en tratamiento son la ansiedad y la depresión. Estas reacciones se pueden tomar como entendibles ya que, a causa de la enfermedad y de los posibles métodos de tratamiento, los pacientes tendrán que dejar de lado su vida habitual y tomar un nuevo ritmo de vida donde la asistencia a los centros de salud es constante, los efectos secundarios se convierten en los protagonistas de todos los días y llegan a pesar más en los pacientes que la misma enfermedad. Todos estos hechos hacen que los sujetos sean más susceptibles a presentar niveles de ansiedad más elevados.

Por todo lo planteado anteriormente se hace necesario establecer una metodología de trabajo en base a la cual se pueda atender a sujetos que presentan esta sintomatología con grupos terapéuticos.

2.3. El grupo terapéutico

2.3.1. El grupo

El grupo es considerado como una reunión de personas que interactúan y que se rigen en base a un objetivo. Para que una reunión de personas sea considerada como un grupo debe cumplir con ciertas características. Así, Didier Anzieu (1999) menciona que todas las actividades que se realicen deben estar enfocadas hacia los intereses y objetivos del grupo, el mismo que debe estar regido por normas y reglas que serán impuestas por los mismos integrantes, cada uno de ellos tendrá un rol y se presentarán relaciones afectivas donde la solidaridad y la interdependencia es casi inevitable (citado en González, Monroy, & Silberstein, 1999). Para el buen

funcionamiento de un grupo es necesario establecer una estructura dentro del mismo, si ésta no existe, no se podría llamar grupo a la simple reunión de personas, por amplia que ésta fuere.

Para la conformación de un grupo es necesario el establecimiento de límites, reglas y objetivos bajo los cuales el grupo se va a desarrollar, éstas y otras cosas menciona O´Donnell (1977), quien dice que un grupo terapéutico es una organización macrosocial[1] objetivamente descriptible, donde se evidencia la presencia de personas que comparten o no características en un tiempo y espacio determinado, además comparten un objetivo. (citado en Díaz Portillo, 2000). El objetivo dentro del grupo guiará su trabajo y la composición del mismo lo distinguirá como una construcción homogénea de integrantes donde todos deberán compartir por lo menos una característica; es ésta misma característica la que debe conducir el trabajo y hacer que el grupo cobre identidad a partir de la problemática establecida.

El trabajo grupal no es algo reciente se dice que las primeras aplicaciones de trabajo a nivel grupal con finalidades terapéuticas aparecen en la primera mitad del siglo XIX. Mas no es hasta 1970 que cobra fuerza. Las tres fuentes más habituales eran las orientaciones psicoanalíticas, la escuela dinamicista de Kurt Lewin y las primeras aportaciones desde la psicología social (Ruitenbeek, 1977). Lo anterior presenta una fuerte contradicción, pues para la mayoría de los psicoanalistas individuales es difícil aceptar su aplicación a nivel grupal, pues el psicoanálisis ortodoxo no lo toma como un procedimiento respetable, estos criterios se pondrán analizar más adelante al hablar de los grupos psicoanalíticos. Es importante tomar en cuenta la clasificación

[1] Hace referencia a un estudio más amplio y general, el cual contempla masas y sociedades enteras.

de los grupos con la finalidad de poder determinar cuál va a ser la metodología dentro del trabajo a realizarse.

2.3.2. Tipos de grupos terapéuticos

Como una forma de delimitar el trabajo que se va a hacer, es necesario identificar el tipo de grupo según las características de cada uno que tienen que ver con el número de integrantes y otras condiciones.

Se considera que un grupo es pequeño cuando está constituido entre cuatro y ocho personas, siendo frecuente la elección de cinco miembros como una cifra óptima. (Gil & Alcover de la Hera, 2005). Así, sería necesario contar con un número óptimo de integrantes que ayude a garantizar el trabajo dentro del grupo, esto ayudará para que cada uno de los integrantes puedan participar y se invite a hacerlo a quienes por alguna razón no se muestran demasiado comunicativos; se debe tomar en cuenta que el trabajo con el grupo pequeño es mucho más fácil de realizarlo pues se puede tener una mejor percepción de todos los participantes y de sus intervenciones para realizar una mejor devolución.

El grupo amplio para Loeser (1979), es aquel que está conformado por ocho a treinta personas, donde debe existir un líder, pues por la cantidad de integrantes hay que manejar con mayor atención los discursos y técnicas que sean aplicadas (citado en Díaz Portillo, 2000), la dinámica entre los integrantes tendrá que ser un poco más pausada y el tiempo que se dedicará a cada uno será menor por el número de personas que integran el grupo, al igual que el trabajo que deberá realizar el terapueta será mayor pues su atención deberá estar puesta en cada una de las respuestas

verbales y no verbales de los participantes para interpretarlas y hacer los señalamientos que fueran necesarios.

Existe otra clasificación paralela a la anterior, se trata de los grupos abiertos y cerrados, esta clasificación tendrá que ver exclusivamente con la aceptación de nuevos integrantes dentro del grupo una vez iniciado. El grupo cerrado cumplen los mismos requisitos para la integración de sus participantes los mismos que se van incorporando y luego, antes de iniciar el trabajo se cierran y no incorporan a ningún otro participante, todos se despedirán cuando el trabajo se dé por terminado (Torres de Bea, 1992). Los grupos cerrados aportan mucho más al trabajo como lo consideran Foulkes y Anthony (1957) quienes mencionan que esta clase de grupos aportan con la creación de un mejor ambiente para la realización de la terapia (Díaz Portillo, 2000). Dentro de un grupo cerrado todos los integrantes llegan a conocerse y saben cuáles son los motivos que los ha llevado a ser parte del grupo, todos los integrantes tendrán el mismo poder de participación y con el mantenimiento de los mismos participantes se evita repetir los temas a trabajar o construir una nueva planificación adecuada a las necesidades de los nuevos integrantes.

En cuanto a los grupos abiertos se conoce que son grupos en los que se da la oportunidad a nuevos integrantes para que sean parte del trabajo en cualquier momento en el que éste se encuentre. Debido a esta característica se puede pensar que el trabajar a nivel de grupo abierto se puede convertir en un problema no solo para el terapeuta sino para los integrantes también, ya que se podrían evidenciar nuevas resistencias ante los nuevos integrantes que crean sus propios vínculos a partir de sus necesidades y características. Es así que Garbarino y Garbarino (1967) comentan desde su experiencia que los grupos se resisten a la integración de nuevos

participantes pues la enfermedad grupal[2] ya se encuentra estructurada. Depende de la visión del terapeuta y cómo este prefiera trabajar, tomando en cuenta las características de su población, para que se tome como pauta de trabajo el grupo abierto.

En el caso de trabajar a nivel de grupos pequeños y cerrados, el terapeuta podrá destinar más tiempo a cada uno de los integrantes y se podrá hacer mejor uso de la atención flotante, será mucho más fácil el reconocer los diferentes fenómenos que se pueden presentar en cada uno de los participantes y será también, más fácil reconocer cómo se está desarrollando la dinámica dentro del grupo. Al mismo tiempo, al trabajar con un grupo cerrado se evita que por la presencia de nuevos integrantes la relación entre los miembros se corte y la resistencia en ellos no permita elaborar lo que los ha llevado a ser parte del grupo. Sea cual sea el tipo de grupo con el que se decida trabajar cada uno de ellos debe tener un proceso de conformación y estructura.

2.3.3. Estructura y conformación

Al hablar sobre la conformación del grupo y su estructura se puede decir que se lo realiza de una manera heterogénea, sus integrantes son de diferente naturaleza: profesiones, estratos sociales, nivel de instrucción, entre otros. No obstante, todos los integrantes comparten un aspecto común el cual será el motivo del grupo, como: madres de niños autistas, drogodependientes, entre otros.

Si se focaliza en la composición del grupo psicoterapéutico breve de manera general, en cuanto al número de personas éste se conformaría por diez o doce integrantes, con

[2] Es el conjunto de todas las enfermedades del grupo sumado a la proyección e identificación que se logra entre los participantes, la misma que se ve modificada por la dinámica propia del grupo.

una frecuencia de doce sesiones aproximadamente y con una duración de noventa minutos. Sin embargo, son varios los criterios que entran en juego el momento de conformar y estructurar un grupo terapéutico.

Para la estructura del grupo es necesario tomar en cuenta cuál es el número idóneo de integrantes, pero, no se ha podido llegar a un consenso acerca de este tema para que el grupo, como tal, funcione y logre ser eficaz.

El grupo estará a cargo de un terapeuta responsable quien observará todo lo que se trabaja, para luego poder socializarlo y esto irá apoyado con la elaboración de una ficha de observación donde se determinarán los puntos más importantes a trabajar en cada sesión; este método de trabajo puede ser adaptado según las necesidades del terapeuta. Es importante, por tanto, que antes de cada sesión se establezca cuál será la temática y actividades a trabajar, se puede tomar lo que ha quedado pendiente en sesiones pasadas (Pavlovsky & Brain, 2011). Si bien es cierto se puede tener en un inicio un esquema de cuáles son las temáticas que se van a trabajar durante las sesiones, en el transcurso de la psicoterapia se pueden presentar ciertas modificaciones por lo que el esquema debe ser flexible a los cambios que amerite el grupo.

Es preciso que el grupo tenga un objetivo o meta; sobre la finalidad de los grupos terapéuticos Bellver (2007), menciona que una de las más comunes es la de apoyo social, donde surge el apoyo mutuo que generará en los pacientes el mejoramiento de su autoestima y estado de ánimo. Esta finalidad es una de las más comunes y se puede decir que aunque ésta no sea exactamente la que se mencione siempre estará implícita, en algún momento los grupos tendrán que servir como soporte para los integrantes.

El enfoque psicoterapéutico que se aplique depende mucho del terapeuta y de lo que se pretenda conseguir, más es posible integrar en un grupo varios elementos pertenecientes a enfoques distintos pero que se adapten con flexibilidad al grupo, pero todos estos elementos deben coincidir a nivel aplicativo, por lo que se considera muy importante que el terapeuta esté familiarizado y tenga un vasto conocimiento de lo que se pretende aplicar (Ochoa, y otros, 2010). Es importante reconocer que el trabajo a nivel grupal no se trata de un experimento o un trabajo de laboratorio, es un espacio que se brinda a personas que pasan por un estado o situación de vida que ha provocado en ellos reacción poco adaptativas y que han perjudicado áreas importantes para su adecuado desarrollo. Al reconocer el trabajo grupal como un trabajo serio, es necesario reconocer los derechos de los participantes dentro del proceso.

2.3.4. Derechos de participación

Como en toda organización los participantes tienen derechos dentro del grupo que el terapeuta y los demás integrantes deben conocer, en el mismo caso, los pacientes presentan ciertas responsabilidades para el correcto funcionamiento del grupo. El terapeuta hace eso como una muestra de honestidad, ética y profesionalismo en la práctica con grupos. En primer lugar es necesario dar información sobre lo que dentro del grupo se va a trabajar en caso de que el integrante decida aceptar ser parte del grupo, es necesario que el terapeuta obtenga un consentimiento informado en el que el paciente acepta ser parte del proceso y de todo lo que dentro de él se va a trabajar.

El terapeuta, antes de iniciar el proceso grupal debe informar a los integrantes sobre sus derechos y responsabilidades, también es necesario que se haga conocer el poder abandonar el grupo de manera voluntaria, en casos en los que el trabajo no logre cumplir sus expectativas o no estén de acuerdo con la marcha que tiene el grupo, más es importante que antes de hacerlo se lo haga conocer de manera anticipada a los miembros y al terapeuta. Así los miembros tendrán la oportunidad de comentar el hecho (Corey, 1995). Es ineludible informar todo a cerca del proceso: Normas, regularidad en cuanto asistencia, ser activo y participativo, libertad de abandonar el grupo; todo esto servirá para darle estructura al grupo y beneficiar su correcto funcionamiento.

2.3.5. ¿Por qué formar un grupo terapéutico?

Es conocido que los seres humanos son seres biopsicosociales, es decir que desde un inicio se desarrollan rodeados de pares que comparten características y que imponen reglas y normas para la supervivencia en masa. Freud (2005) sostiene en su obra *La Psicología de las masas y el análisis del yo* que así como el ser humano se enferma en grupo, debe sanar en grupo. Por naturaleza los sujetos están destinados a desarrollarse en medio de otras personas y la mayoría de cosas diarias se las hace de manera grupal.

La importancia de conformar un grupo terapéutico es la necesidad, que los seres humanos tienen en algún momento de sus vidas, de identificarse con alguien que les sirva de referencia, con quien se comparta ciertas características y hasta cierto punto poder compartir cosas que con otras personas no podrán hacerlo de manera deliberada. Allí radica la importancia de que el grupo gire en torno a un tema central

en donde todos sus integrantes confluyan y esa sea la característica central que los una y en la que se apoye el terapeuta para realizar su trabajo, como ya se verá más adelante.

El espacio grupal logra crear una zona en la que se invite a cada uno de sus integrantes a despojarse de prejuicios y estereotipos, con lo cual, cuando se ingresa a un contexto terapéutico grupal donde se da la oportunidad al paciente de desplegar nuevos formas y caminos que brinden oportunidades y herramientas de solución del problema que los reune (Anderson & Goolishian, 1992), añadiendo la situación que trae el paciente desde su entorno y que puede perjudicar su desarrollo (Serebrinsky, 2012). Por ello es necesario que todos los integrantes participen activamente dentro del grupo, pues de muchos de ellos pueden venir nuevas alternativas de las que se habla aquí, cada uno hablará desde cómo le ha tocado vivir la situación. Esta es una forma de encontrar algunas respuestas a situaciones de vida complicadas que puden vivir los integrantes.

Dentro del grupo, mientras se realiza el trabajo, se desarrollará y pontecializará, a la par, ciertas habilidades del paciente que no le permitan desarrollarse de manera autónoma; así mismo de manera transversal y en todo momento el apoyo emocional será indispensable.

Todo lo expuesto demuestra que el trabajo grupal presenta ventajas, es de fácil conformación y es flexible en cuanto a su planificación pues no se debe regir exactamente a una estructuración inicial, conforme se desarrolle el trabajo se identificarán las temáticas a trabajar. El grupo, además, debe tener un enfoque, por lo que el próximo tema a desarrollar serán los grupos psicoanalíticos ya que éste es el enfoque que primará en el trabajo de grupo que se desarrollará.

2.3.6. Grupos psicoanalíticos

Es conocido que para el Psicoanálisis lo que prima dentro de su trabajo es el nivel individual, sin embargo se ha considerado importante también el trabajo de manera grupal con fines psicoterapéuticos. Es así que el fundador de la Asociación Psicoanalítica Americana, Burrow, usa por primera vez el término *análisis de grupo* en 1925 después de sus experiencias de encuentros de grupo (Di Maria & Falgares, 2008), contemplando la necesidad de trabajar de manera grupal en ciertos casos, como lo era el trabajo con pacientes institucionalizados en hospitales, donde los resultados evidencian que sería mucho más eficiente que la psicoterapia individual.

El interés por el trabajo grupal inicia cuando el grupo es conceptualizado como un paso que los sujetos tienen que hacer hacia la civilización, ya que es, en ese momento cuando pasan a formar parte de un grupo más grande donde tienen que relacionarse con los demás; esto luego de la conceptualización que hace Freud (2005) en su obra Tótem y Tabú sobre el proceso que se lleva a cabo, para pasar de ser parte de la horda a la cultura. Más como parte de este mismo análisis, el grupo también es considerado como el lugar donde se da la regresión hacia la horda salvaje y mortífera, de la que el ser humano fue parte, donde se da, además la destrucción de los vínculos (Olivares & Sandoval, 2003). Se puede observar que el análisis sobre el ser parte de un grupo se hace desde dos perspectivas: el poder llegar a ser parte de la civilización o el ser, seres poco adaptados, por lo que el objetivo final del psicoanálisis es analizar las condiciones en las cuales el grupo es lo primero y cuándo lo segundo.

En un inicio se postula que el psicoanálisis no se interesó por el trabajo grupal, más, algunos psicoanalistas decidieron trabajar en grupo pues lo consideraban beneficioso

para los pacientes. Por ejemplo, Pontalis (1963) en su obra *El pequeño grupo como objeto*, considera que el grupo psicoanalítico podría ser una forma de analizar las pulsiones libidinales, agresivas y de autodestrucción de los integrantes, así como las fantasías individuales inconscientes que son proyectadas (citado en Olivares & Sandoval, 2003). Como se puede ver el grupo pone al descubierto lo más profundo del sujeto, su inconsciente, el cual se muestra en las proyecciones de sus fantasias, pulsiones, y demás que salen a flote durante el discurso de sus integrantes.

El enfoque psicodinámico es el que ha tomado el trabajo grupal como una idea sustentable; una de sus metas es la reestructuración de conductas inadecuadas a través de la retroalimentación de los integrantes y la identificación con los mismos, además de que la confesión pública tiene un gran poder catártico, sin importar la finalidad que tenga el grupo (Díaz Portillo, 2000). Se menciona, entonces, que los grupos sin bien se ven regidos por una finalidad, siempre buscan paralelamente que sus integrantes logren llegar a la identificación y establecer un espacio donde puedan desinhibirse emocionalmente con personas que en un primer momento serán desconocidos pero luego pueden compartir algunas cosas que se trabajará durante el proceso, dentro del mismo grupo.

A nivel social todos los ser humanos habitan y se desarrollan dentro de un grupo ya sea este familiar, de amigos o compañeros, y es por esto, que algunos psicoanalistas van mucho más lejos y mencionan que así como un individuo puede estar enfermo, un grupo tambien puede estarlo, por lo que la mejor forma para éste último caso, también sería, buscar la cura, en grupo, por medio de la palabra. (Anzieu & Martin, 1971). Se puede decir, entonces, que el proceso por el cual se trabaja tiene las

mismas bases del psicoanálisis, las que han sido susceptibles a ciertas modificaciones que también marcarán las pautas de trabajo posteriores.

Al igual que otros enfoques, los grupos psicoanalíticos presentan su propia metodología de trabajo.

2.3.7. Metodología de intervención

La psicoterapia individual hace uso de la asociación libre de ideas como la forma general de trabajar con sus pacientes, siendo ésta considerada como la *regla de oro para el psicoanálisis*; en el trabajo a nivel grupal se lo hace de la misma manera. Se considera que una de las características más importantes de los grupos que se encuentran orientados psicoanalíticamente es el énfasis que se le da a la verbalización de cada uno de los integrantes (Ramírez, 2014). Es el terapeuta el que debe propiciar que la participación de cada uno de los integrantes sea igualitaria y que tomen participación activa en cada sesión.

Dentro del grupo la participación debe ser libre y espontánea, la particularidad que la diferencia de la psicoterapia individual radica en que ésta asociación es mucho más focalizada (Grotjahn, 1979), pues, el buscar el foco de las sesiones será de gran utilidad al momento de trabajar ciertos temas que van de la mano con lo central, más no son exactamente lo más importante y evita que el terapeuta se salga de lo que principalmente buscará: trabajar el tema central del grupo, que seguramente será la característica principal que une a todos los miembros del mismo, como ya se especificó.

Se hace imprescindible denotar dos fenómenos que se deben tomar en cuenta al momento de elegir el método grupal como una forma de trabajo; se trata de la

transferencia y la responsabilidad por parte de cada integrante. La transferencia, que ha sido conceptualizada por Roudinesco (1997) como un proceso propio de la cura psicoanalítica, donde los deseos inconscientes del analizado se proyectan hacia el analista. Es decir, que uno de los integrantes del grupo puede encontrar ciertas características, que sean de su agrado o no, en el terapeuta; la relación que se forme entre los dos dependerá mucho de esta transferencia.

Del mismo modo la transferencia, se puede presentar en el grupo de manera lateral, la misma que se da hacia los participantes y también la transferencia central que se encuentra dirigida al terapeuta (Ramírez, 2014). Por las características que envisten al terapeuta, debe ser él quien maneje y tome las precauciones en el momento en el que se presenten estos fenómenos y muchos más cuando la transferencia sea negativa, esto implicaría que los resultados que se obtengan se vean afectados. La transferencia es un paso hacia la cura, pues el terapeuta puede hacer uso de este fenómeno para lograr que el sujeto se enganche con el trabajo que se está realizando y sea el principal actor; y, en el caso de la terapia de grupo, para evitar los abandonos, ausentismos o poca participación dentro del grupo.

El segundo de los fenómenos propuestos es la capacidad de lograr que los participantes se responsabilicen de su propio discurso. En una primera instancia cada uno de los integrantes traerá al grupo sus propias historias, cada una de las cuales estará enfocada de diferente manera. Mientras en cada sesión salen a relucir ciertas cuestiones que deberán ser tomadas en cuenta para poder analizarlas, es necesario trabajar de manera simultánea con responsabilizar a cada individuo de las cosas que menciona; para lograrlo, es necesario que el terapeuta realice señalamientos e interpretaciones del discurso. Se pueden presentar casos en los cuales sean los

mismos integrantes del grupo sean quienes den la pauta, por lo que el terapeuta solo guiará el trabajo, siendo lo que realmente se busca del grupo: interacción dinámica y activa.

Como parte de la metodología de trabajo es necesario que se tome en cuenta la estructuración del grupo psicoanalítico. Es necesario aclarar que dentro de la literatura no se ha podido encontrar datos específicos sobre la estructuración de un grupo psicoanalítico específicamente por lo que se ha hecho uso de los mismos parámetros que se han establecido como necesarios para la conformación de un grupo terapéutico de cualquier naturaleza, siempre y cuando sea un grupo pequeño.

Se tratará de un grupo pequeño conformado por cuatro a ocho integrantes, todos ellos deben compartir la misma característica que los hace integrantes del grupo, el mismo que debe compartir el objetivo en base al cual se trabajará. La sesiones serán estructuradas en base a las necesidades de los sujetos, éstas quedan sujetas a ciertas modificaciones que se puedan necesitar, su frecuencia será una vez a la semana y su duración noventa minutos. Como técnica de trabajo se hará uso de la Asociación Libre de ideas, técnica clásica y básica del psicoanálisis, por medio de la técnica se podrá trabajar los contenidos que se obtengan del discurso de los integrantes y es por medio del discurso que se puede identificar los contenidos inconscientes y las defensas que el sujeto moviliza durante su participación dentro del grupo.

2.3.8. Las defensas del yo en el grupo

En un principio se mencionó que la psicoterapia grupal comparte las mismas características de la psicoterapia individual, por lo tanto se puede considerar normal que se presenten ciertos fenómenos propios de la intervención de los participantes.

Los mecanismos de defensa se presentan en el individuo como una forma de resistencia para evitar que ciertas fuerzas externas movilicen el inconsciente. Se activan ante la presencia de ciertos estímulos, siendo el sujeto quien le otorga un nivel (Laplanche & Pontalis, 2010). Depende mucho del nivel que se le ha asignado para determinar la cantidad de defensas que se movilizarán. Si esto sucede de manera individual se va a presentar con mayor razón ante la presencia de otros.

A pesar de que, en algunas ocasiones, el que los sujetos movilicen sus defensas puede representar un problema para el terapeuta, dentro del trabajo en grupo las presencia de mecanismos de defensa se considera una ventaja, pues, el terapeuta logra que los integrantes sean conscientes de las defensas que movilizan y ante qué estímulos lo están haciendo; como menciona Corey (1995) donde sostiene que gracias al feeback del terapeuta se crea consciencia. Resulta un paso importante pues el terapeuta dará la oportunidad al sujeto que sea él mismo quien pueda elaborar y presentar nuevas medidas de afrontamiento para la situación que causa ansiedad y malestar, dejando de lado el uso excesivo de los mecanismos. Los mecanismos más usados se presentan en la tabla número 2.2.

Tabla 2.2:
Mecanismos de defensa del yo

MECANISMO	CARACTERÍSTICA
REPRESIÓN	Exclusión de la consciencia de los pensamientos o deseos amenazantes o dolorosos, enviándolos al inconsciente.
NEGACIÓN	Esfuerzo consciente por suprimir una realidad desagradable. Implica el reconocimiento de dicha realidad.
REGRESIÓN	Retroceso a un nivel evolutivo menos maduro donde se hace uso de patrones viejos que han servido anteriormente.
PROYECCIÓN	Atribución de pensamientos, sentimientos, conductas y motivos no aceptables propios hacia otras personas.
DESPLAZAMIENTO	Redirección de alguna emoción desde la fuente real hacia una persona u objeto sustitutivo.
FORMACIÓN REACTIVA	Implica comportarse de manera opuesta a los sentimientos reales del individuo.
RACIONALIZACIÓN	Se trata de justificar una conducta atribuyéndole motivos admirables o lógicos.

Fuente: *Autor Corey (1995)*

Es necesario mencionar que otro de los mecanismos importantes que se presenta en la interacción del grupo terapéutico es la identificación. Se trata de un proceso psicológico mediante el cual el sujeto puede asimilar como propio un aspecto, una propiedad o un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste (Laplanche & Pontalis, 2010). Cuando los integrantes del grupo comparten una misma característica se hace casi inevitable poder compartir las afecciones, síntomas y demás, apoderándose del sufrir del otro. Esto representará una ventaja cuando dentro del trabajo se reflejen dichas similitudes, pues la identificación permitirá que las interpretaciones que se hagan sean asimiladas por todos los participantes, de tal manera que los síntomas se pueden generalizar.

2.3.9. La identificación

Para la conformación de un grupo terapéutico es importante determinar como indicador de exclusividad, que los integrantes compartan una misma característica. Dentro de las sesiones que se realicen los temas a trabajar deberán estar enfocados en esta característica central, y es por medio del discurso que cada participante puede dar a conocer cuáles son sus principales afecciones no solo físicas sino somáticas.

El objetivo del terapeuta que decide trabajar a nivel grupal deberá centrarse en crear un espacio en donde los participantes compartan sus experiencias, que resultan ser las mismas vividas desde diferentes perspectivas; el resultado será que los integrantes puedan sentirse comprendidos por otros que viven lo mismo. El discurso en cada sesión les puede proporcionar la sensación de universalidad y es el mismo grupo quien proporcionará a los miembros apoyo y nuevas formas de afrontar el problema (Vinogradov & Yalom, 1996). Esta técnica disminuirá en los integrantes el sentimiento de unicidad en cuanto a ser portadores de ciertos síntomas o el no sentirse comprendidos por quienes los rodean; éstos sentimientos pueden llegar a provocar el aislamiento del sujeto.

2.3.10. Psicoterapia grupal vs psicoterapia individual

La psicoterapia grupal permite al integrante la interacción no solo con el terapeuta sino también con los demás integrantes, más para Olivares y Sandoval (2003) el proceso individual favorece al abordaje directo y profundo de los conflictos del paciente, lo que no sucede en el caso de la psicoterapia de grupo donde el paciente tiene que compartir con otros su espacio, pierde exclusividad y la cantidad de tiempo para él no será la misma.

Los beneficios de la psicoterapia grupal pueden ser múltiples tanto para las instituciones como para los futuros integrantes de los grupos, así lo señala Bellver (2007) quien en su estudio sobre la Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, determina que:

> Los grupos de psicoterapia tienen la ventaja de ser más beneficiosos si hablamos en coste-efectividad que la terapia individual, ya que implica atender a un número mayor de pacientes y favorecer el contacto de mujeres que se encuentran en una situación similar. Esto genera una red de apoyo con el grupo de iguales, el apoyo mutuo que se produce gracias a que la terapia de grupo ofrece a la paciente mejorar su autoestima a través de prestar apoyo a los demás y ayuda a aprender actitudes adaptativas entre los miembros del grupo (p. 141).

Por lo tanto los beneficios no solo son representativos para el paciente sino también para la institución, en el caso de ser grupos conformados por pacientes o integrantes pertenecientes a una institución de salud, educativa o de cualquier tipo, pues el hecho de trabajar con varias personas a la vez disminuye tiempo y recursos. Además este tipo de trabajo se presenta como beneficioso para las instituciones en donde la demanda de pacientes es demasiado alta y en el caso de no existir un número grande de profesionales especializados el trabajo en grupo sería unas de las opciones más acertadas.

En realidad, tanto la psicoterapia grupal como la psicoterapia individual presentan sus ventajas y desventajas y con ambas es posible visualizar de manera distinta diferentes aspectos del individuo, cada terapeuta tendrá la responsabilidad de escoger la forma en la que se va a trabajar de acuerdo a las características de los pacientes y

de lo que se quiera lograr. De la misma forma, al paciente, cada técnica le aporta beneficios complementarios.

Por otro lado es necesario realizar una diferenciación entre el trabajo que se desarrolla en una terapia en grupo y la psicoterapia del grupo las dos son pensadas como un grupo de "ayuda" dentro de una institución. Si bien es cierto la conformación de un grupo puede representar para una institución una forma de trabajar con la finalidad de reunir a más sujetos y sin agotar tantos esfuerzos humanos y económicos como lo representaría trabajar de manera individual, más existe una diferencia radical entre la terapia en grupo y la psicoterapia del grupo; la primera se refiere a un trabajo que se organiza a nivel grupal sin una planificación anterior de lo que se intentará trabajar, ni tampoco se tiene conocimiento y consciencia de los fenómenos que se pueden presentar, el terapeuta dedica una parte de su tiempo a cada uno de los integrantes y trabaja lo que superficialmente se ha podido obtener en el discurso.

En cuanto a la psicoterapia del grupo se puede decir que se trata de una intervención en donde se conoce de lleno los fenómenos y las dinámicas del grupo, se presenta una planificación con antelación de lo que será abordado y se trabaja sobre todo lo que cada individuo va proyectando dentro del grupo provocando la aparición de lo que Kaës llama aparato psíquico grupal[3] (Olivares & Sandoval, 2003). Dentro del trabajo en grupos de ayuda es importante que todos los integrantes compartan un mismo síntoma o situación de vida al igual que en un grupo de psicoterapia, más será este último el que pueda provocar logros significativos en los temas que se aborden

[3] Conjunto de emociones que todos los integrantes del grupo proyectan logrando formar un todo que regirá la dinámica de los participantes.

pues quien lo maneja ha tomado en cuenta las características propias de un grupo y cómo manejar los fenómenos que se dan de forma natural.

En base a toda la información teórica que se presenta se procede a realizar el proceso de aplicación, para posteriormente presentar los resultados obtenidos.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Metodología de investigación

La presente investigación está basada en la metodología pre-experimental con un diseño descriptivo, correlacional y explicativo.

Se trata de una metodología pre-experimental debido a que se ha trabajado con un solo grupo de pacientes con cáncer sobre los cuales se ha aplicado una técnica psicológica con la finalidad de conocer si existe una modificación de la sintomatología presente en los pacientes, evaluando posteriormente los resultados obtenidos.

Además se trata de un diseño descriptivo pues se intenta especificar las características y propiedades de un fenómeno como lo es la ansiedad, y de un proceso en el caso de la terapia grupal, tal como lo menciona Hernández, Fernández, & Baptista (2010) quienes le dan un valor importante a este diseño cuando la finalidad es mostrar cómo se desarrollan las situaciones con precisión. Del mismo modo se trata de una investigación explicativa pues se intenta explicar el efecto que puede ejercer la terapia grupal sobre la ansiedad del paciente con cáncer, dándole sentido a través de los resultados obtenidos.

3.1.1. Método Aplicado

El método aplicado para el desarrollo de la investigación es el método Clínico, el cual presenta un conjunto de procedimientos para poder conocer más a fondo sobre la problemática establecida, el mismo que cumple con los siguientes pasos:

- Observación Clínica e Indagación operativa no solo para poder reconocer la problemática sino incluso como parte de la intervención para poder reconocer aspectos que necesitan ser profundizados.
- Entrevista individual con cada una de las participantes del grupo para obtener información general.
- Psicoterapia grupal con enfoque psicoanalítico como parte del proceso de intervención.
- Evaluación de los resultados obtenidos, la misma que se coteja con los resultados obtenidos antes de la intervención.

3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnica.- Por medio de la observación clínica y la indagación operativa se ha podido llegar a identificar una problemática como primer paso, así como se ha hecho uso de la entrevista con cada una de las participantes de manera individual a fin de obtener la información necesaria.

Instrumento.- Por medio de la entrevista individual se pudo obtener información básica detallada dentro de la Historia Clínica, con la ayuda de este instrumento se pudo conseguir información que sería de uso exclusivo de la investigadora como primer paso a la intervención grupal. Para la medición de los niveles de ansiedad en

las pacientes se hizo uso de la Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959), la cual contiene 14 ítems, cada uno con una puntuación de 0 a 4 correspondiente a ausente, leve, moderado y muy grave/incapacitante correspondientemente, que será asignado según el grado de intensidad del síntoma presente en las paciente, además presenta un ítem referente al comportamiento que la paciente presenta durante la aplicación del reactivo. Se trata de una escala autoadministrada cuyos resultados se presentarán en dos grupos correspondientes a la ansiedad somática y la ansiedad psíquica acompañado de una puntuación total que evidenciará el grado de ansiedad de la paciente. Este reactivo no presenta puntos de corte, mas muestra un rango de puntuación de 0 a 56 puntos.

Otro de los instrumentos usados, una vez terminado el trabajo grupal es una encuesta elaborada por la investigadora con la finalidad de validar el trabajo realizado y los resultados obtenidos. La encuesta se encuentra dirigida tanto a pacientes como a familiares. El instrumento consta de 12 preguntas cerradas con opciones de respuestas SI- EN PARTE- NO. Además se presentan 4 preguntas abiertas por medio de las cuales los encuestados pueden describir los cambios que han observado durante la intervención grupal. Por tratarse de una encuesta no exhibe una evaluación numérica por pregunta.

3.1.3. Población y Muestra

La población para la realización de la presente investigación estuvo conformada por una población referencial de pacientes que asisten a consulta psicológica, dentro de la institución especializada en tratamiento oncológico, con un número aproximado de 20 pacientes que presentan sintomatología ansiosa. La muestra se determinó por

medio del muestreo no probabilístico de tipo participantes voluntarios, la misma que se rigió por medio de criterios de inclusión como el ser pacientes de género femenino, que hayan sido diagnosticadas con cualquier tipo de cáncer, con una edad comprendida entre los 40 y 60 años, en etapas II y III de la enfermedad, las mismas que se encuentran dentro de tratamiento médico; de la misma manera se debieron establecer características de exclusión siendo una de ellas las pacientes cuya sintomatología ansiosa pueda ser diagnosticada como un trastorno, por tal motivo se seleccionaron 5 pacientes las cuales reunían todas las características de inclusión mencionadas anteriormente.

3.1.4. Procedimiento Metodológico

En primera instancia, por medio de la indagación operativa, se dio la identificación del problema dentro del Hospital Julio Enrique Paredes C. de la cuidad de Ambato, donde se identificó la existencia de pacientes diagnosticados con cáncer los cuales presentaban sintomatología ansiosa. Luego de ello se procedió a realizar la extracción de la muestra con quienes se iba a trabajar de manera grupal para iniciar con las entrevistas de manera individual a fin de obtener información general de las participantes seguido de la evaluación de su sintomatología por medio de la Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959), de esta manera se obtuvo un registro de los niveles de ansiedad que cada una de las pacientes presentaban antes de la intervención grupal.

Paralelamente se realizó la investigación teórica con enfoque psicoanalítico para describir las temáticas que integrarán la problemática. Además se continuó con el desarrollo del trabajo grupal durante un espacio de 8 sesiones con una duración de 90

minutos cada una, para la realización de las mismas se construyó un plan de trabajo, el cual contenía las temáticas a desarrollar durante la intervención grupal, tales como el significado de la enfermedad, lo femenino, la muerte, entre otros.

Una vez terminado la aplicación posterior al cierre terapéutico se evaluó nuevamente los niveles de ansiedad que las pacientes presentaban en ese momento para relacionarlos y determinar si se ha logrado cumplir con la meta establecida en un principio. Como parte de la evaluación del trabajo realizado se elaboró una encuesta dirigida a las pacientes y a los familiares a fin de validar los resultados obtenidos por medio de la intervención grupal.

Como último paso se procede al planteamiento de conclusiones y recomendaciones que se pudieron establecer durante todo el proceso de la investigación.

Es preciso especificar que para el desarrollo de la intervención grupal fue necesario la construcción de una planificación de las sesiones en las que se iban a trabajar, cuyos temas fueron determinados por medio de la observación realizada durante el tiempo de prácticas realizadas dentro del hospital Julio Enrique Paredes C. como parte del departamento de psicología donde se mantuvo contacto constante con pacientes con cáncer.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1.Análisis sociodemográfico de la muestra

La muestra se encuentra constituida por 5 pacientes de género femenino que fueron diagnosticadas con cáncer, las mismas que llegaron a consulta psicológica en el Hospital Julio Enrique Paredes C. de la cuidad de Ambato con sintomatología ansiosa, quienes cumplían con las características de inclusión para ser parte del trabajo grupal. Las características a considerar en cada una de los casos son la edad, estado civil, número de hijos y el tiempo de la enfermedad, las mismas que se presentan en la tabla 4.1.

Tabla 4.1:
Análisis sociodemográfico de la muestra

Variable	Frecuencia	%
Edad		
46	1	20%
47	1	20%
53	1	20%
60	2	40%
Estado Civil		
Casada	4	80%
Soltera	1	20%
N° de hijos		
3	2	40%
2	2	40%
1	1	20%
Tiempo que padece la enfermedad		
3 años en adelante	1	20%
Entre 1 y 2 años	3	60%
Menor a 1 año	1	20%

En cuanto a los porcentajes de la edad de las participantes se puede evidenciar que se encuentran entre 40 y 60 años, presentando el 40% de ellas 60 años, el 20% 46 años, 20% 47 años y el 20% restante 53 años. Es decir se ha cumplido con los parámetros establecidos como características de inclusión para la conformación del grupo, sin que el tema de la edad pudiera interferir en el desarrollo de las temáticas que se han establecido.

Por otro lado el estado civil de las pacientes ha variado entre Casada y Soltera, exhibiendo un 80% de ellas como casadas y un 20% solteras; por lo que se puede determinar que en la mayoría de los casos las pacientes contaban con el apoyo de todos los miembros de su familia incluyendo a sus parejas, mientras que una de ellas se apoyó en sus hijas únicamente.

El número de hijos de las pacientes oscila entre los 3 con un porcentaje del 40%, al igual que 2 con el 40% y 1 con un porcentaje del 20%. La mayoría de las pacientes tienen entre 3 y 2 hijos contando con una red de apoyo más amplia y una de ellas cuenta con una sola hija.

Como última variable se ha establecido el tiempo de padecimiento de la enfermedad, donde el 60% de las pacientes manifiestan padecer la enfermedad entre 1 y 2 años, el 20% de ellas menos de 1 año y el 20% restante más de 3 años; por lo que cada una de las pacientes se encontraba en una etapa distinta de la enfermedad, cada una atravesaba un tratamiento diferente, pero seguían compartiendo una característica en común, el ser pacientes con cáncer.

El trabajo se llevó a cabo con una población compuesta por un grupo de 5 pacientes diagnosticadas con cáncer de diferentes tipos cuya prevalencia se en el gráfico 4.1.

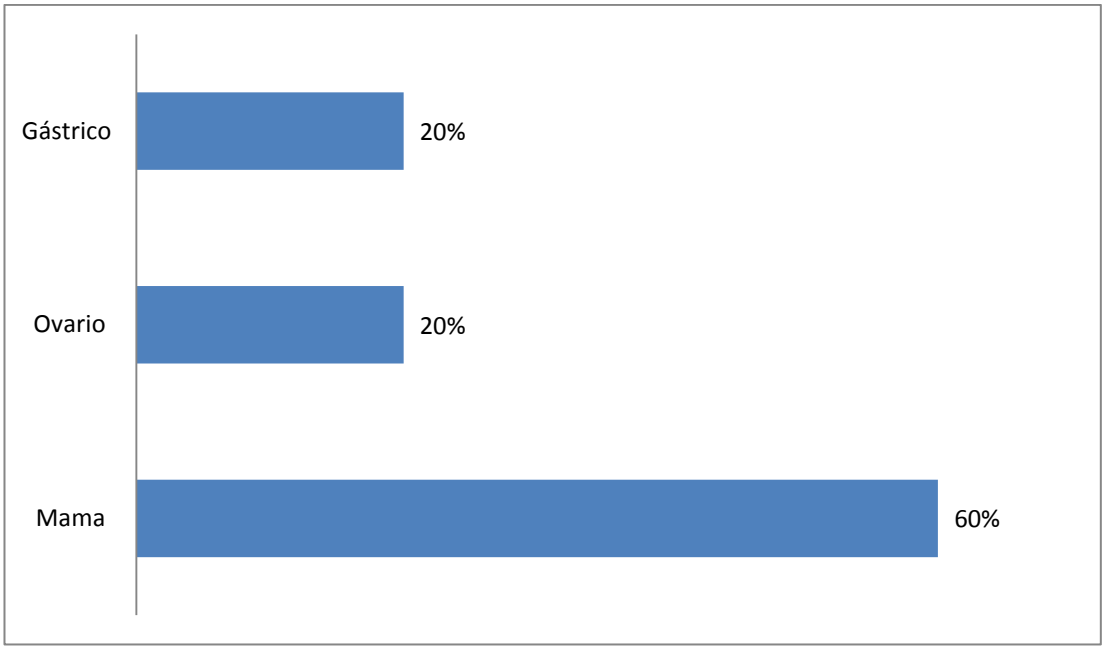


Gráfico 4.1: *Prevalencia del tipo de cáncer*

Se evidenció la existencia dentro de la muestra de más casos de cáncer de mama en un 60%, cáncer de ovario en un 20% y cáncer gástrico en un 20%. El cáncer de mama tiene una mayor prevalencia en las integrantes del grupo en las cuales se ha repetido ciertos procedimientos médicos con la diferencia de la etapa en la que se encontraban, mientras que la prevalencia del cáncer de ovario y gástrico es menor, sin que esto signifique una diferencia significativa entre ellas.

Es necesario establecer que los resultados que se presentarán a continuación estarán basados en la experiencia de 4 pacientes, número final con el que se trabajó, ya que una de las pacientes falleció por causas propias de la enfermedad 2 semanas antes de iniciado el proceso de selección, este acontecimiento no fue de conocimiento de las demás integrantes por lo que no interfirió en el desarrollo del trabajo, más fue imposible conseguir otra paciente para que fuera parte del grupo.

4.2. Análisis de la sintomatología ansiosa obtenida por medio de la Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala se encuentra dividida en 14 preguntas las mismas que miden la sintomatología de las pacientes en cuanto a Estado de ánimo ansioso, Tensión, Temores, Insomnio, Intelectual (cognitivo), Estado de ánimo deprimido, Síntomas somáticos generales (musculares), Síntomas somáticos generales (sensoriales), Síntomas cardiovasculares, Síntomas respiratorios, Síntomas gastrointestinales, Síntomas genitourinarios, Síntomas autónomos y Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Los resultados se presentan de forma comparativa entre el test y retest aplicado a las pacientes en los gráficos distribuidos por pregunta. Se ha usado las abreviaciones (I) para presentar los resultados iniciales y (F) al referirse a los resultados finales.

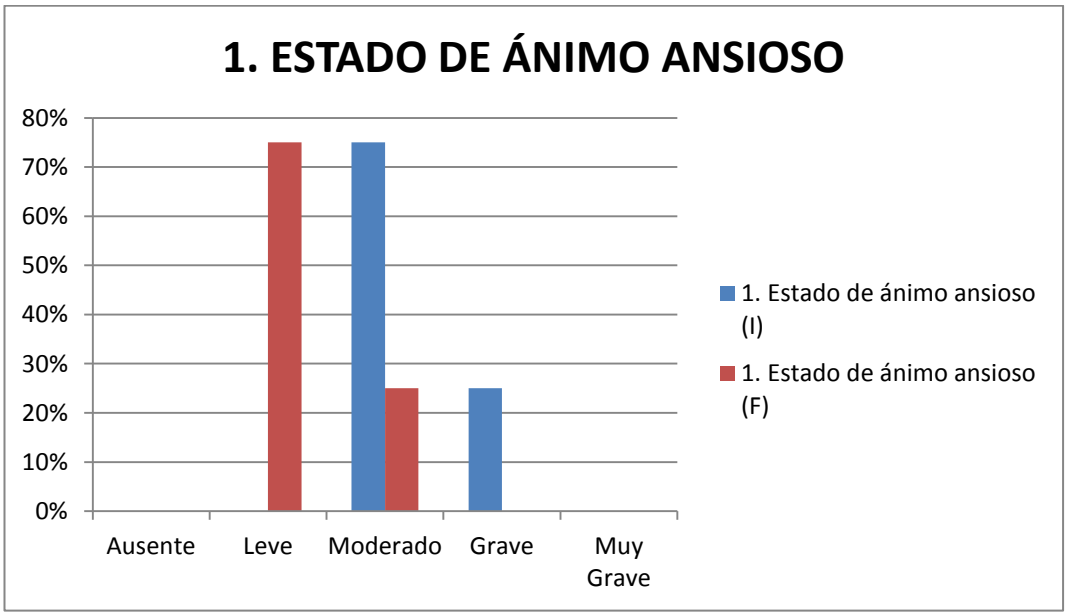


Gráfico 4.2: *Estado de ánimo ansioso*

En el gráfico 4.2 se puede apreciar en azul el estado de ánimo ansioso inicial de las pacientes, en el cual el 25% presentó ansiedad grave, mientras que el 75% un estado ansioso moderado. Luego de la intervención grupal los resultados se muestran de la siguiente manera:

El 25% con un estado moderado y el 75% restante con una ansiedad leve.

La disminución de los síntomas propios del estado de ánimo ansioso es notable pues luego del trabajo grupal el estado en las pacientes disminuye una escala y va de moderado a leve y en otros casos de grave a moderado.

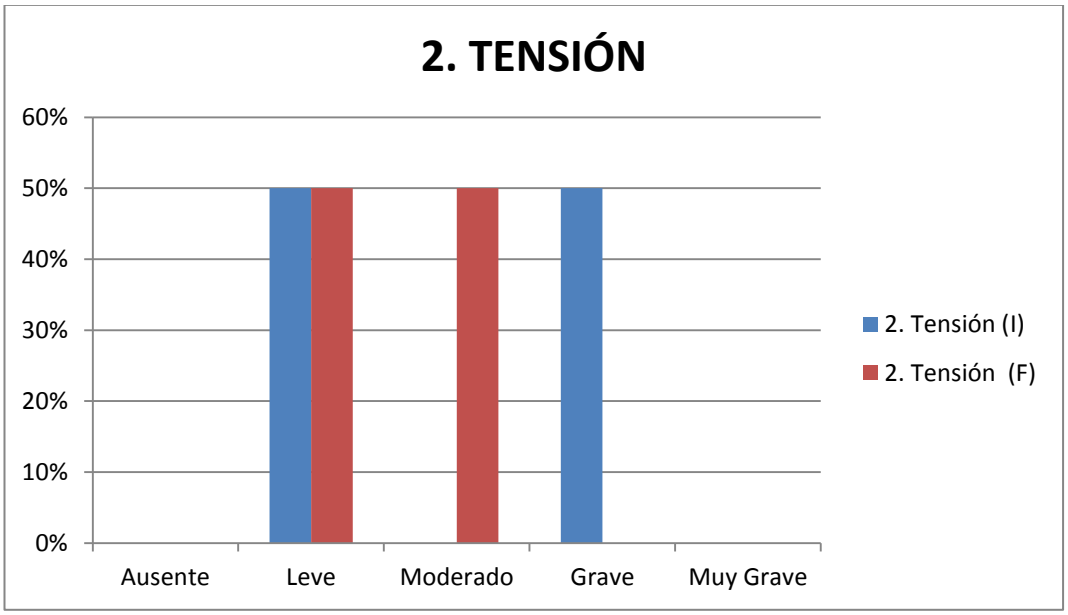


Gráfico 4.3: *Tensión*

En cuanto a la sintomatología representada en la tensión el 50% de las pacientes presentaron tensión grave, mientras que el 50% restante presenta tensión leve; los resultados que se obtuvieron una vez aplicado el retest fueron del 50% con tensión moderada y el otro 50% leve.

Entre la aplicación inicial y final de la escala se pudo observar que las pacientes que presentaron una escala de tensión grave pasaron a una leve, mientras que las que obtuvieron una escala moderada ahora se encuentran en una escala leve, la diferencia obtenida es evidente pudiendo atribuirlo como resultado del trabajo grupal realizado.

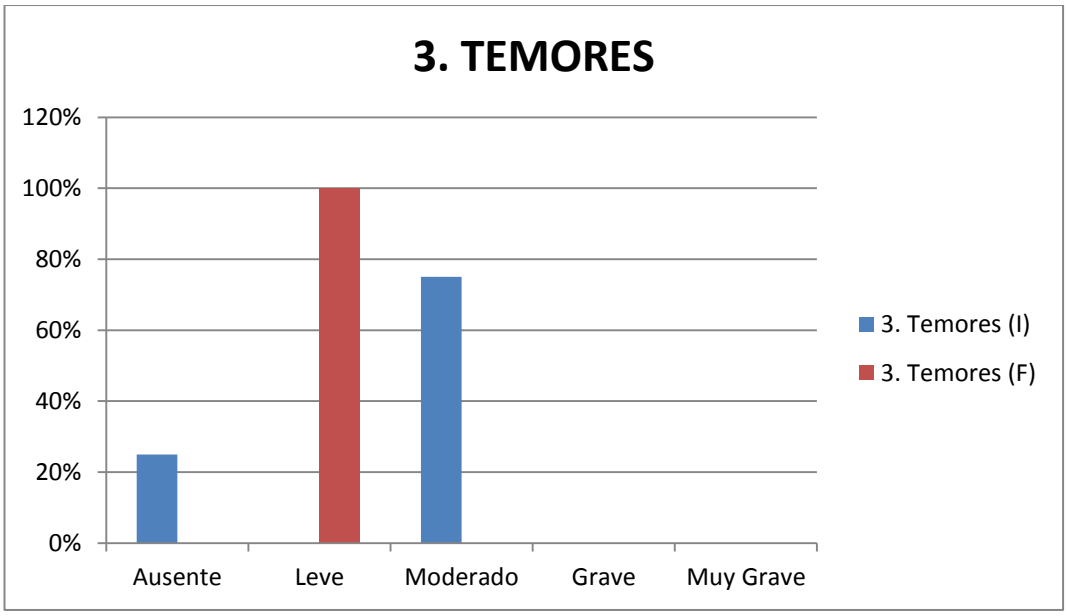


Gráfico 4.4: *Temores*

En la escala de temores el 75% de las pacientes presentaron una escala de moderado, mientras que el 25% restante pudo presentar una escala de temores ausente. En la aplicación de la escala al final de la intervención grupal, el 100% de las pacientes presentan nivel de temor leve.

Lo que el gráfico 4.4 representa es la disminución de la intensidad de los temores en las pacientes pasando de una escala moderada en un inicio para luego presentar una escala leve. Lo que es necesario tomar en cuenta en este gráfico es el aumento de la intensidad en una de las pacientes, la misma que ha pasado de ausente a leve, se lo podría interpretar como la existencia de nuevos miedos después del trabajo realizado.

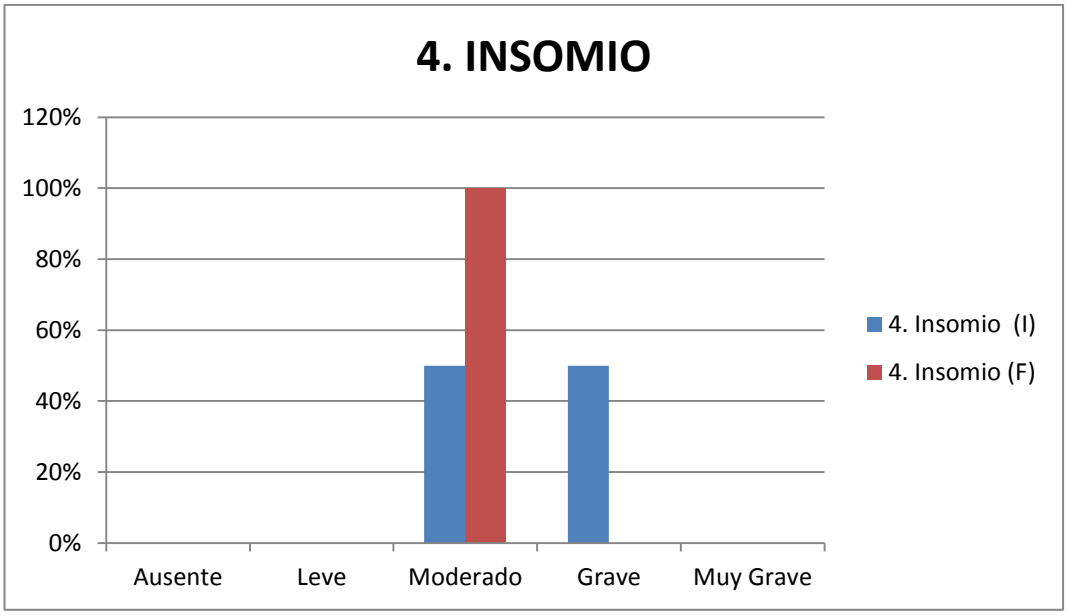


Gráfico 4.5: *Insomnio*

El gráfico 4.5 presenta los resultados de la sintomatología propia al insomnio donde el 50% de las pacientes presenta un estado de insomnio grave, el 50% restante presenta insomnio moderado, una vez evaluado la escala final el 100% de las pacientes presentan insomnio moderado.

Durante la intervención la mayoría de las pacientes manifestaban que éste era el síntoma más molesto que presentaban, una vez terminado el trabajo se observó la disminución de una escala, convirtiéndose así, en el tema más difícil de trabajar ya que es el que más alta prevalencia ha presentado, el mismo que se ha visto alterado por factores propios de la enfermedad, cuya manifestación más común en las pacientes es el sueño interrumpido y la sensación de cansancio al despertar.

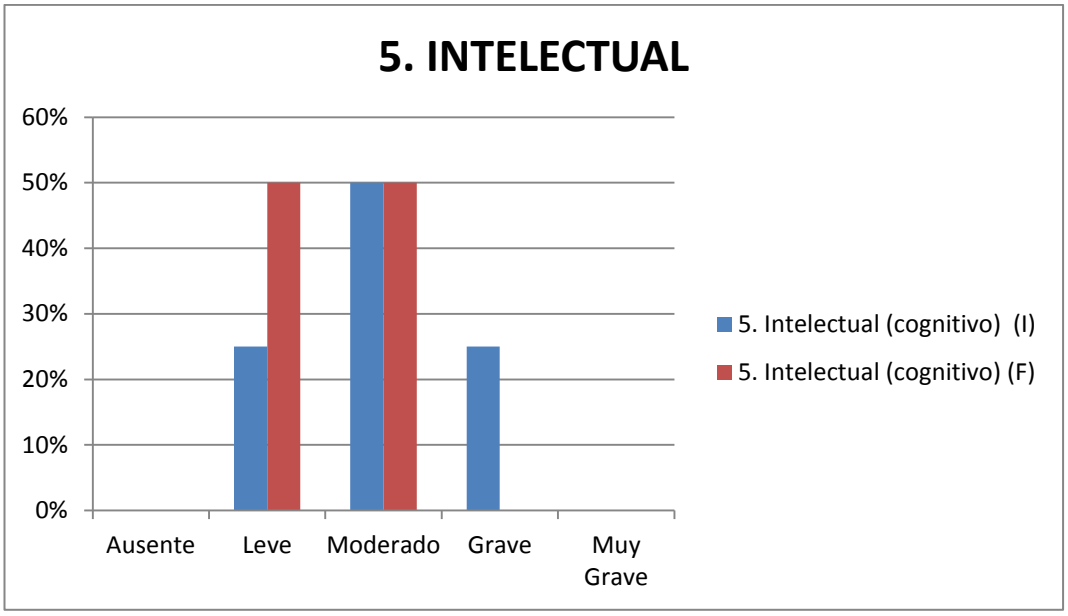


Gráfico 4.6: *Intelectual*

En el área intelectual, en la evaluación inicial el 50% de las pacientes presentan síntomas de nivel moderado, mientras que el 25% se encuentra en una escala leve y el 25% restante se ubica en una escala grave. Durante la evaluación final los valores se encuentran ubicados con el 50% de las pacientes en la escala moderada y el 50% con una escala leve.

La sintomatología que encierra esta pregunta hace referencia a la dificultad de concentración que presentan las pacientes al momento de realizar las actividades, en el caso de la evaluación inicial los resultados se dividieron en las tres escalas, perteneciendo a la escala grave tan solo una de las pacientes, cuyo estado de salud presentó mayor número de problemas, comprometiendo esta área. Después de la intervención grupal se observó cambios en los resultados mientras que algunos de ellos se mantienen y otros se elevan, muchas de las pacientes manifiestan que en los últimos días les es difícil mantener la concentración en las actividades que están

realizando y su memoria no es tan buena, pues se olvidan de la mayoría de las cosas por lo que los problemas a nivel cognitivos aumentaron.

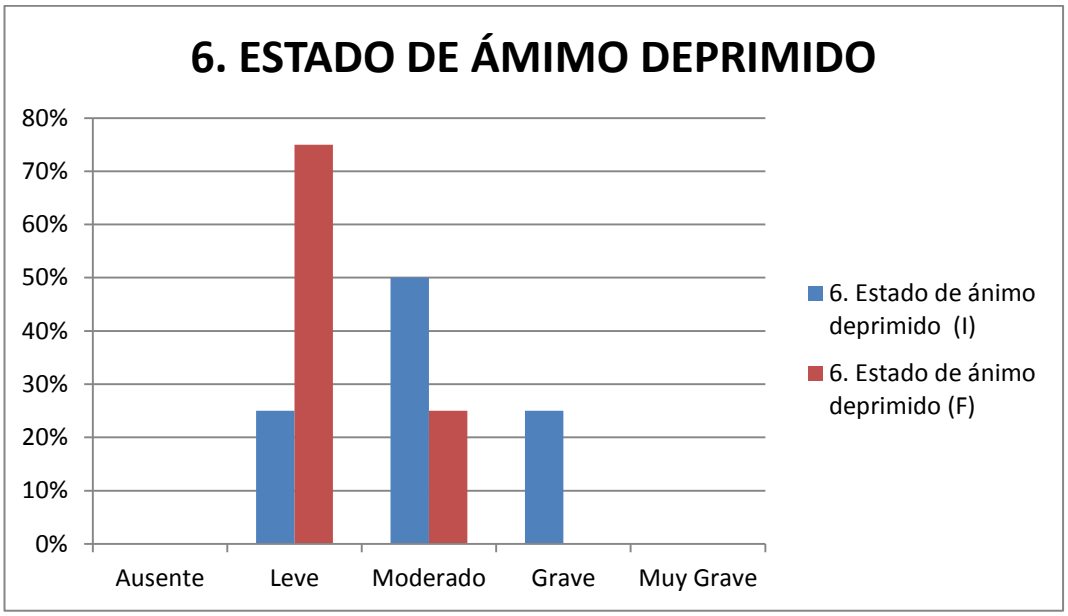


Gráfico 4.7: *Estado de ánimo deprimido*

En el gráfico 4.7 se hace una representación de los resultados obtenidos en la pregunta correspondiente al estado de ánimo deprimido. En la valoración inicial se presentaron el 50% en una escala moderada, 25% leve y el 25% grave, mientras que durante la evaluación posterior se evidenció que el 25% de las pacientes presenta un estado de ánimo deprimido moderado mientras que el 75% se agrupa en una escala leve.

En este caso se ha observado una variación en la presentación de los resultados obtenidos antes y después de la intervención terapéutica pues los niveles disminuyeron mientras que en otro caso aumentó, lo que se ha evidenciado desde la presencia física de las pacientes, por lo que se ha establecidos necesario el trabajo en todas las sesiones sobre este tema.

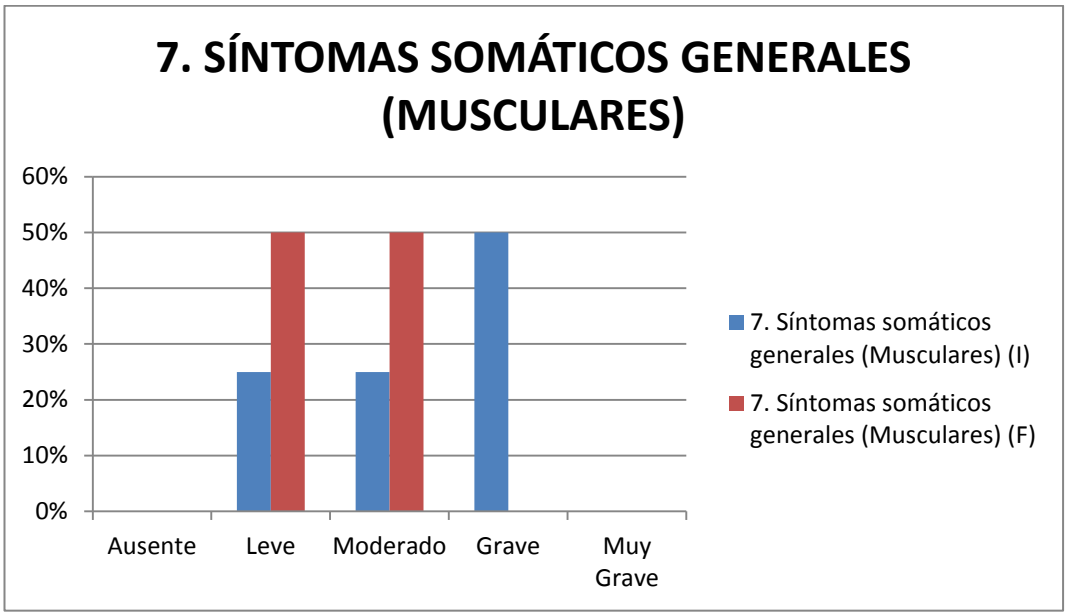


Gráfico 4.8: *Síntomas somáticos generales (musculares)*

En el caso de los síntomas somáticos generales, específicamente sobre los síntomas musculares el 50% de las pacientes presentan una escala grave, el 25% moderado y el 25% leve. Una vez aplicada la intervención los resultados son del 50% moderado al igual que el 50% leve.

Estos síntomas constituyen uno de las áreas que más molestia creaban en las pacientes, luego de aplicado el trabajo grupal se aprecia una variación en la cual la sintomatología interpretada como grave ha pasado a ser moderada disminuyendo la intensidad de la molestia. Por otro lado, se ha podido observar también que existe una igualdad con la escala leve por lo que la recurrencia de las molestias no son diarias, sino momentáneas, lo que según las pacientes, han sabido controlar.

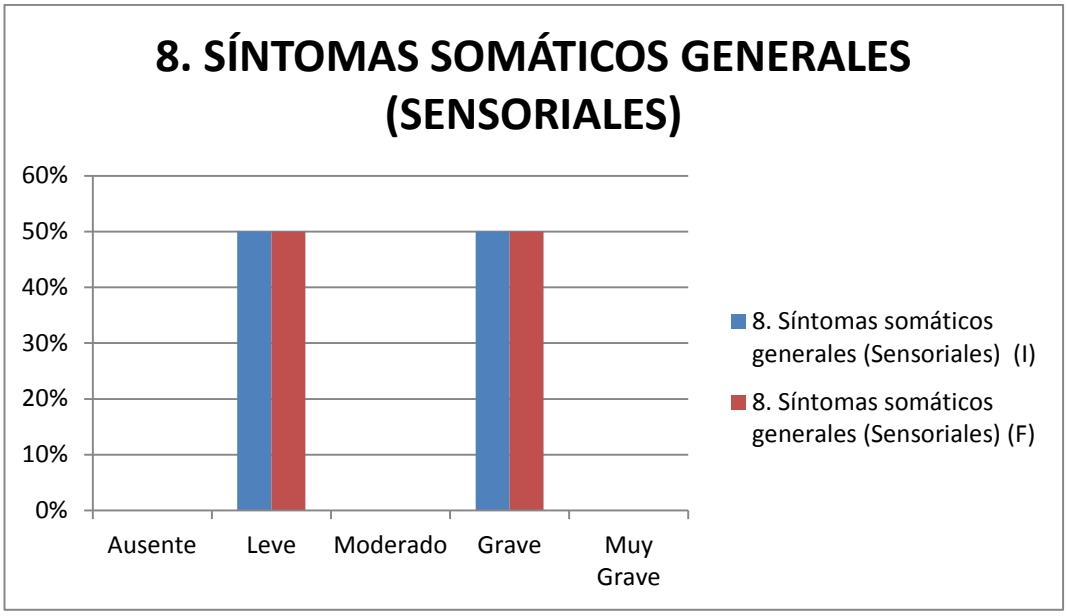


Gráfico 4.9: *Síntomas somáticos generales (sensoriales)*

En el gráfico 4.9 se presentan los resultados obtenidos de los síntomas somáticos generales sensoriales en donde de manera inicial se presentan el 50% de las pacientes con sintomatología grave y el 50% leve, obteniendo el mismo resultado después de la aplicación de la intervención grupal 50% grave y 50% leve.

La sintomatología correspondiente a esta pregunta se refiere a la presencia de síntomas asociados a los sentidos de las pacientes, uno de los más evidentes y que más puntuaba era la sensación de debilidad, la misma que fue recurrente en casi todo el proceso, éste se presentaba, también a causa del tratamiento que les administraban, constantes exámenes y controles médicos. En los resultados se evidencia claramente que no existió modificación en esta pregunta, por lo que los resultados se mantienen antes y después de la intervención grupal.

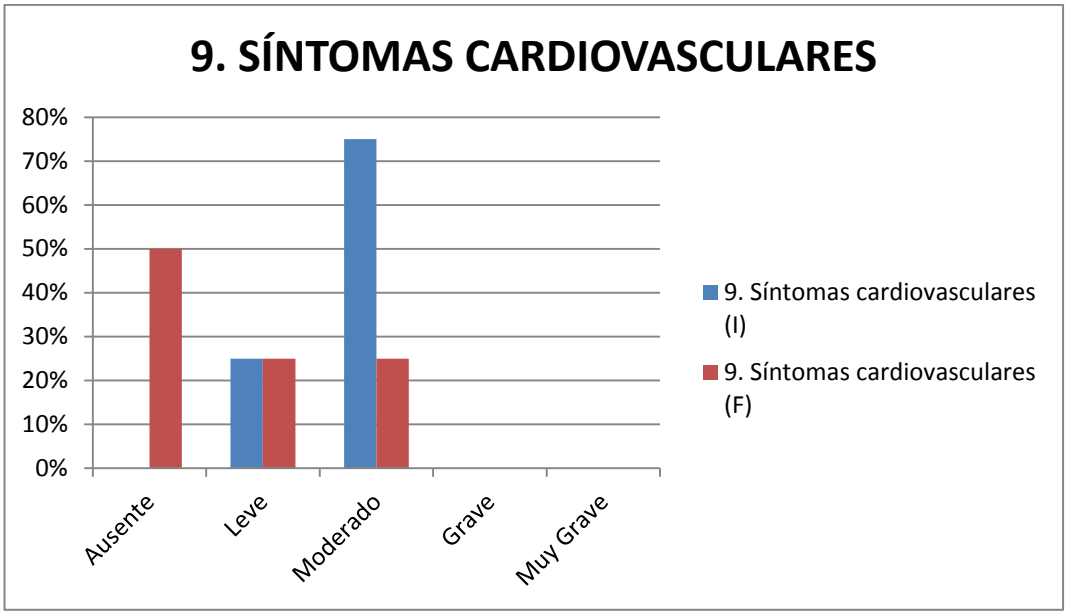


Gráfico 4.10: *Síntomas cardiovasculares*

Los resultados referentes a los síntomas cardiovasculares presentes en las pacientes antes de la intervención grupal se presentan en un 75% de manera moderada y el 25% restante leve. Una vez finalizada la intervención se obtuvo el 25% moderado, 25% leve y el 50% ausente.

Los resultados nos demuestran que posterior a la intervención grupal los niveles de la escala moderado, que era la más considerable, disminuyó; mientras que el nivel de la escala ausente aumenta lo que fue beneficioso para el grupo pues las participantes ya no han experimentado síntomas como sensación de opresión y taquicardia. Cabe resaltar que ninguna de las participantes ha consumido medicamentos que se encuentren relacionados a la disminución de esta sintomatología.

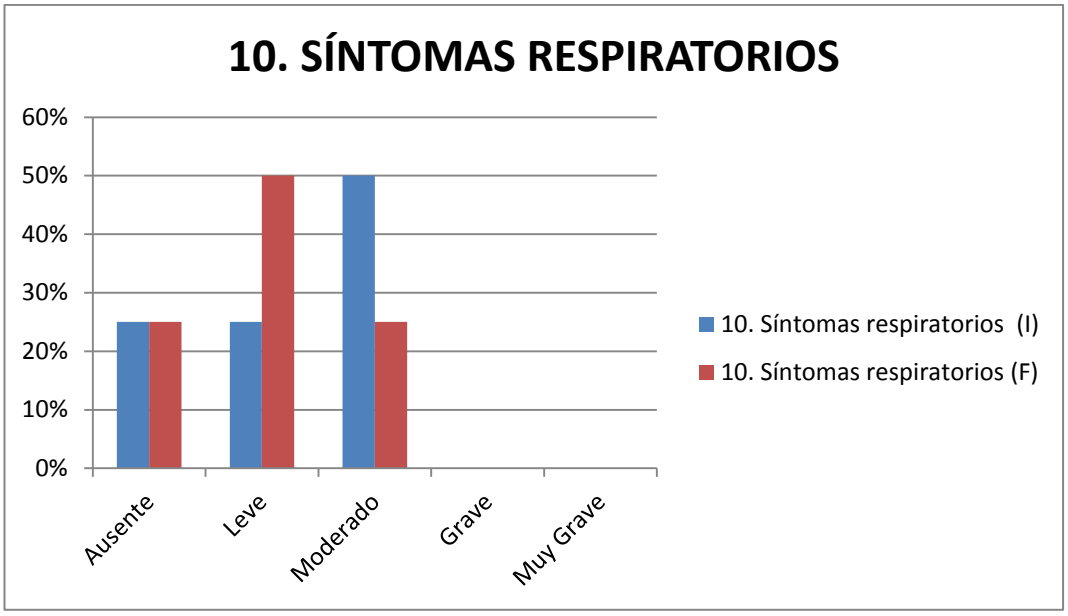


Gráfico 4.11: *Síntomas respiratorios*

El gráfico 4.11 presenta los resultados obtenidos antes de la intervención donde se muestra el 50% en escala moderada, 25% leve y 25% restante ausente. Luego de la intervención grupal realizada los resultados fueron 50% moderado, 25% leve y el 25% ausente.

Los síntomas respiratorios están relacionados a la presencia de opresión del pecho, suspiros y sensación de ahogo, que según lo registrado por las pacientes y lo que se pudo observar durante la entrevista es uno de los síntomas que más se ha presenta en ellas, los resultados obtenidos en torno a esta pregunta han mostrado un rango de modificación, el mismo que no es totalmente significativo, más se ha podido observar una disminución en cuanto a la intensidad con la que se presentan estos síntomas.

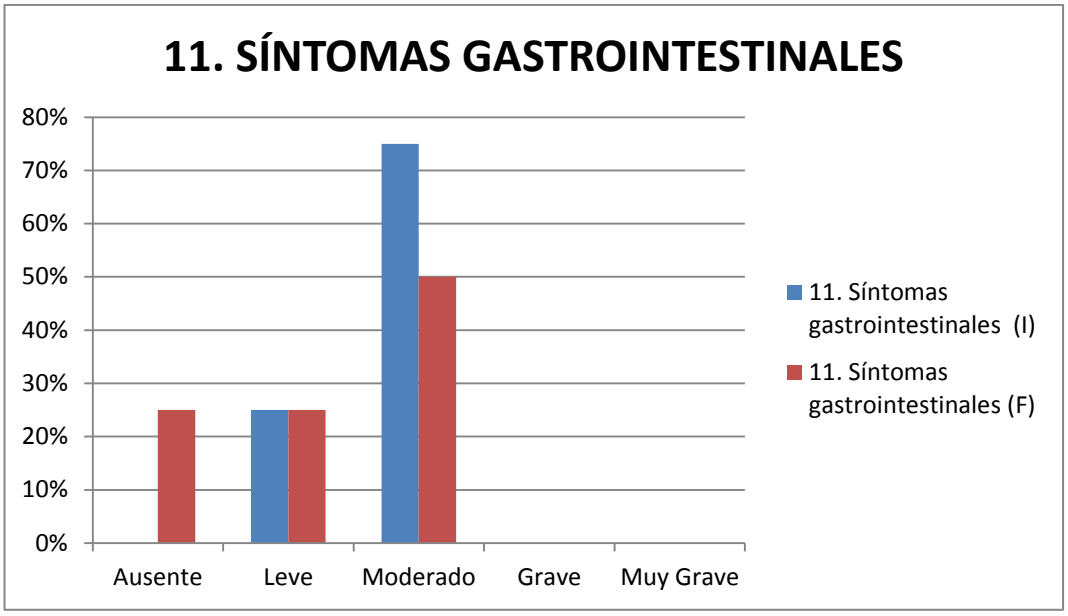


Gráfico 4.12: *Síntomas gastrointestinales*

En el gráfico 4.12 se presentan los resultados obtenidos en el área de los síntomas gastrointestinales los cuales antes de la evaluación muestran un porcentaje del 75% de las pacientes como moderado y el 25% leve. Luego de la intervención grupal se presenta que el 50% de las pacientes presentan una escala moderada, 25% leve y el 25% restante ausente.

En el caso de los síntomas gastrointestinales los resultados han variado pues se ha visto una disminución en la escala correspondiente a moderado, evidenciando la existencia de una paciente en la cual han desaparecido paulatinamente los síntomas de este tipo por lo que no ha representado un problema significativo en esta área. Nuevamente este tipo de síntomas se vienen presentando como efecto del tratamiento aplicado en cada caso, los mismos que han sido de difícil control.

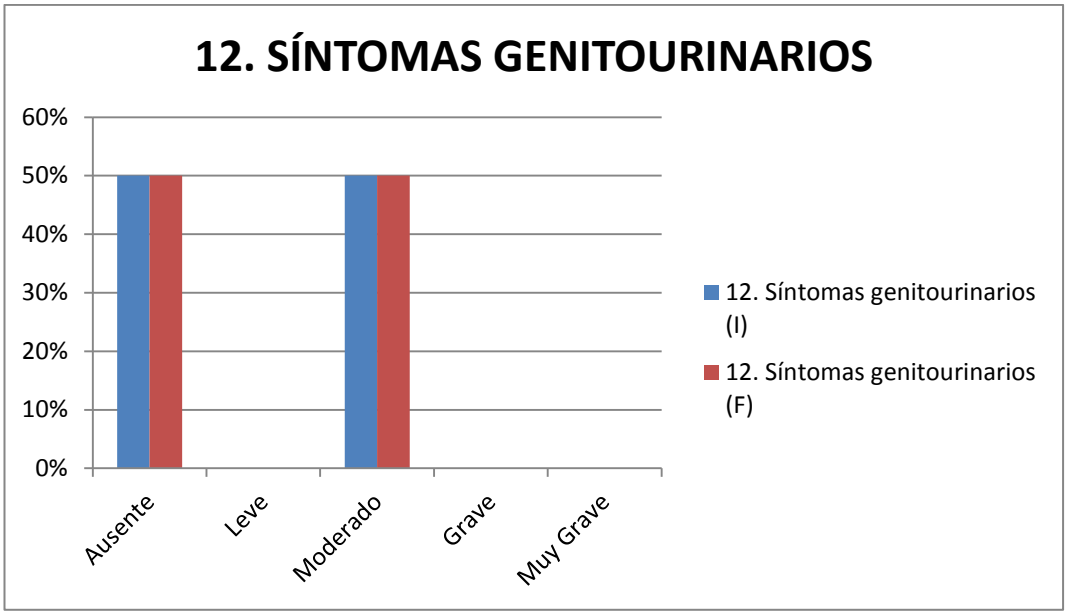


Gráfico 4.13: *Síntomas genitourinarios*

En cuanto a los síntomas genitourinarios presentes en las pacientes de manera inicial el 50% de ellas presentaba una escala moderada, mientras que el 50% restante se ubica en la escala ausente; posterior a la intervención se ha observado que los resultados se mantienen posicionando al 50% en una escala moderada y el 50% en la escala ausente.

Se puede concluir que los resultados a nivel somático como los genitourinarios no han presentado una variación significativa, pues después de la intervención los niveles se han mantenido, en base a lo cual se puede atribuir la falta de cambio al proceso de la enfermedad, en este caso estos síntomas pueden ser originados además por factores propios de la enfermedad y de su tratamiento, considerando que se trabaja con pacientes cuyo estado de salud no se encuentra en constante equilibrio.

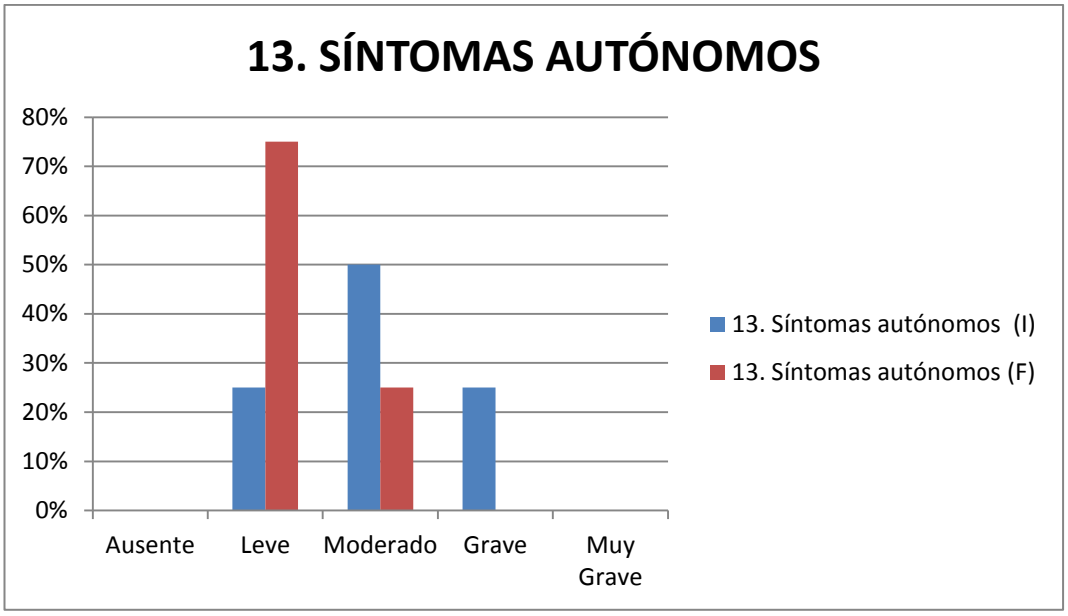


Gráfico 4.14: *Síntomas autónomos*

En el gráfico 4.14 se representa en azul los resultados iniciales en los cuales se presentan el 25% grave, el 50% moderado y el 25% restante leve, los cuales son contrastados con los resultados obtenidos en la aplicación final en donde el 25% presenta una escala moderada y el 75% como leve.

Los síntomas que se presentan en esta pregunta no han sido asociados a ninguna de las afecciones médicas que presentan las pacientes, sino más bien se trata de síntomas producidos por la ansiedad que sufren a causa de otros factores, se ha evidenciado una disminución de los niveles, observando que en su gran mayoría pertenecen a una escala leve, en donde síntomas como rubores, escalofríos o sudoración ya no se presentan con la misma intensidad o frecuencia como lo hacían antes de la intervención psicoterapéutica.

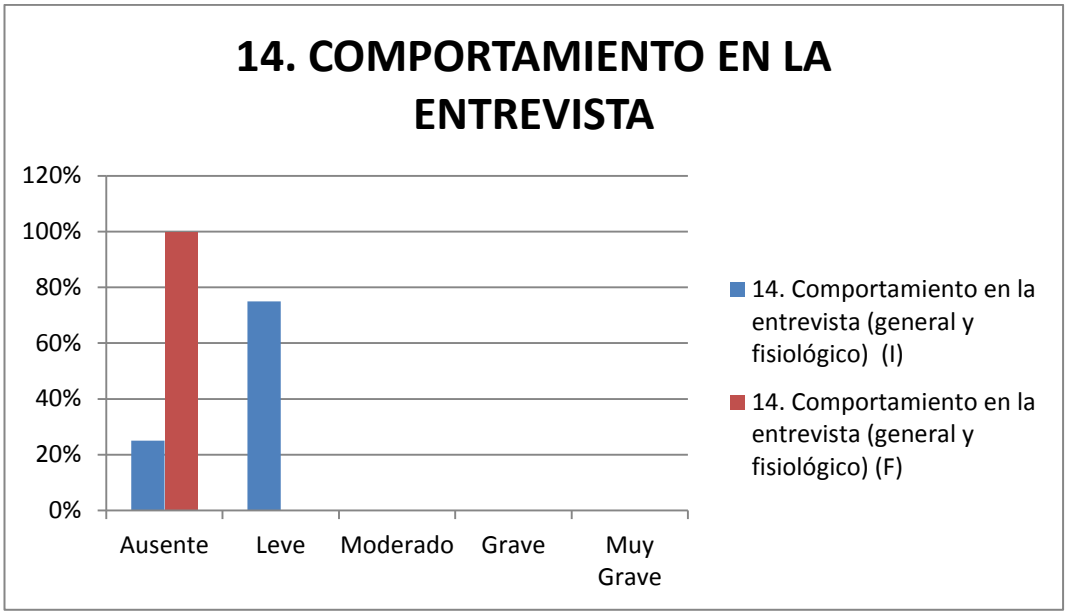


Gráfico 4.15: *Comportamiento en la entrevista*

Durante la primera entrevista por medio de la cual se procedió a aplicar el reactivo, se presentaron síntomas como tensión evidente y ansiedad en cada una de las integrantes en dos de los casos se trataba de la primera vez que tenían contacto con la terapeuta y en los otros casos aunque se trataba ya de pacientes con las que se había venido trabajado ciertos síntomas que revelaban cierto nivel de nerviosismo se seguía presentando, lo que varió significativamente durante la segunda aplicación.

El 75% de las pacientes obtuvo una escala leve en cuanto a dichos síntomas y el 25% ausente, en la evaluación final el 100% de las pacientes se encuentra en la escala ausente. Se puede apreciar que en la entrevista del re test las pacientes se mostraron mucho más relajadas, lo cual se evidenció por medio de sus respuestas pues se presentaron mucho más confiadas en las mismas.

Por medio de la presentación de los resultados obtenidos en la escala de ansiedad aplicada antes y después de la intervención grupal se ha podido determinar que existió una variación en porcentajes entre las dos aplicaciones, ya que en la mayoría

de las preguntas los niveles registrados por las pacientes en un inicio han disminuido hasta la toma final de la escala, ya sea en frecuencia o intensidad de la presencia de los síntomas. Otras preguntas presentan mantenimiento de los niveles y en otros casos el porcentaje subió en un mínimo, esta sintomatología corresponde al área somática de las pacientes, área en la que se ha tenido mayor dificultad al momento de disminuir su prevalencia, los motivos son evidentes ya que se trata de pacientes que aún se encuentran dentro de un proceso médico que resulta ser invasivo y puede llegar a comprometer otros órganos y funciones diferentes a la originalmente afectada.

4.3. Análisis de las escalas somática, psíquica y puntaje total de la escala.

Una vez determinados los resultados de cada una de las preguntas pertenecientes a la escala de ansiedad de forma comparativa es necesario presentar los resultados generales obtenidos en las dos aplicaciones, y como se mencionó anteriormente, los resultados de la escala se evalúan en tres áreas: Ansiedad Psíquica, Ansiedad Somática y Puntaje total. Al no existir puntos de corte los puntajes han sido presentados en forma comparativa como una manera de evidenciar mejor los resultados. A continuación se presentan dos tablas con los resultados iniciales (tabla 4.2) y finales (tabla 4.3).

Tabla 4.2:
Puntuaciones Iniciales

PUNTUACIONES INICIALES			
PACIENTE	**ANSIEDAD PSÍQUICA**	**ANSIEDAD SOMÁTICA**	**PUNTUACIÓN TOTAL**
1	9	6	15
2	12	16	38
3	16	10	26
4	15	16	31

En la tabla 4.2 se presentan las puntuaciones numéricas obtenidas mediante la aplicación inicial del reactivo en las tres áreas, son estos resultados los que serán presentados de forma comparativa en gráficos posteriores.

Tabla 4.3:
Puntuaciones Finales

PUNTUACIONES FINALES			
PACIENTE	**ANSIEDAD PSÍQUICA**	**ANSIEDAD SOMÁTICA**	**PUNTUACIÓN TOTAL**
1	7	4	11
2	9	11	20
3	8	6	14
4	10	14	24

De la misma manera se presenta en la tabla 4.3 las puntuaciones obtenidas una vez finalizado el proceso de intervención grupal, las mismas que al comparar presentan disminución en los valores presentes sobre todo en la puntuación total, esto como una forma de confirmar la eficacia de la intervención realizada. Esta comparación numérica se la ha desarrollado al no encontrar puntos de corte para establecer una escala, a pesar de ellos los resultados son evidentes a nivel numérico también.

Los mismos resultados se representarán también en forma comparativa, antes y después de la intervención, en los gráficos 4.16 - 4.18.

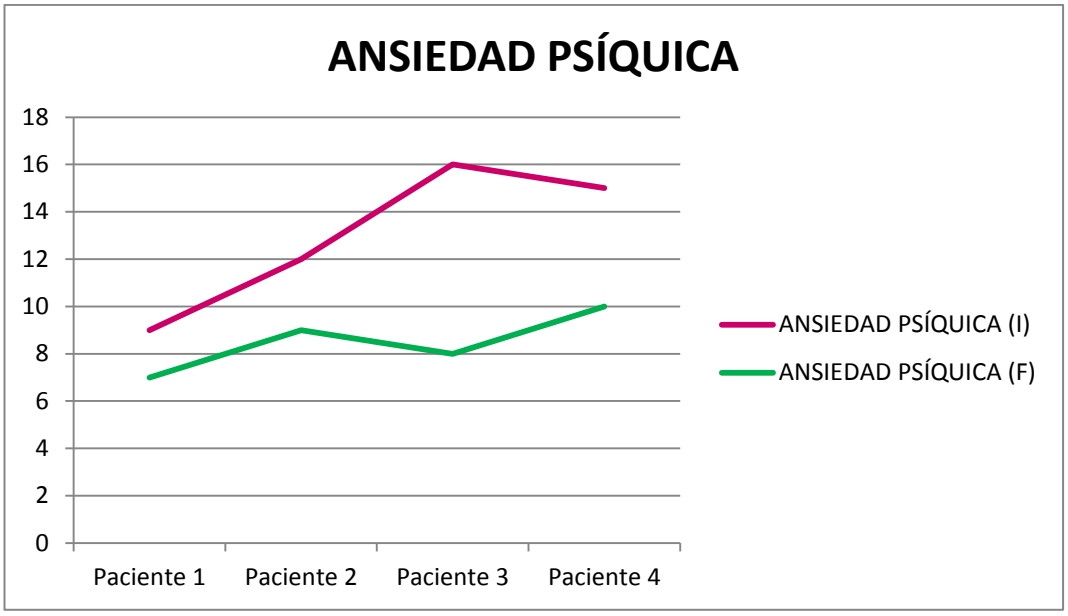


Gráfico 4.16: *Resultados comparativos de la ansiedad psíquica*

Dentro de la Escala de Ansiedad aplicada para la medición de los niveles de las pacientes una de las áreas globales a evaluar es la Ansiedad Psíquica que reúne las respuestas de la sintomatología relacionada con estados psíquicos como estado ansioso, temores, tensión, concentración y memoria, insomnio, estado de ánimo deprimido y el comportamiento en general de la evaluada al momento de la aplicación.

En los resultados del gráfico 4.16 se puede observar el nivel de ansiedad psíquica inicial de las pacientes, representado de color rosa, y los resultados de finales, obtenidos posterior a la intervención grupal, representados en color verde. Es evidente que el gráfico comparativo muestra una variación positiva en los resultados, pues la ansiedad psíquica inicial es más alta que la final, es decir la intervención psicológica grupal arroja resultados positivos en la disminución de sintomatología psíquica.

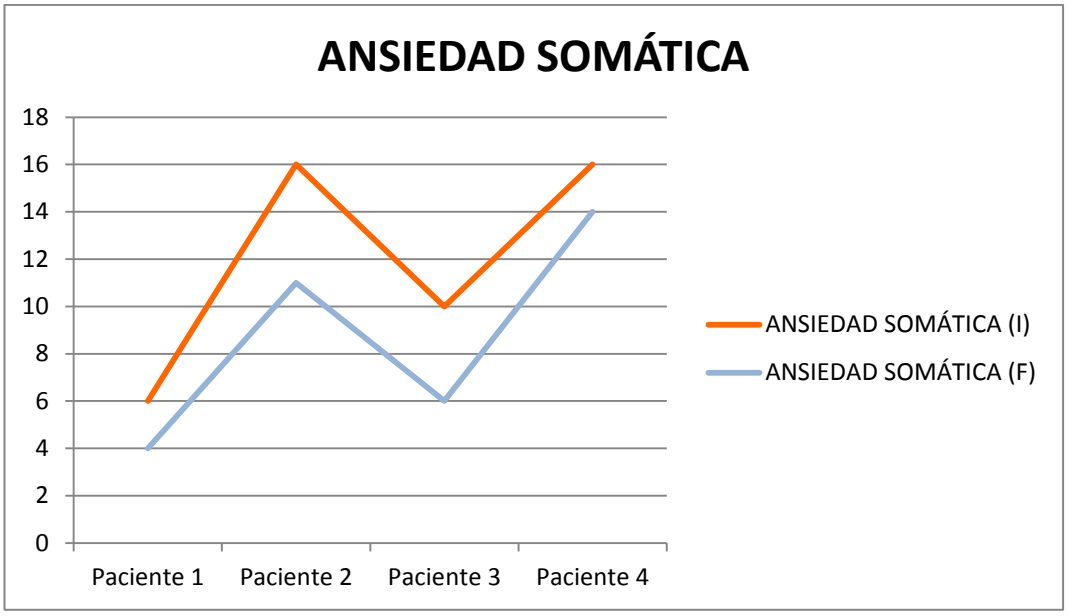


Gráfico 4.17: *Resultados comparativos de la Ansiedad Somática*

Otra de las puntuaciones globales que se obtienen es la Ansiedad Somática, la misma que evalúa síntomas que se producen físicamente en las pacientes como síntomas a nivel muscular, sensorial, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinales, genitourinarios y otros.

Los resultados obtenidos se presentan en el gráfico 4.17 en donde los resultados iniciales se presentan en color naranja mientras que los resultados finales en color celeste, mostrando la diferencia entre los dos resultados. En este caso los niveles también han disminuido comprobando los resultados positivos de la aplicación, más la diferencia es menor que en el caso de los niveles psíquicos, por lo que es necesario tomar en cuenta que los síntomas somáticos en las pacientes son producidos como respuesta al tratamiento al que están sometidas y como el trabajo que se estableció fue con pacientes que se encuentren en tratamiento esta sintomatología no puede anular, a pesar de estos factores los niveles han disminuido.

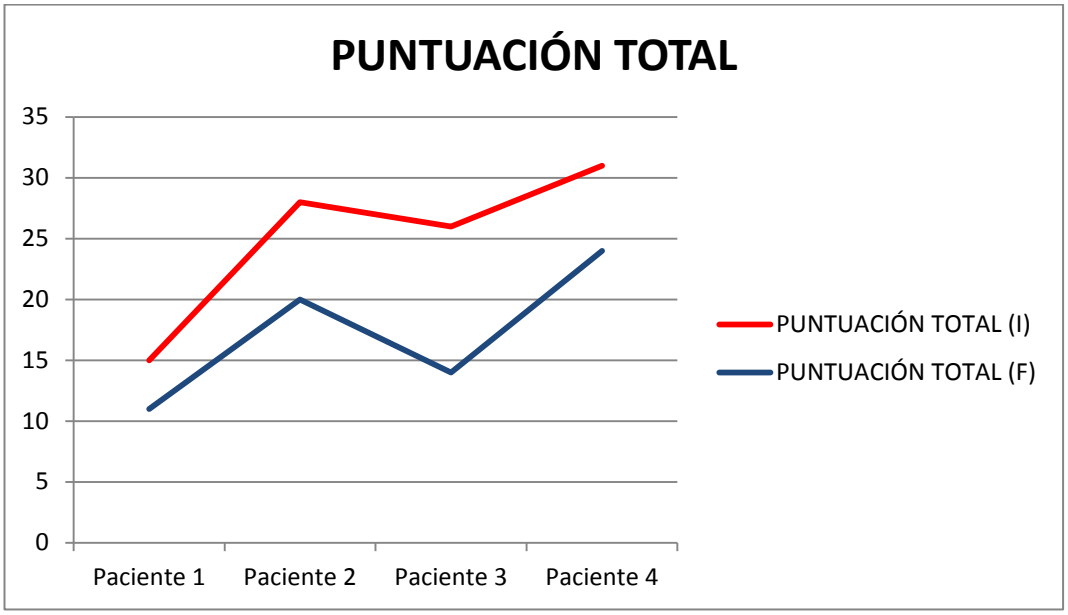


Gráfico 4.18: *Puntuación Total comparativa*

Por último se presenta la escala de Puntuación Total, la que reúne tanto las puntuaciones obtenidas en la ansiedad psíquica y somática, la misma que es evaluada en una escala del 0 al 56.

En este caso se presentan nuevamente las puntuaciones totales iniciales y finales en color rojo y azul respectivamente en el gráfico 4.18 donde se puede observar que existe una disminución significativa de los puntajes totales, pudiendo comprobar nuevamente la eficacia de la intervención grupal para la disminución de la ansiedad.

4.4. Presentación y análisis del proceso terapéutico grupal

Como parte de la propuesta de trabajo para la presentación de este proyecto se estableció la intervención grupal con enfoque psicoanalítico breve como método de intervención, por lo que se procedió a desarrollar un plan de intervención el mismo que cuenta con el número de sesiones y la temática a tratar en cada una de ellas, que

fue construido inicialmente y podía estar sujeto a modificaciones que serían realizadas durante el transcurso de las sesiones una vez reconocidas las necesidades que surgen en las pacientes y su importancia.

Además como parte de la planificación es necesario determinar los objetivos que se pretenden alcanzar por medio de técnicas y recursos en cada sesión, los mismos que serán ampliados posteriormente en las matrices de presentación de las sesiones una vez desarrolladas. La planificación de las sesiones se presenta en la tabla 4.4.

Tabla 4.4:
Matriz de preparación de sesiones

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
1°	Sesión de inicio	• Establecer el método de trabajo dentro del grupo. • Generar un espacio de empatía entre todos los integrantes	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y señalamientos Dinámica de presentación Retroalimentación	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel bond Esferos	90 min.
2°	"La familia"	• Analizar las relaciones familiares desde la llegada de la enfermedad.	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y señalamientos Retroalimentación	HUMANOS: Investigadora Participantes	90 min.
3°	"El cáncer desde lo femenino"	• Analizar cuáles han sido los mayores impactos a nivel femenino que ha aportado la enfermedad.	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y señalamientos Retroalimentación	HUMANOS: Investigadora Participantes	90 min.
4°	"La muerte"	• Enfrentar a las integrantes del grupo al tema. • Analizar cómo enfrentan la vida desde la llegada de la enfermedad.	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y señalamientos Retroalimentación Técnica motivacional	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Lectura impresa	90 min.
5°	"¿Quién soy hoy?"	• Elaborar el sentimiento de culpa y nostalgia por su vida pasada.	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y señalamientos Retroalimentación	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel bond Esferos	90 min.
6°	"Resignificando la enfermedad"	• Elaborar una lista de las cosas positivas y negativas que les ha dejado la	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y	HUMANOS: Investigadora Participantes	90 min.

		enfermedad. • Resaltar las cosas positivas. • Establecer un nuevo significado para la enfermedad para cada una de ellas.	señalamientos Retroalimentación	MATERIALES: Hojas de papel bond Esferos	
7°	“Mi imagen ante el cáncer”	• Analizar cómo las integrantes del grupo se proyecta ante los demás a nivel físico.	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y señalamientos Técnica Visual Retroalimentación	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Fotografías impresas	90 min.
8°	“Sesión de cierre”	• Realizar una retroalimentación de los temas tratados durante el proceso terapéutico. • Realizar un cierre terapéutico.	Observación Asociación Libre de ideas Interpretación y señalamientos Retroalimentación	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel bond Esferos	90 min.

Como se ha podido observar las temáticas consideradas para trabajar dentro de las sesiones se desprenden de un tema central que en este caso se trata de la característica de conformación del grupo “el cáncer”, estos se han establecido de manera flexible pues pudieron ser modificados durante el proceso, más este no fue el caso. Las sesiones se organizaron para realizarse de manera semanal, en algunos casos el espacio de tiempo entre sesión y sesión tuvo que variar debido a las condiciones de salud que presentaban las pacientes, considerando que se trata de un grupo de trabajo crítico.

Como parte del procedimiento realizado en primera instancia se evalúa a todas las pacientes para posterior a esto iniciar la intervención grupal, las matrices de las sesiones fueron usadas para evaluar cómo se estaba realizando el proceso sesión por sesión, las mismas que contienen los logros que se han evidenciado en cada sesión que son presentados en las tablas 4.2 – 4.12.

Por medio de la presentación de estas matrices también se puede evaluar el proceso a nivel terapéutico de las pacientes para cotejarlos con los resultados obtenidos en el área numérica, de estas dos formas se puede dar validez al trabajo que se desarrolló, además de la evidencia del trabajo que se realizó sesión por sesión

Más es necesaria la presentación de los logros del trabajo grupal en general, sin especificar número de sesión o las actividades que se llevaron a cabo para obtener dicho logro, por lo que se presenta a continuación es una sistematización de los logros obtenidos. Lo que se presentará en la parte final. (Tabla 4.13)

Tabla 4.5:
Matriz operativa primera sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Elaborar del material para la dinámica de presentación.	-Se elaboran hojas divididas en 4 partes que contienen 4 preguntas, cada una de ellas deberá ser contestada, por medio de éstas se podrá dar inicio a los temas a trabajar al mismo tiempo que se conocerá algo más de cada una.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Establecer el método de trabajo dentro del grupo.	-Establecimiento de empatía y encuadre terapéutico, por medio del cual se podrá socializar el método de trabajo.	-Observación	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.
DESARROLLO	-Generar un espacio de empatía entre todos los integrantes. -Introducir a las participantes, de manera general, al primer tema establecido para trabajar.	-Desarrollo de una dinámica de presentación donde las participantes puedan conocerse más. -Identificación por medio del análisis de los discursos de cada una los temas que son importantes trabajar, reconociendo también cómo cada una de ellas se presenta hacia los demás. -Por medio de la elaboración de preguntas o devoluciones estimular la participación activa de todas las participantes. -Esta sesión se trabaja sobre la familia, se da la pauta de inicio del tema.	-Dinámica de presentación. -Asociación Libre de ideas -Interpretación y señalamientos.	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel Esferos	60 min.
CIERRE	-Realizar un cierre terapéutico por medio de una recapitulación de lo trabajado. -Valorar el desarrollo de la primera sesión.	-Breve recapitulación de lo trabajado en la sesión, haciendo devoluciones que permitan a las integrantes tomar en cuenta los temas en los que se necesita trabajar. -Se fija el tema que se trabajará la siguiente sesión con todas las integrantes a manera de enganche.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos.	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.

LOGROS	-Durante el desarrollo de esta sesión se pudo lograr que las integrantes del grupo puedan tener una idea clara de la metodología de trabajo, pudiendo llegar a acuerdos en cuanto al horario establecido, días en los que se va a desarrollar el trabajo y los lugares de encuentro. -Se pudo establecer un ambiente cómodo donde todas tuvieran la oportunidad de participar y conocerse un poco más. -Se evidenció, desde el principio, la identificación entre las integrantes, quienes dentro de sus discursos pudieron dar a conocer aspectos en los cuales se parecían, lo que aportó al proceso de adaptación al grupo.

Tabla 4.6:
Matriz operativa segunda sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Analizar los discursos de las pacientes emitidos en la sesión pasada. -Identificar los temas en los que se debe trabajar en esta sesión.	-Revisión de los apuntes tomados en la primera sesión para determinar la metodología y el orden de trabajo de la segunda sesión, la misma que se desarrollará sobre los temas inconclusos de la sesión pasada. -El tema de la segunda sesión es la familia, pues se ha notado que es necesario trabajar en este aspecto que quedó inconcluso de la sesión anterior.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Recapitular el tema de la sesión anterior. -Conocer cómo se ha desarrollado la semana para cada una de las pacientes. -Evaluar si los temas de la semana pasada desarrollaron algún cambio en la dinámica de las pacientes.	-A modo de conversación, conocer cómo ha estado la semana de las pacientes, haciendo énfasis en lo positivo. -La evaluación se la realizará por medio de preguntas que puedan determinar si existió algún cambio (no se determina si es positivo o negativo) en alguna de las áreas de las pacientes; esto permitirá que se puedan identificar nuevos temas en los que será necesario trabajar posteriormente.	-Asociación Libre de Ideas	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.
DESARROLLO	-Desarrollar el tema propuesto para la sesión. -Generar el espacio necesario para que todas las integrantes interactúen.	-Realizar una introducción para dar inicio al tema propuesto, retomando subtemas que se desprendieron de la sesión pasada y no pudieron ser concluidos. -Mientras se desarrolla la sesión asegurarse de que todas las pacientes puedan participar de manera activa. -Encaminar el discurso de las pacientes con la finalidad de conocer cómo están estructuras las relaciones	-Asociación Libre de ideas -Interpretación y señalamientos -Observación	HUMANOS: Investigadora Participantes	60 min.

	-Analizar cómo se desarrollan las relaciones familiares desde su diagnóstico.	familiares actualmente. -Realizar las devoluciones necesarias más no de manera individual, sino a modo grupal adaptándolas a cada discurso, para que puedan ser acogidas por todas las integrantes.			
CIERRE	-Realizar un cierre terapéutico por medio de una recapitulación de lo trabajado. -Valorar el desarrollo de la segunda sesión.	-Breve recapitulación de lo trabajado en la sesión, haciendo devoluciones que permitan a las integrantes tomar en cuenta los temas en los que se necesita trabajar. -Se fija el tema que se trabajará la siguiente sesión con todas las integrantes a manera de enganche.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos.	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.
LOGROS	-Por medio de la sesión se pudo identificar cómo se encontraban establecidas las relaciones familiares, la estructura y distribución de roles dentro de casa y cuáles fueron los cambios que se evidenciaron en los últimos meses. -Se analizó, también, cómo el diagnóstico afectó a cada uno de los miembros de la familia, a los más cercanos, y la forma en la que también esto ha influido en las relaciones afectivas, logrando hacer insight sobre las conductas de los demás. -De manera paralela se desarrolló el tema de la ocupación que cada una de ellas tenía en ese momento lo que en algunos casos generaba molestia por las limitaciones que la enfermedad les dejó o añadió como parte del tratamiento al que son sometidas. En otros casos se pudo reconocer cómo cada una de ellas percibe la ganancia secundaria de la etapa en la que se encontraban. -Las pacientes pudieron ser conscientes de las ganancias secundarias que obtenían de su enfermedad. -Uno de los logros más significativos de esta sesión es que las pacientes le pudieran dar sentido a las “actitudes” así mencionadas por ellas dentro de los discursos de sus familiares, que en la mayoría de los casos los tomaban como una forma de no considerarlas, generando en ellas el deseo de recaer nuevamente para sentirlos en cierto modo más “preocupados”, esto se presentaba en los casos en donde la mejoría del diagnóstico era evidente y los síntomas secundarios desaparecían, los controles ya se realizaban en espacios de tiempo más prolongado y por ende ellas y sus familias podían regresar a realizar ciertas actividades que antes habían dejado pues se encontraban en un tiempo de equilibrio.			

Tabla 4.7:
Matriz operativa tercera sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Analizar los discursos de las pacientes emitidos en la sesión pasada. -Identificar los temas en los que se debe trabajar en esta sesión.	-Revisión de los apuntes tomados en la segunda sesión para determinar la metodología y el orden de trabajo de la tercera sesión, la misma que se desarrollará sobre los elementos inconclusos y temas que no se han podido trabajar de las sesiones pasadas. -El tema a trabajar en esta sesión es sobre el cáncer y su impacto en la parte femenina de las pacientes. -Se trabajarán temas relacionados con sus parejas, tomando algunos de los discursos de las pacientes que reflejaban algo de malestar en las sesiones pasadas donde se habló de sus familias.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Mantener un ambiente de confianza con las integrantes del grupo. -Recapitular el tema de la sesión anterior. -Evaluar si los temas de la semana pasada desarrollaron algún cambio en la dinámica de las pacientes.	-No se inicia la sesión con el tema propuesto, se dedica un tiempo para hablar de cosas cotidianas que permitan disminuir la ansiedad que puede producir en las pacientes otras situaciones externas sucedidas durante la semana. -Realizar un resumen de lo trabajado la sesión anterior, logrando realizar una conclusión. -La evaluación se la realizará por medio de preguntas que puedan determinar si existió algún cambio (no se determina si es positivo o negativo) en alguna de las áreas de las pacientes; esto permitirá que se puedan identificar nuevos temas en los que será necesario trabajar posteriormente.	-Asociación Libre de Ideas	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.
DESARROLLO	-Desarrollar el tema propuesto para la sesión.	-Realizar una introducción con la finalidad de dar inicio al tema propuesto, retomando subtemas que se desprendieron la sesión pasada y no pudieron ser	-Asociación Libre de ideas -Interpretación y	HUMANOS: Investigadora Participantes	60 min.

	-Analizar cómo la enfermedad ha afectado su parte femenina de las pacientes. -Generar el espacio necesario para que todas las integrantes interactúen.	concluidos, en este caso se tratarán temas relacionados con la parte femenina de las pacientes. -Encaminar el discurso de las pacientes con la finalidad de conocer cómo el cáncer ha podido afectar la parte femenina de las pacientes y qué significado le han dado a los cambios sufridos como consecuencia de la enfermedad. -Realizar las devoluciones necesarias más no de manera individual, sino a modo grupal adaptándolas a cada discurso, para que puedan ser acogidas por todas las integrantes en cada uno de sus casos. -Mientras se desarrolla la sesión asegurarse de que todas las pacientes puedan participar de manera activa.	señalamientos. -Observación		
CIERRE	-Realizar un cierre terapéutico por medio de una recapitulación de lo trabajado. -Valorar el desarrollo de la tercera sesión. -Desarrollar una actividad de cierre.	-Breve recapitulación de lo trabajado en la sesión, haciendo devoluciones que permitan a las integrantes tomar en cuenta lo que se ha trabajado en la sesión. -Para la valoración se ha pedido a las pacientes que realicen una conclusión de lo tratado por medio de la elaboración de su significado de ser mujer después de la enfermedad, realizado de manera individual. -Se fija el tema que se trabajará la siguiente sesión con todas las integrantes a manera de enganche. -Se realiza un cierre del tema de esta sesión pues se ha logrado trabajar todos los temas que iban saliendo del discurso de las pacientes, los cuales se podrían hacer uso en sesiones posteriores o cuando fuese necesario.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos.	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel Esferos	10 min.
LOGROS	-Por medio de esta sesión se ha podido desarrollar un tema que para muchas de las pacientes les ha resultado algo complicado. En primera instancia se trata de un tema que en todos los casos se consideró necesario trabajar pues en un inicio se evidenció que la prevalencia del cáncer en ellas era de mama y de ovario, dos zonas que se encuentran altamente relacionadas con el concepto de lo				

	femenino. -Cada una de las pacientes pudo hablar, desde su experiencia, qué significó el ser diagnosticada con cáncer de mama y ovario, haciendo referencia a la zona, lo que tomó algún tiempo, pues ninguna de las 4 pacientes manifestaron haberse realizado esa pregunta anteriormente, lo que les obligó pensar desde otro aspecto el significado de la enfermedad. -Por medio de los discursos de las pacientes se pudo identificar que la mayoría de ellas sentían una “falta” o se sentían incompletas por el hecho de tener este tipo de cáncer, lo que se vio aún más marcado en las pacientes quienes tuvieron que sufrir la extracción de la mama o de su aparato reproductor por completo, pues aunque se trata de una parte de su anatomía en ellas eso representaba el ser mujer “es lo que le da el significado a una mujer”, el perder una parte de ellas representó perder una parte de este significado. -Como parte del desarrollo de la sesión cada una de ellas le dio un significado positivo a esa pérdida, en este caso decidieron que esa pérdida significa “valentía y lucha” dos características que las pacientes pudieron incorporar a su significado de ser mujeres. -El trabajar este tema generó en ellas un fuerte impacto, y de este tema se desprende la manera de verse físicamente y elaborar el duelo de perder su cuerpo anterior que seguramente se podía ajustar a los estereotipos impuestos por la sociedad e ingresar a un proceso de adaptación de su nuevo cuerpo, por lo que se establece por su iniciativa que ese es un tema que se debe tratar, más se lo deja para sesiones posteriores.

Tabla 4.8:
Matriz operativa cuarta sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Analizar los discursos de las pacientes emitidos en la sesión pasada. -Identificar los temas en los que se debe trabajar en esta sesión.	-Revisión de los apuntes tomados en la tercera sesión para determinar la metodología y el orden de trabajo de la cuarta sesión. -El tema a trabajar en esta sesión es sobre la muerte. -Se trabajarán adicionalmente temas relacionados con la muerte desde el diagnóstico y las dificultades que ellas experimentaron durante el proceso del tratamiento.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Mantener un ambiente de confianza con las integrantes del grupo. -Recapitular el tema de la sesión anterior. -Evaluar si los temas de la semana pasada desarrollaron algún cambio en la dinámica de las pacientes. -Introducir a las pacientes al tema por medio de una lectura que hace referencia al tema.	-Se ha considerado el tema como difícil de abordar y enfrentar para las pacientes, por lo que no se da inicio a la sesión con el tema propuesto; se dedica un tiempo para compartir cosas cotidianas que permitan disminuir la ansiedad que puede producir en las pacientes otras situaciones externas sucedidas durante la semana. -Realizar un resumen de lo trabajado la sesión anterior. -La evaluación se la realizará por medio de preguntas que puedan determinar si existió algún cambio (no se determina si es positivo o negativo) en alguna de las áreas de las pacientes; esto permitirá que se puedan identificar nuevos temas en los que será necesario trabajar posteriormente. -Se hace uso de la lectura para poder introducir a las pacientes al tema y se realizan preguntas derivadas de la lectura incentivando su participación activa.	-Asociación Libre de Ideas. -Técnica motivacional.	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas con la lectura seleccionada	20 min.
DESARROLLO	-Desarrollar el tema propuesto para la sesión.	-En base a las preguntas y la lectura se da inicio al tema enfocándose en cada uno de los casos.	-Asociación Libre de ideas -Interpretación y	HUMANOS: Investigadora Participantes	50 min.

	-Analizar cómo la enfermedad ha cambiado la percepción de la vida en las participantes. -Enfrentar a las pacientes al tema. -Generar el espacio necesario para que todas las integrantes interactúen.	-Por medio del discurso cada participante habla a acerca de su proceso médico, produciendo desahogo emocional. -Encaminar el discurso de las pacientes con la finalidad de conocer la percepción que ahora cada una de ellas tiene de la vida, haciendo una comparación entre cómo se desarrollaba su vida antes y después del diagnóstico. -Realizar las devoluciones necesarias más no de manera individual, sino a modo grupal adaptándolas a cada discurso, para que puedan ser acogidas por todas las integrantes en cada uno de sus casos. -Mientras se desarrolla la sesión asegurarse de que todas las pacientes puedan participar de manera activa.	señalamientos. -Observación		
CIERRE	-Realizar un cierre terapéutico por medio de una recapitulación de lo trabajado. -Valorar el desarrollo de la tercera sesión. -Desarrollar una actividad de cierre.	-Breve recapitulación de lo trabajado en la sesión, haciendo devoluciones que permitan a las integrantes tomar en cuenta lo que se ha trabajado en la sesión. -Se fija el tema que se trabajará la siguiente sesión con todas las integrantes a manera de enganche. -Se realiza el cierre de la sesión de manera grupal por medio de un compromiso.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos. -Compromiso terapéutico.	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.
LOGROS	-Fue necesario el trabajar en este tema ya que la visión de la vida de las pacientes después de ser diagnosticadas cambió, en este punto el tema de la identificación tuvo mucho peso en la sesión, cada una de ellas entendía el discurso de la otra, todas compartían la misma visión de la vida antes relacionada con la rutina de sus actividades, y por tratarse de mujeres que tuvieron durante toda su vida múltiples ocupaciones no pudieron darse un tiempo para observar a su alrededor y ver cómo vivían analizando las cosas más simples, como ahora lo hacen. -Se logró reconocer la necesidad que tuvieron ellas de enfrentarse a la muerte para poder vivir como ahora lo hacen, pues se consideran “mujeres más agradecidas, más fuertes, más luchadoras”. Este paso por la enfermedad les ha servido para configurar su vida de otra manera, no solo por el cuidado necesario para mantener su salud, sino su manera de enfrentar y vivir las cosas cotidianas, identificando la necesidad en las pacientes de salir de esa rutina. -Para el desarrollo de esta sesión también fue necesario que las pacientes pudieran ubicar sus discursos en el “aquí y el ahora”				

	tomando en cuenta que los acontecimientos que vivieron por presencia de su enfermedad las arrastraron a vivir en estado de constante angustia y preocupación. -La actividad de cierre nació de las mismas pacientes quienes se comprometieron a vivir el día a día de manera diferente “disfrutando de cada una de las cosas que nos ocurre y tomando todo lo bueno que nos ha pasado como lo más importante”.

Tabla 4.9:
Matriz operativa quinta sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Analizar los discursos de las pacientes emitidos en la sesión pasada. -Identificar los temas en los que se debe trabajar en esta sesión.	-Revisión de los apuntes tomados en la cuarta sesión para determinar la metodología y el orden de trabajo de la quinta sesión, la misma que se desarrollará sobre temas que se muestran de manera repetitiva en los discursos de las sesiones pasadas. -El tema a trabajar en esta sesión es sobre quiénes son ellas después de la enfermedad.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Mantener un ambiente de confianza con las integrantes del grupo. -Recapitular el tema de la sesión anterior. -Evaluar si los temas de la semana pasada desarrollaron algún cambio en la dinámica de las pacientes.	-Se dedica un tiempo para hablar de cosas cotidianas que permitan disminuir la ansiedad que puede producir en las pacientes otras situaciones externas sucedidas durante la semana, para mantener también un ambiente adecuado de trabajo. -Realizar un resumen de lo trabajado la sesión anterior, logrando enganchar algunos elementos trabajados en la sesión anterior con la actual. -La evaluación se la realizará por medio de preguntas que puedan determinar si existió algún cambio (no se determina si es positivo o negativo) en alguna de las áreas de las pacientes; esto permitirá que se puedan identificar nuevos temas en los que será necesario trabajar posteriormente, en este caso las preguntas se desprendieron de la manera en la que se desarrollaron sus actividades durante la semana.	-Asociación Libre de Ideas.	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel Esferos	10 min.
DESARROLLO	-Desarrollar el tema propuesto para la sesión.	-Realizar una introducción con la finalidad de dar inicio al tema propuesto, haciendo énfasis en la elección del tema que se encuentra ligada a lo mencionado por ellas en sesiones pasadas.	-Asociación Libre de ideas -Interpretación y señalamientos	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES:	60 min.

	-Establecer la actividad por medio de la cual desarrollen la temática. -Socializar parte de la actividad con todas las integrantes. -Generar el espacio necesario para que todas las integrantes interactúen.	-La actividad que se desarrollará en este caso se trata de una carta que contenga todo lo que las pacientes quieran decir, ellas elegirán el destinatario y si lo comparten o no, como parte central debe contener la respuesta a la pregunta formulada: ¿quién soy yo?. -Al momento de socializar la actividad se pudieron establecer las devoluciones necesarias sobre lo que se veía, haciendo aclaraciones y deteniéndonos en las partes más significativas de lo compartido por las integrantes. -Mientras se desarrolla la sesión asegurarse de que todas las pacientes puedan participar de manera activa.	-Observación	Hojas de papel Esferos	
CIERRE	-Realizar un cierre terapéutico por medio de una recapitulación de lo trabajado.	-Breve recapitulación de lo trabajado en la sesión. -Cada una de ellas decide que realizar con la carta que escribieron. -Se fija el tema que se trabajará la siguiente sesión con todas las integrantes a manera de enganche. -El cierre de esta semana se realizará la siguiente sesión para lo que se necesita la culminación de la actividad con la entrega de la carta a su destinatario.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.
LOGROS	-En esta sesión se consideró necesario trabajar sobre el tema de quién eran ellas, pues en la sesión se pudo evidenciar dentro de los discursos mucho arrepentimiento sobre las cosas que hicieron y no hicieron. -En esta sesión se pudo trabajar lo que son ahora, luego de la enfermedad, pues se detectó la necesidad de reafirmar las capacidades y cualidades de las pacientes de manera positiva. -Por medio de la actividad realizada se logró que las pacientes pudieran expresar en quiénes se han convertido y decir las cosas que no siempre se decían, se trabajó en ellas, el mirarse más a sí mismas y que pudieran reconocer sus necesidades, pues fueron conscientes de que nunca se dieron tiempo para ellas y hacían todo por los demás llegando a hacerse cargo de cosas que para ellas				

	eran ajenas. Como logro las pacientes se desprendieron de cargas familiares que llevaban consigo, reconocieron lo que realmente les corresponde. -Buscan expresarse y desahogarse en otros espacios, no solo en el ofertado por medio del trabajo grupal, sobre todo con las personas con quienes más conviven, se identificó la existencia de muchas dificultades en torno al manejo de la comunicación, para lo cual fue necesario realizar un paréntesis al trabajo y organizar una especie de asesoría con la finalidad de poder mejorar las relaciones con lo demás, aunque o se tratara del tema central. -La actividad fue diseñada con la finalidad de que hicieran lo que quisieran con la carta, muchas de ellas eligieron compartirlo con sus familias por lo que los resultados de esta actividad se evaluarán la siguiente sesión. -Además por medio de la actividad las pacientes pudieron desahogarse emocionalmente.

Tabla 4.10:
Matriz operativa sexta sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Analizar los discursos de las pacientes emitidos en la sesión pasada. -Identificar los temas en los que se debe trabajar en esta sesión.	-Revisión de los apuntes tomados en la quinta sesión para determinar la metodología y el orden de trabajo de la sexta sesión, la misma que se desarrollará sobre los elementos identificados en los discursos de las sesiones pasadas. -El tema a trabajar en esta sesión es la re-significación de la enfermedad.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Mantener un ambiente de confianza con las integrantes del grupo. -Realizar el cierre de la sesión anterior. -Evaluar si los temas de la semana pasada desarrollaron algún cambio en la dinámica de las pacientes.	-Se dedica un tiempo para hablar de cosas cotidianas que permitan disminuir la ansiedad que puede producir en las pacientes otras situaciones externas sucedidas durante la semana. -Para la realización del cierre de la sesión pasada se evalúa como se dio el desarrollo de la entrega de la carta a los destinatarios, para luego finalizar haciendo ciertas interpretaciones. -La actividad antes realizada servirá como una forma de evaluación de la sesión pasada.	-Asociación Libre de Ideas	HUMANOS: Investigadora Participantes	20 min.
DESARROLLO	-Desarrollar el tema propuesto para la sesión. -Otorgar un nuevo significado a la enfermedad. -Generar el espacio	-Realizar una introducción al tema establecido para esta sesión que se ha determinado en base a lo observado en las sesiones anteriores. -Las pacientes por medio de su discurso explicaron cuál es el significado que le han dado a la enfermedad en ese momento. -Encaminar el discurso de las pacientes para que	-Asociación Libre de ideas -Interpretación y señalamientos -Observación	HUMANOS: Investigadora Participantes	60 min.

	necesario para que todas las integrantes interactúen.	puedan darle un significado positivo a la enfermedad. -Realizar devoluciones e interpretaciones de manera que las pacientes puedan llegar a cumplir los objetivos que se plantearon para el desarrollo de la sesión. -Mientras se desarrolla la sesión asegurarse de que todas las pacientes puedan participar de manera activa.			
CIERRE	-Realizar un cierre terapéutico por medio de una recapitulación de lo trabajado. -Valorar el desarrollo de la sexta sesión. -Desarrollar una actividad de cierre.	-Breve recapitulación de lo trabajado en la sesión, haciendo devoluciones que permitan a las integrantes tomar en cuenta lo más importante, para concluir con el tema. -Para la valoración se ha pedido a las pacientes que realicen una lista de cosas positivas y negativas de la enfermedad, evidenciando que la lista de las cosas positivas es mayor. -Se fija el tema que se trabajará la siguiente sesión con todas las integrantes a manera de enganche.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel Esferos	10 min.
LOGROS	-La temática de la sesión se establece como una continuación de los temas que no se han podido trabajar en sesiones anteriores, pues por medio del discurso de las pacientes se ha podido determinar que a la enfermedad le han otorgado un sinnúmero de características negativas, basadas en la experiencia que tuvieron durante todo el proceso. -Durante la sesión se logró darle un giro a la visión negativa, pues se le atribuyó a la enfermedad características positivas y para lograrlo fue necesario analizar cada una de las áreas en las que se desarrollan habitualmente las pacientes, para ir desglosando cuáles son las cosas que han cambiado, llegando a la conclusión de la enfermedad les ha dejado la unión de su familia, el apoyo de gente que no imaginaban que lo haría, el sentirse queridas, el valorar todos los días nuevos que tienen, entre otros. -Fue necesario usar la ganancia secundaria de cada una para usarla a su favor también, haciendo ciertas diferenciaciones en su uso, en este caso fue para reafirmar lo que se estaba trabajando. -El logro de esta sesión se centra en que las pacientes han generado un nuevo sentido a todo el proceso por el que atraviesan y apoyadas en la ganancia secundaria la resignificación se da en torno al sentirse más queridas, importantes para los demás. -Como actividad de cierre y evaluación de la sesión se ha realizado una lista de cosas positivas y negativas de la enfermedad, la finalidad de esta actividad no es darle una visión positiva a la enfermedad, el mismo proceso dificulta hacerlo, pero si se pudo darle un sentido positivo a las cosas que les ha dejado, por lo que la lista que elaborada tuvo un mayor número de cosas positivas que negativas.				

Tabla 4.11:
Matriz operativa séptima sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Analizar los discursos de las pacientes emitidos en la sesión pasada. -Identificar los temas en los que se debe trabajar en esta sesión.	-Revisión de los apuntes tomados en la sexta sesión para determinar la metodología y el orden de trabajo de la séptima sesión, la misma que se desarrollará sobre el tema que quedó inconcluso de la tercera sesión. -El tema a trabajar en esta sesión es sobre la imagen de las pacientes frente al cáncer.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Mantener un ambiente de confianza con las integrantes del grupo. -Recapitular el tema de la sesión anterior. -Evaluar si los temas de la semana pasada desarrollaron algún cambio en la dinámica de las pacientes.	-Se dedica un tiempo para hablar de cosas cotidianas que permitan disminuir la ansiedad que puede producir en las pacientes otras situaciones externas sucedidas durante la semana, para mantener también un ambiente adecuado de trabajo. -Realizar un resumen de lo trabajado la sesión anterior. -La evaluación se la realizará por medio de preguntas que puedan determinar si existió algún cambio (no se determina si es positivo o negativo) en alguna de las áreas de las pacientes; esto permitirá que se puedan identificar nuevos temas en los que será necesario trabajar posteriormente, en este caso aumentar alguna cosa positiva a la lista desarrollada en la sesión anterior.	-Asociación Libre de Ideas	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.
DESARROLLO	-Realizar una actividad de inicio a la temática. -Desarrollar el tema propuesto para la sesión.	-La sesión se inicia con la presentación de dos fotografías de personas que cumplen con los estereotipos de na mujer sana y una mujer con cáncer, aparentemente las respuestas fueron las correctas, más la actividad se diseñó para poder evaluar hasta dónde los estereotipos de la sociedad han podido influencia en ellas, en cuanto a la imagen que proyectan.	-Asociación Libre de ideas -Interpretación y señalamientos -Observación -Técnica Visual	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Fotografías	60 min.

	-Generar el espacio necesario para que todas las integrantes interactúen. -Socializar parte de la actividad con todas las integrantes.	-El tema central de la sesión está enfocado en trabajar cómo fue le cambio de su imagen física a consecuencia de la enfermedad y como se proyectaban ante los demás. -Al momento de socializar la actividad se pudieron establecer las devoluciones necesarias sobre lo que se veía, haciendo aclaraciones y deteniéndonos en las partes más significativas de lo compartido por las integrantes. -Mientras se desarrolla la sesión asegurarse de que todas las pacientes puedan participar de manera activa.			
CIERRE	-Realizar un cierre terapéutico por medio de una recapitulación de lo trabajado. -Pre cierre de la intervención grupal. -Evaluación de las sesiones.	-Breve recapitulación de lo trabajado en la sesión. -Se realiza un cierre de la sesión en donde se retoma lo más importante de lo mencionado por ellas mismas. - Además se realiza un pre cierre de toda la intervención, haciendo un pequeño resumen de todas las temáticas que se han trabajado durante estas 7 sesiones. -Se les proporciona a las pacientes un cuestionario construido con la finalidad de validar en trabajo y los resultados obtenidos, así mismo se les proporciona uno extra para que pueda ser llenado por algún familiar con el mismo objetivo.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos	HUMANOS: Investigadora Participantes	20 min.
LOGROS	-Esta temática es retomada de la sesión 3 en donde se evidenció la necesidad de trabajar sobre la imagen que ahora proyectan las pacientes luego de la enfermedad, pues en muchos de los casos el cambio se ha notado mucho en la parte física. -Se pudo evidenciar por medio del discurso que las pacientes lo afectadas que se vieron a causa de las consecuencias de la enfermedad, como la caída del cabello, bajo peso, cambio del color y pigmentación de la piel, caída de cejas y pestañas, debilitamiento de las uñas, constantes infecciones a nivel oral, entre otras; muchas de estas manifestaciones les obligaron a no querer salir de casa ni ver a nadie, pues en muchas ocasiones se encontraron con gente cuya reacción no era la más adecuada.				

	-Se logra determinar que los cambios se ven físicamente son temporales, y que depende mucho del estado de ánimo la imagen que proyecten a los demás, terminando con los estereotipos los cuales han aportado significantes para las pacientes, era necesario reemplazar esos significantes por otros que llenaran ese real que no ha podido ser expresado por ninguna de ellas, el beneficio para el desarrollo de esta sesión fue el contar con una paciente que ya había pasado por todo este proceso y en este momento se encuentro en controles más el tratamiento terminó, por lo que su cambio ha sido significativo lo que fue observado por las demás pacientes y nuevamente se pudo observar el beneficio de la identificación y el trabajo grupal, pues por medio de su discurso las pacientes restantes pudieron verse reflejadas en ese caso. -Al final de la sesión se realiza el pre cierre de la intervención grupal, por medio de un resumen de todas las temáticas trabajadas durante todas las sesiones anteriores. Como parte de este pre cierre es necesario enviar a las pacientes una tarea a casa, cada una de ellas debe pensar sobre todo su proceso. Si bien es cierto el trabajo realizado se lo desarrolló de manera grupal, pero en este caso es necesario determinar cuáles son los cambios que más se perciben para luego socializarlas.

Tabla 4.12:
Matriz operativa octava sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
PREPARACIÓN	-Analizar los discursos de las pacientes emitidos en las todas la sesiones.	-Revisión de todos los apuntes de los discursos de las pacientes durante todo el proceso realizado, determinando los elementos que se trabajaron de manera puntual. -Análisis de las intervenciones realizadas por las pacientes durante todas las sesiones, al igual que la revisión de todas las actividades realizadas en sesiones pasadas.	-Observación	HUMANOS: Investigadora MATERIALES: Hojas de papel	1 hora
INTRODUCCIÓN	-Mantener un ambiente de confianza con las integrantes del grupo. -Determinar la metodología de trabajo de la sesión. -Evaluación de los niveles de ansiedad posterior a la intervención terapéutica. -Realizar una introducción al tema de esta sesión.	-Se dedica un tiempo para hablar de cosas cotidianas que permitan disminuir la ansiedad que puede producir en las pacientes otras situaciones externas sucedidas durante la semana, para mantener también un ambiente adecuado de trabajo. -Por tratarse de la última sesión se realiza una nueva división del trabajo y de los tiempos a usar pues en esta sesión se han introducido nuevas actividades necesarias para la medición de los niveles de ansiedad. -La evaluación de los niveles de ansiedad es necesario realizarlos para tener un claro panorama de cómo se ha desarrollado la intervención y si se han obtenido resultados positivos de la misma. Se trata de la aplicación de la misma escala de ansiedad que se usó en un inicio, antes de la intervención grupal, por lo que las pacientes conocen el manejo de la herramienta. -Al tratarse de una sesión de cierre la introducción estará realizada en base a la sesión anterior donde se hizo un pre cierre.	-Asociación Libre de Ideas -Técnica Psicométrica de Evaluación	HUMANOS: Investigadora Participantes MATERIALES: Hojas de papel Esferos	20 min.

DESARROLLO	-Desarrollar el tema propuesto para la sesión. -Analizar lo descrito por las pacientes como parte de su evaluación. -Generar el espacio necesario para que todas las integrantes interactúen.	-La sesión se desarrolla en torno a lo trabajado en sesiones anteriores, como una recopilación de todos los elementos analizados. -En la sesión pasada se pidió a las pacientes que realizaran una evaluación personal del proceso, donde cada una de ellas analizaría que es lo que le dejó el trabajo grupal, qué cosas ha cambiado y qué debería seguir trabajando. -Analizar las respuestas de las pacientes y realizar las últimas devoluciones con la finalidad de que cada una de las pacientes puedan realizar su propio cierre. -Mientras se desarrolla la sesión asegurarse de que todas las pacientes puedan participar de manera activa.	-Asociación Libre de ideas -Interpretación y señalamientos -Observación	HUMANOS: Investigadora Participantes	60 min.
CIERRE	-Realizar el cierre terapéutico del proceso. -Recolección de los medios de evaluación propuestos. -Realizar una breve despedida entre las integrantes del grupo. -Establecimiento de una nueva sesión para la entrega de los resultados obtenidos.	-Se realiza el cierre de la intervención grupal, dejando una devolución de los temas abordados. -Las pacientes realizan su propio cierre llegando a una conclusión del desarrollo de todo el proceso. -Recolección de las encuestas diseñadas como medio de evaluación dirigidas a los familiares de las pacientes. -La despedida se realiza una vez terminado la parte propia del proceso, pues se trata de una actividad que corresponde a la parte afectiva de las pacientes. -El establecimiento de una nueva sesión para la entrega de los resultados se lo hace fuera de un proceso terapéutico, pues tan solo se requiere socializar los resultados obtenidos por las pacientes dentro de este proceso.	-Retroalimentación -Interpretación y señalamientos	HUMANOS: Investigadora Participantes	10 min.

LOGROS	-Al tratarse de la última sesión los objetivos plateados se desarrollaron alrededor del cierre del proceso terapéutico, por lo que era necesario evaluar, no solo por medio de medios psicosométricos sino también de la observación en cada uno de los casos. -La devoluciones que se realizaron pudieron poner énfasis a los elementos que se han trabajado durante todo el proceso, analizando cómo han afectado al desenvolvimiento de la vida en general de las pacientes, los mismos que han sido aportados con los comentarios de la pacientes pudiendo ser evidente que han podido desarrollar un nivel de evaluación de temas que antes les resultaba de difícil abordaje. -De manera paralela se ha podido lograr asesorar a las pacientes en algunos temas en los que se observó que pudieron presentar problemas de afrontamiento con la finalidad de mejorar sus relaciones, lo que se ha podido determinar, por medio de los discursos, que ha existido un mejoramiento en las relaciones con los demás. -En cuanto a la despedida era una actividad necesaria de realizar pues se propició un espacio para que las pacientes pudieran compartir un espacio donde se evidenció la existencia de lazos afectivos, era evidente que en ellas se llegó a desarrollar una cohesión grupal que fue beneficioso para el desarrollo de la intervención y para lograr la obtención de resultados positivos. Por medio de esta actividad cada una de ellas habló desde su perspectiva lo que las demás han significado en este proceso para ellas, llegando a conocer que todas las pacientes consideraron que el espacio brindado y las personas que conformaban el ambiente en el que se desarrolló la intervención se convirtieron “en su apoyo”, pues a pesar de en un inicio haber sido unas desconocidas pudieron compartir más, que lo que generalmente lo hacen con gente de su medio. Al ver la cohesión que se ha desarrollado se deja abierta la posibilidad de retomar el trabajo en otro momento. -Uno de los logros de esta sesión fue el reconocimiento por parte de las pacientes de querer iniciar su proceso terapéutico individual.

Tabla 4.13:
Sistematización de logros de psicoterapia grupal

OBJETIVO GENERAL	DIMENSIONES	LOGROS
Disminución de los niveles de ansiedad	Empatía Encuadre	Establecimiento de buen rapport para el desarrollo del trabajo grupal donde se pueda generar un buen espacio y ambiente de trabajo para las pacientes. Inicio del proceso de adaptación al grupo por parte de las integrantes. Conocimiento de la metodología de trabajo donde cada una de las integrantes lograron conocer cómo se va desarrollar el proceso durante cada sesión.
	Sentimiento de unicidad	Alcanzado por medio del proceso de identificación durante todas las sesiones, este fue uno de los objetivos del desarrollo de la intervención grupal que pretende generar un espacio donde personas con la misma condición de vida se reunieran, siendo este el tema central en el cual ha sido el foco del proceso de psicoterapia. Por medio de sus discursos se podía enlazar desde el imaginario de cada una las experiencias que han tenido que vivir desde el momento del diagnóstico.
	Relaciones familiares e interpersonales	Por medio de trabajo grupal las pacientes han podido dar un nuevo sentido a las “actitudes y respuestas” que obtenían por parte de sus familiares, logrando hacer insight sobre todo de las respuestas que en ellas causaban mayor molestia. Se logra evidenciar que con el paso de las sesiones se ha disminuido la queja de las pacientes sobre sus familiares, sobre todo de sus parejas. Cambio que ha sido más evidente en dos pacientes, quienes han podido pasar de la queja a la demanda, donde han podido comprender exactamente cuáles son sus necesidades y las han diferenciado de las de los demás. De manera paralela se hace un asesoramiento sobre el manejo de conflictos.
	Excesiva preocupación y temores sobre la enfermedad	Cambio de la forma de expresión de sus emociones. Todas las pacientes presentaban las mismas formas de expresión emocional (llanto constante); uno de los objetivos de la intervención grupal era el ofrecer a las pacientes un espacio de desahogo diferente al que conocían, lograron desarrollar nuevas formas de exteriorizar sentimientos, pues por medio del uso de la Asociación Libre de Ideas se dejó de limitar su discurso, como habitualmente lo hacían, haciéndolo en ellas habitual el uso de esta técnica.
	Nuevo significado de la enfermedad	Al hablar de un nuevo significado de la enfermedad se debía considerar el que todas las pacientes han logrado generar un nuevo sentido a todo el proceso por

Disminución de los niveles de ansiedad		el que están atravesando, por ejemplo: Mencionaron haber adquirido mayor cohesión al interior del grupo familiar, generando nuevas emociones pues mencionan sentirse más cuidadas y queridas, la posibilidad de conseguir trabajo más rápido gracias a la mayor seguridad en sí mismas, entre otros que adquirieron a través del corto proceso grupal.
	Ganancia secundaria	Insight sobre las ganancias secundarias que les ha dejado la enfermedad, enfocada en las relaciones familiares. Uso de la ganancia secundaria para reafirmar cambios, considerando que esta ganancia se ha presentado en diferentes etapas de su vida y no solo durante la enfermedad. En el caso de una de las pacientes se pudo diferenciar el uso que estaba haciendo de su ganancia pues en muchas ocasiones prefirió volver a presentar quebrantamientos en su vida para que su familia se preocupara un poco más de ella. Nuevamente es evidente el paso de la queja a la demanda lo que ha generado en las pacientes la necesidad de retomar su proceso de psicoterapia individual (en uno de los casos) y en otro el poder iniciar su proceso donde se elaboren aspectos personales que durante este espacio no se lo ha podido realizar evitando desviar el trabajo del foco central de la terapia.
	Feminidad	Elaboración de la “falta” por la extracción de la zona afectada por la enfermedad (ovario y mama). Cada una de las pacientes elabora el duelo de su propio cuerpo, sobre todo el que se da al presentarse ante sus parejas, exponiendo las secuelas que la enfermedad ha dejado en su parte física. La elaboración del duelo también significó en algunos casos el hacer parte de este proceso a sus parejas, pues desde la llegada de la enfermedad el aspecto íntimo se había dejado de lado, por lo que el trabajo se basó en analizar también el discurso de sus parejas, el mismo que en todos los casos fue repetitivo, estableciendo un nuevo proceso de conocimiento de su “nuevo” cuerpo, no solo para la paciente sino también para su pareja.
	Imagen corporal	La imagen corporal se conforma por medio de todo un proceso durante la vida de las pacientes, en este proceso ha tenido mucho peso la mirada del otro, por lo que era necesario reconfigurarla como se lo hizo en el caso de la feminidad. Las pacientes han logrado desprenderse de los estereotipos y las conceptualizaciones sobre la belleza femenina que está íntimamente ligada a la

Disminución de los niveles de ansiedad		imagen que ellas proyectan hacia los demás. También han logrado generar nuevas ideas sobre la imagen de la mujer con cáncer y sobre cada una de las cicatrices o marcas que les han dejado la enfermedad, las mismas que en un inicio podían ser consideradas como medios para generar lástima o dolor en los demás (sentimiento que rechazan) ahora se les ha otorgado nuevos significantes que no se encuentran relacionados con los estereotipos otorgados por la sociedad. Como se trata de un nuevo cuerpo al se están enfrentado fue necesario también lograr una nueva percepción de su propia imagen y generar un proceso de valoración física, que fue uno de los temas que más impacto causó en ellas. Además cada una de las integrantes pudo reconocer la forma en cómo se estaban presentado ante las demás personas.
	Percepción de su forma de vida	Se ha logrado en primera instancia que las pacientes logren verbalizar su discurso en el aquí y el ahora, enfocándose en lo que durante ese momento experimentaban, sin dejar de lado también sus experiencias pasadas. Para desarrollar este punto fue necesario considerar el hecho de que por ser portadoras de esta enfermedad su cercanía con la muerte era mucho más evidente lo que generó en ellas gran cúmulo de ansiedad, para combatir este sentimiento fue necesario que las pacientes pudieran darle un nuevo sentido al vivir. Se logró considerar que todos estamos expuestos a un nivel diferente de morir, mas no por eso se han dejado de hacer ciertas actividades, logrando que las pacientes retomen las actividades que dejaron de lado, en dos de los casos retomaron su trabajo, con ciertas limitaciones por su salud, mientras que las otras dos pacientes lograron trazarse nuevas metas que luego de un tiempo pudieron desarrollar. Dejan de lado la rutina y son conscientes de cada cosa que hacen.
	Capacidades y cualidades de las pacientes	Reafirmación de sus características, ¿quiénes son y en qué se convirtieron para los demás? A partir de su enfermedad muchas de las pacientes desarrollaron un significado propio que no contenía características positivas de sí mismas. El trabajo se centra en elaborar el sentimiento de culpa que se evidenciaba repetitivamente dentro de su discurso, conforme han pasado las sesiones esta culpa ha ido disminuyendo y han logrado desprenderse de cargas familiares que hicieron propias. Ahora logran diferenciar lo que les corresponde y lo que no.
	Desahogo emocional	Contención realizada a lo largo de todas las sesiones por parte de la terapeuta y de las demás integrantes, como ya se mencionó se estableció un nuevo espacio

Disminución de los niveles de ansiedad		de desahogo emocional, logrando que las pacientes pudieran realizar una descarga emocional ligada a acontecimientos que para ellas, en su momento, fueron traumáticos como parte del proceso de la enfermedad y que durante mucho tiempo lo evitaron, llegando incluso a negar dicho aspecto, llegando a lograr en ellas un estado de abreacción en diferentes puntos del proceso el mismo que se pudo manejar con un adecuado cierre. Por la condición en la que vivían este grupo de mujeres experimentaban un gran cúmulo de angustia, topando de cerca lo real. Esta angustia necesitaba ser apalabrada por lo que era necesario otorgándole nuevos significantes que lograran llenar ese vacío generado por la angustia.
	Cierre terapéutico	Como parte del cierre las mismas integrantes realizaron una actividad de cierre en el cual se mencionaron puntos trabajados como: Alto nivel de enfrentamiento a temas que antes les resultaban difíciles. Elaboración de duelos. Resignificación de varios elementos Elecciones significativas a partir de este proceso. Autoevaluación sobre los logros de todo el proceso. Posibilidad de retomar el trabajo grupal e individual en otro momento.

4.5. Proceso de evaluación preliminar.

Como parte del proceso de evaluación se estableció la construcción de fichas de evaluación de las sesiones trabajadas con el grupo de pacientes que fueron presentadas anteriormente, donde se han presentado también los logros de cada sesión y el análisis de ellos. Por otra parte para dar sustentación y validación al trabajo que se ha realizado fue necesario realizar una nueva evaluación, esta se desarrolló con dos grupos de personas a quienes llamaremos los beneficiarios internos y externos de la intervención; los beneficiarios internos fueron las mismas pacientes que conformaron el grupo de intervención psicológica, y los beneficiarios externos sus familiares.

Para la evaluación fue necesaria la construcción de una encuesta en donde se incluyeran preguntas que hacen referencia únicamente al proceso y al tiempo en el que se desarrolló este. Las encuestas para los familiares se desarrollaron de la misma forma, a continuación se presentarán los resultados obtenidos.

4.5.1. Análisis de la evaluación preliminar a pacientes.

En esta sección se presentarán los resultados obtenidos en la encuesta de evaluación aplicada a las pacientes que conformaron el grupo de intervención, la evaluación se realizó con una escala de SI, NO, EN PARTE que se presenta en los gráficos a continuación.

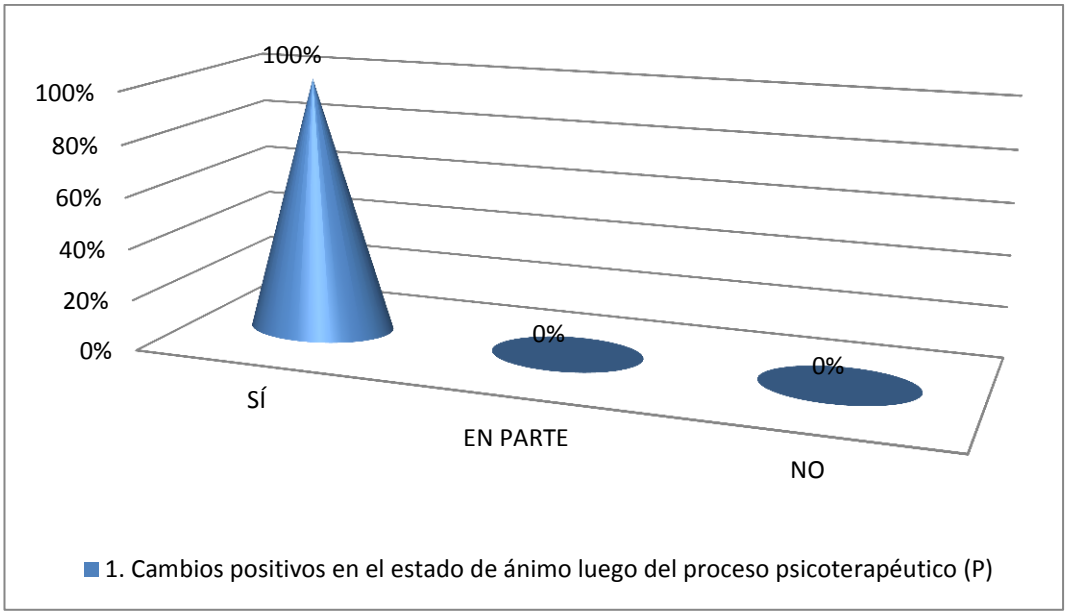


Gráfico 4.19: *Cambios positivos en el estado de ánimo*

El gráfico 4.19 presenta la respuesta de las pacientes sobre su percepción de cambios positivos en su estado de ánimo luego del proceso psicoterapéutico, el 100% de las encuestadas ha contestado que sí.

Los cambios del estado de ánimo en las pacientes se pudieron evidenciar durante el transcurso del proceso terapéutico, por medio de sus intervenciones espontáneas, presencia física y por medio de los discursos emitidos por cada una de ellas, los que reflejaban el estado de ánimo. Además este estado ha sido evaluado desde el inicio de las sesiones, donde se destinaba un tiempo para habla de temas cotidianos en la vida de las pacientes.

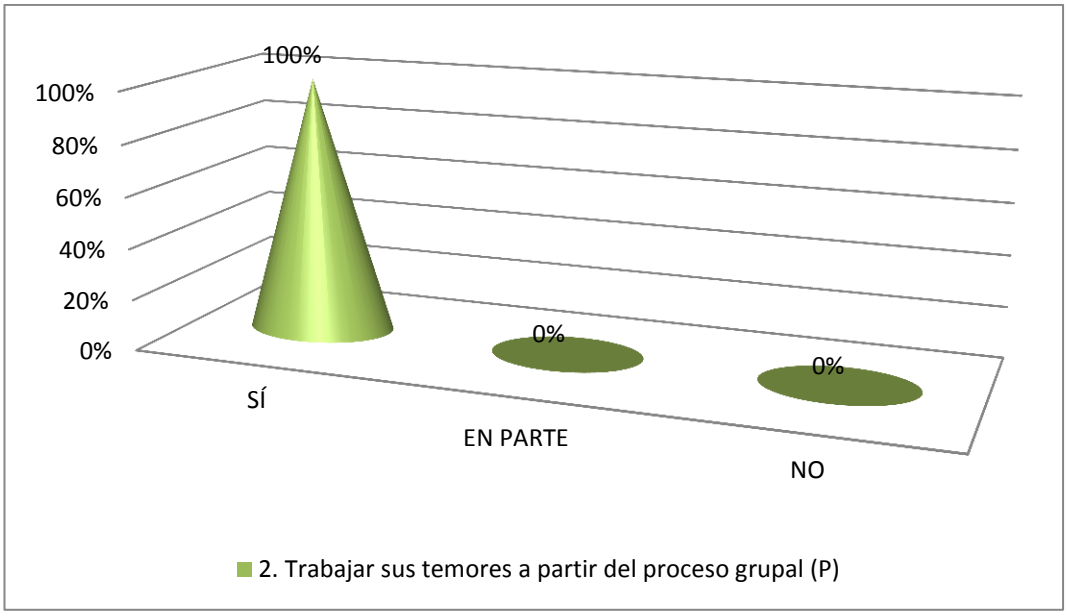


Gráfico 4.20: *Trabajo de temores a partir del proceso*

El gráfico 4.20 contiene las respuestas de las encuestadas sobre el tema de los temores, refiriéndose con esto a los temores generados en torno a la enfermedad. Los resultados obtenidos es del 100% de las encuestadas quienes contestan que sí.

Se trata de uno de los temas importantes que fueron trabajados en cada una de las sesiones de manera indirecta, pues por medio de la observación y a entrevista individual realizada previo a la conformación del grupo se pudo determinar que las pacientes contaban con un gran número de temores, los mismos que se fueron trabajando llegando a obtener un resultado positivo reflejado en las respuestas obtenidas en esta pregunta.

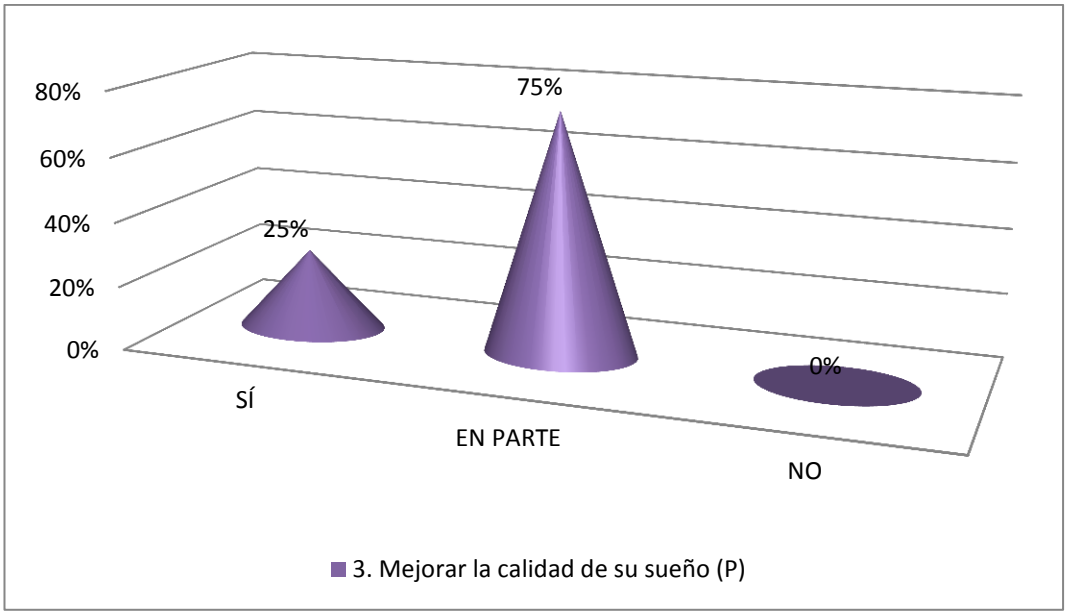


Gráfico 4.21: *Mejoramiento de la calidad del sueño*

Las respuestas de esta pregunta referente a la calidad del sueño en las pacientes, ha presentado el 75% con una respuesta de "en parte" y el 25% con una respuesta de "sí".

La pregunta fue considerada pues se trataba de una de las sintomatologías más importantes y más repetitivas, pues todas las pacientes manifestaron que su mayor problema era no poder dormir, lo que se vio reflejado también en la escala de ansiedad antes evaluada. Según lo mencionado por las pacientes, después de la intervención grupal la calidad de su sueño ha mejorado, más no completamente, pero al no presentar mayores preocupaciones este hábito se ha podido regular.

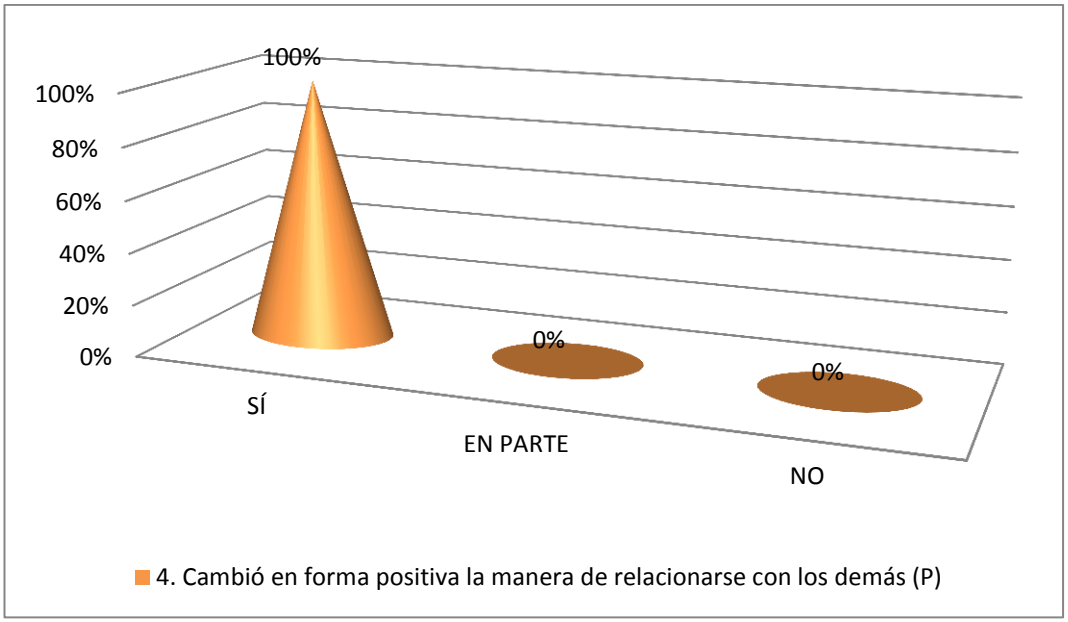


Gráfico 4.22: *Mejoramiento de las relaciones interpersonales*

El gráfico 4.22 representa las respuestas de las pacientes ante el mejoramiento de las relaciones interpersonales, haciendo énfasis, aún más a las relaciones con sus familiares. El 100% de ellas contesta que la forma de relacionarse con los demás ha mejorado. Por medio de los discursos de las pacientes se evidenció que la etapa en la que se encuentran las pacientes las aisló de sus actividades sociales y de sus propios familiares, más una vez concluido el proceso terapéutico pudieron observar un mejoramiento en esta área, retomando algunas de las actividades sociales que antes evitaban desarrollar.

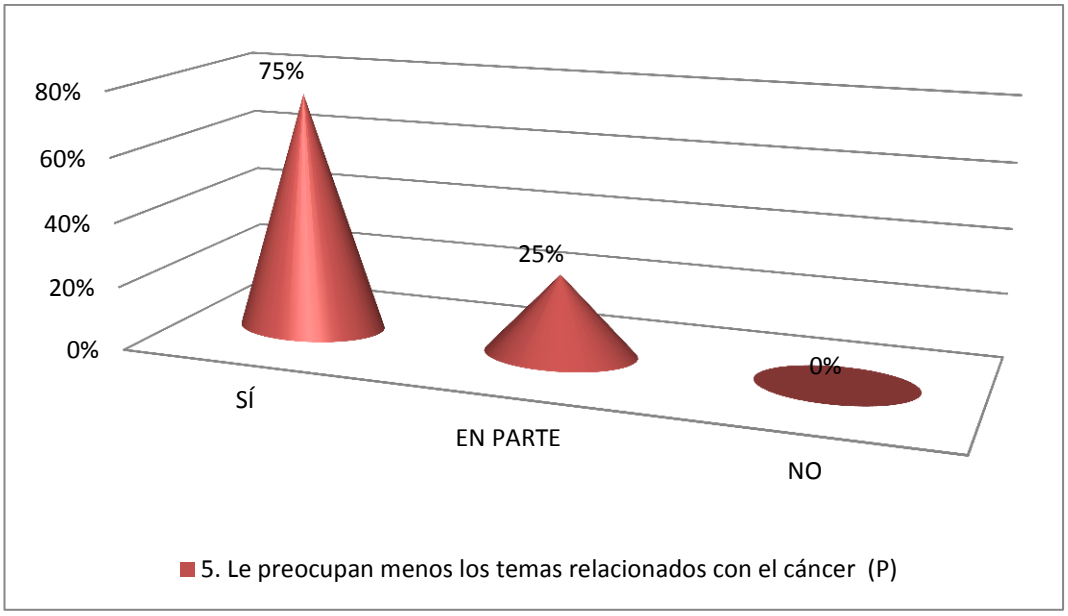


Gráfico 4.23: *Preocupación en cuanto a temas relacionado con el cáncer*

En cuanto a la preocupación por temas relacionados con el cáncer las pacientes contestaron en un 75% haber disminuido esta preocupación, mientras que el 25% restante menciona en parte haber disminuido su preocupación.

De la misma manera esta pregunta fue planteada ya que en un inicio las pacientes mencionaban que el desconocimiento de algunos temas relacionados con el cáncer les generaba grandes cúmulos de preocupación, durante la intervención también se usó algunos espacios para proporcionarles información técnica referente a estos temas, por lo que los resultados arrojan que la mayoría de ellas ya no presenta mayor preocupación referente a estos temas.

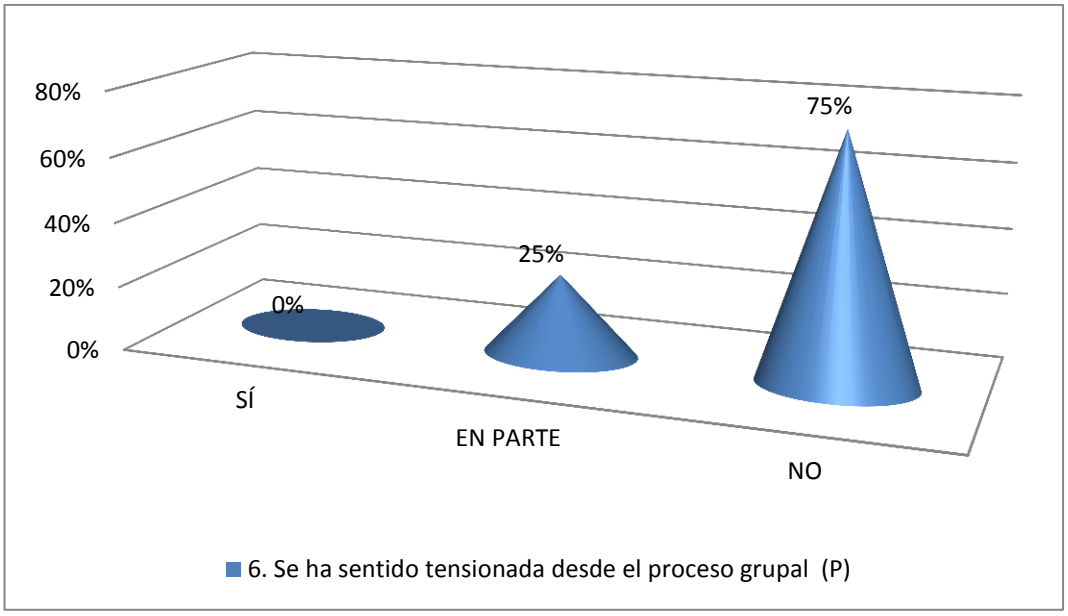


Gráfico 4.24: *Tensión posterior al proceso grupal*

El gráfico 4.24 se ha construido en base a los niveles de ansiedad experimentados por las pacientes posteriores a la intervención grupal. El 25% de ellas mencionan en parte sentirse tensionadas, el 75% responde no encontrarse tensionadas posterior al proceso terapéutico.

Los resultados encontrados luego de la intervención psicológica han presentado buenos resultados en este caso sobre los niveles de tensión en las pacientes, las cuales en un inicio se sentían afectadas por esta sintomatología que era recurrente en frecuencia e intensidad en la mayoría de los casos.

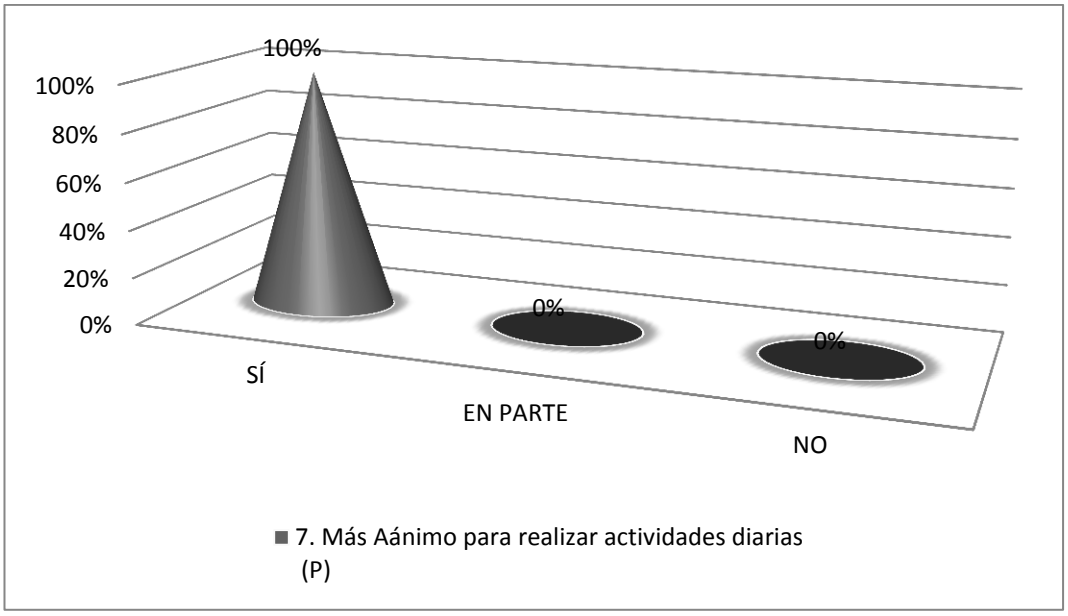


Gráfico 4.25: *Nivel de ánimo para realización de las actividades*

A causa de la enfermedad las pacientes mencionan haber perdido el interés en realizar las actividades que anteriormente las desarrollaban, en este caso el gráfico 4.25 refleja los resultados correspondientes a este ámbito, en donde las pacientes han mencionado en el 100% que han experimentado un mayor ánimo para la realización de las actividades diarias a partir de su participación dentro de la terapia grupal.

Uno de los objetivos latentes de este trabajo es que las pacientes pudieran retomar las actividades que desarrollaban anteriormente, con ciertas limitaciones correspondientes a su proceso médico, pero que éstas no sean significativas, pues en la mayoría de los casos las pacientes volvieron a cumplir sus roles dentro de sus hogares y otras retomaron sus actividades laborales, los resultados se evidencian en esta pregunta.

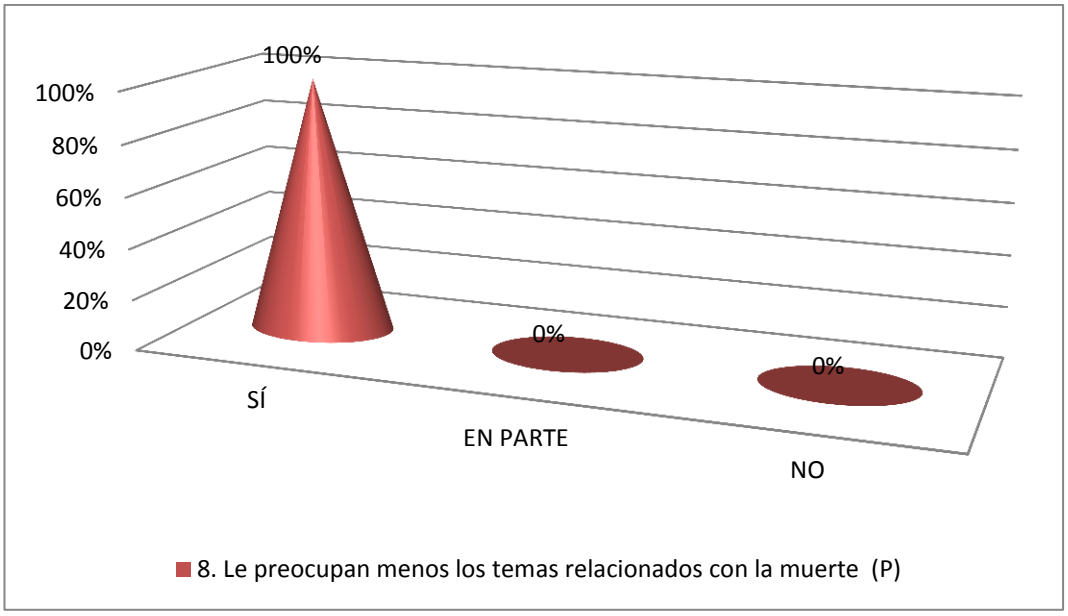


Gráfico 4.26: *Preocupación por temas relacionados con la muerte*

Los pensamientos relacionados con la muerte eran otros de los más recurrentes en las pacientes antes de iniciar la intervención grupal, las respuesta en torno a esta pregunta se ubicaron en un 100% como una disminución en la prevalencia de estos pensamientos.

Todas las pacientes manifiestan no tener pensamientos o ideas relacionadas con el tema de la muerte desde el inicio del proceso terapéutico, estos pensamientos han ido disminuyendo en frecuencia conforme se desarrollaban las sesiones y el proceso terapéutico iba avanzando, lo que se ha reflejado en las respuestas obtenidas por medio de esta evaluación.

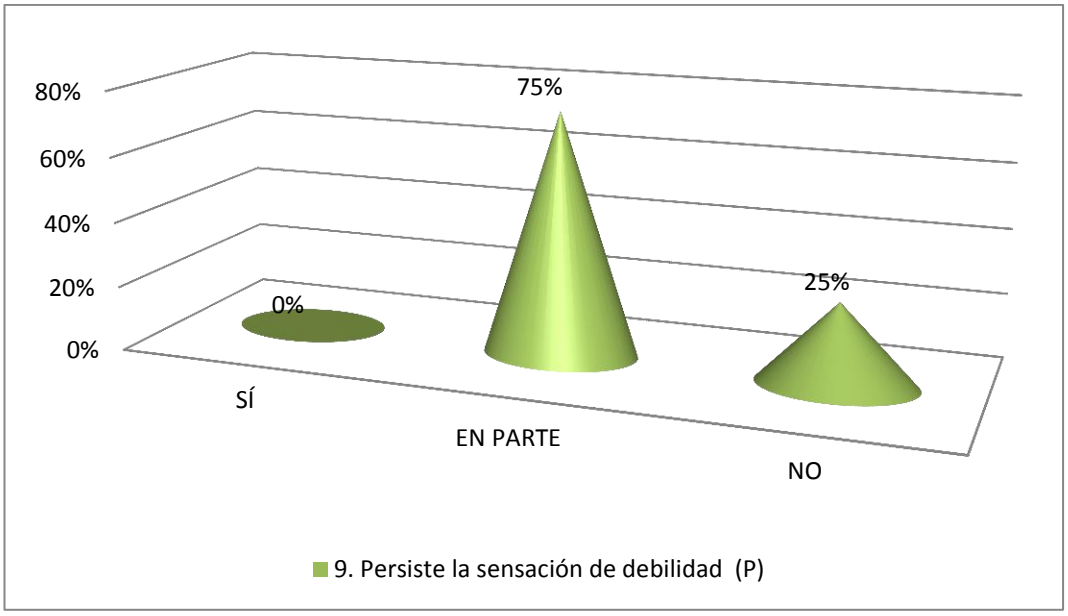


Gráfico 4.27: *Persistencia de la sensación de debilidad*

El gráfico 4.27 presenta uno de los síntomas más recurrentes en las pacientes, la sensación de debilidad, las respuestas de las encuestadas refleja que en el 75% de ellas persisten en parte la sensación de debilidad mientras que en un 25% ha desaparecido.

Como se mencionó anteriormente las pacientes que formaban parte del grupo de psicoterapia grupal se encontraban en tratamiento, claro está cada una de ellas en diferentes etapas y tipos, por lo que esta sintomatología es propia de la enfermedad que aún persiste y no se ha podido eliminar por completo en la mitad de ellas, más los niveles de intensidad que las aquejaba han disminuido y ahora son llevaderos.

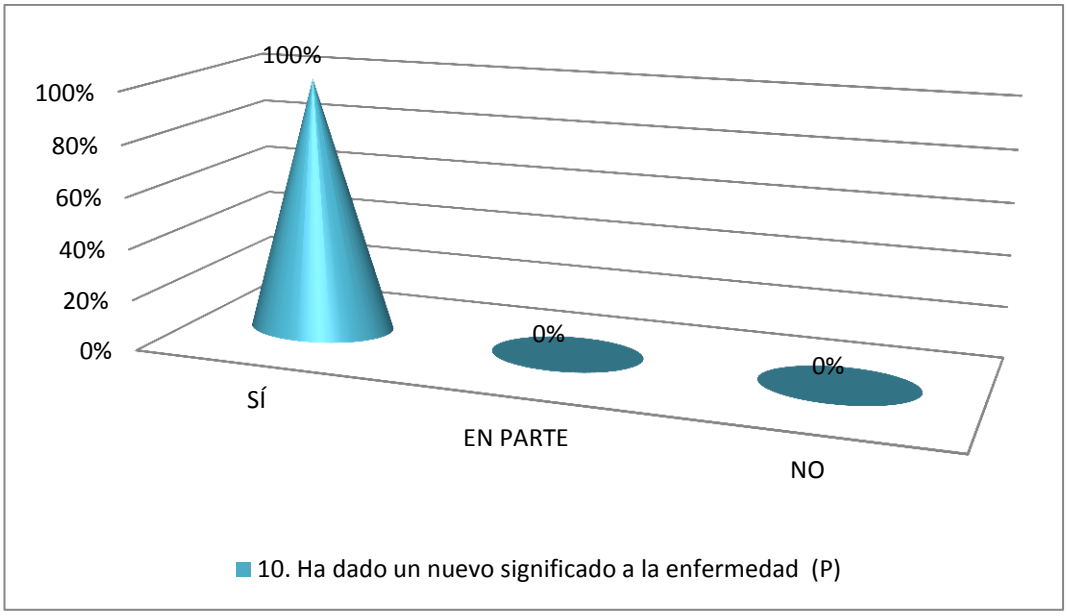


Gráfico 4.28: *Nuevo significado a la enfermedad*

En cuanto al significado que para ellas tenía la enfermedad, se trabaja en la intervención grupal para darle un nuevo significado por lo que se establece como una pregunta de evaluación el darle un nuevo significado a la misma, a lo que el 100% de las pacientes mencionó que sí.

Es necesario recordar que por las mismas características la enfermedad es considerada como destructiva para quien la padece por lo que el significado que las pacientes pudieron darle fue negativo en todo sentido tanto para ellas como quienes la padece como para sus familiares, el objetivo fue darle un nuevo significado positivo que les permitiera ver a la enfermedad como algo que aparte de destruir su soma pudo construir en ellas algo más que es lo que se trabajó en sesiones posteriores. Por los resultados obtenidos se puede establecer que se ha logrado realizar este objetivo.

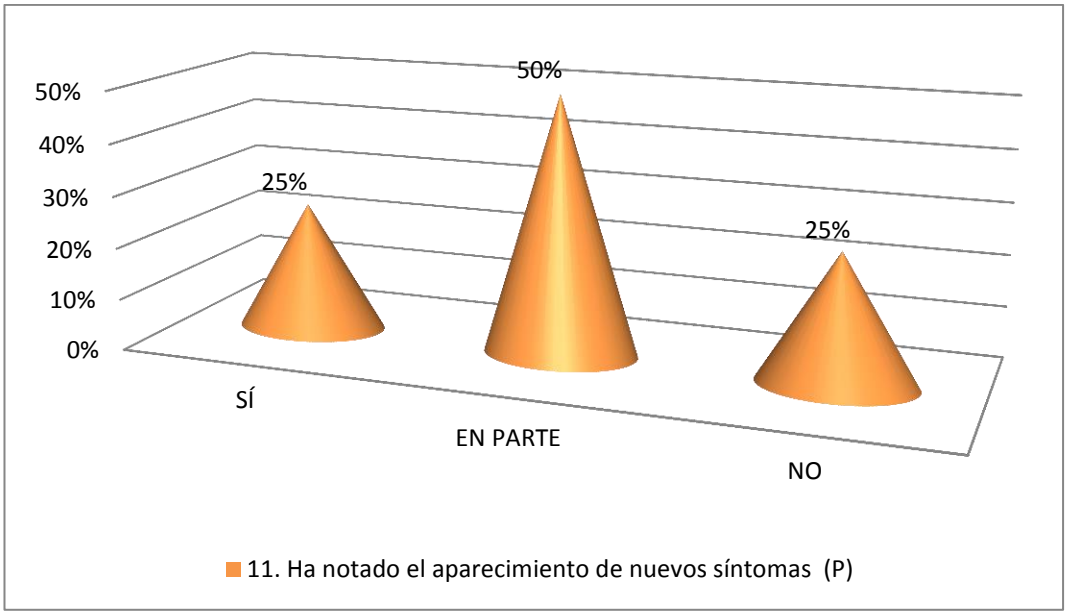


Gráfico 4.29: *Aparecimiento de nueva sintomatología*

A parte de la presencia de la sintomatología sobre la que se ha estado trabajando durante la intervención la cual se evaluó, el 25% de las encuestadas mencionan que si han notado nueva sintomatología, el 50% menciona que en parte y el 25% restante menciona no haber percibido le aparecimiento de nuevos síntomas.

Durante el desarrollo del proceso terapéutico, en algunas pacientes, se han evidenciado nuevos síntomas, aunque estos no han sido especificados por las pacientes se puede determinar que se trata de síntomas relacionados con la enfermedad que padecen, pues ésta aumenta las probabilidades de desarrollar nueva sintomatología asociada; mientras que en los demás casos se menciona que no ha existido presencia de nueva sintomatología como tal más existen nuevas molestias a nivel físico, mientras que una de las pacientes menciona no haber evidenciado nuevas molestias durante el proceso.

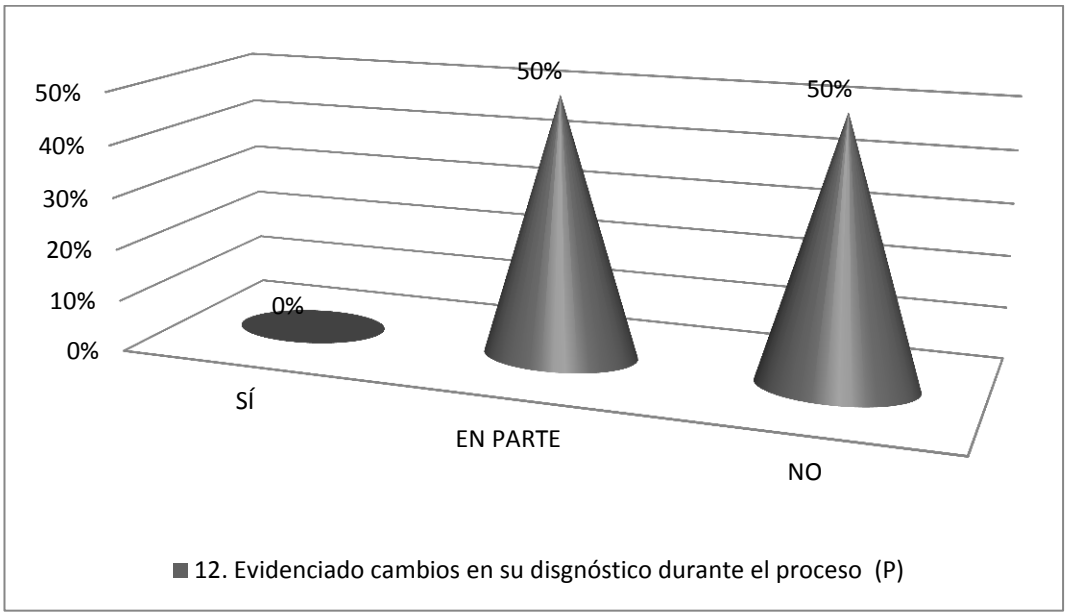


Gráfico 4.30: *Cambios negativos en los diagnósticos de las pacientes*

El gráfico 4.30 presenta los resultados obtenidos sobre la presencia de cambios negativos en el diagnóstico de las pacientes durante el proceso psicoterapéutico, los resultados obtenidos fueron en un 50% en parte y el 50% restante no.

Fue necesario formular esta pregunta pues en dos de los casos las pacientes durante el proceso fueron diagnosticadas con nuevos elementos a parte del diagnóstico inicial de cáncer con el que llegaron a formar el grupo, los mismos que fueron un factor determinante para el desarrollo de las sesiones en donde las paciente estaban preparadas para poder brindar contención emocional a las demás en diferentes momentos. Por el contrario en la otra mita de las encuestadas no se presentaron cambios negativos, por el contrario los diagnósticos mejoraron pues el avance durante el tratamiento fue evidente y el cambio no solo a nivel somático, sino también físico y anímico era evidente.

4.5.2. Análisis de la evaluación preliminar a familiares

Como parte del proceso de evaluación preliminar se establece la aplicación de la encuesta a los familiares con la finalidad de validar los resultados obtenidos una vez terminado el proceso de intervención psicoterapéutica. La encuesta aplicada contiene las mismas preguntas con las que fueron evaluadas anteriormente las pacientes. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

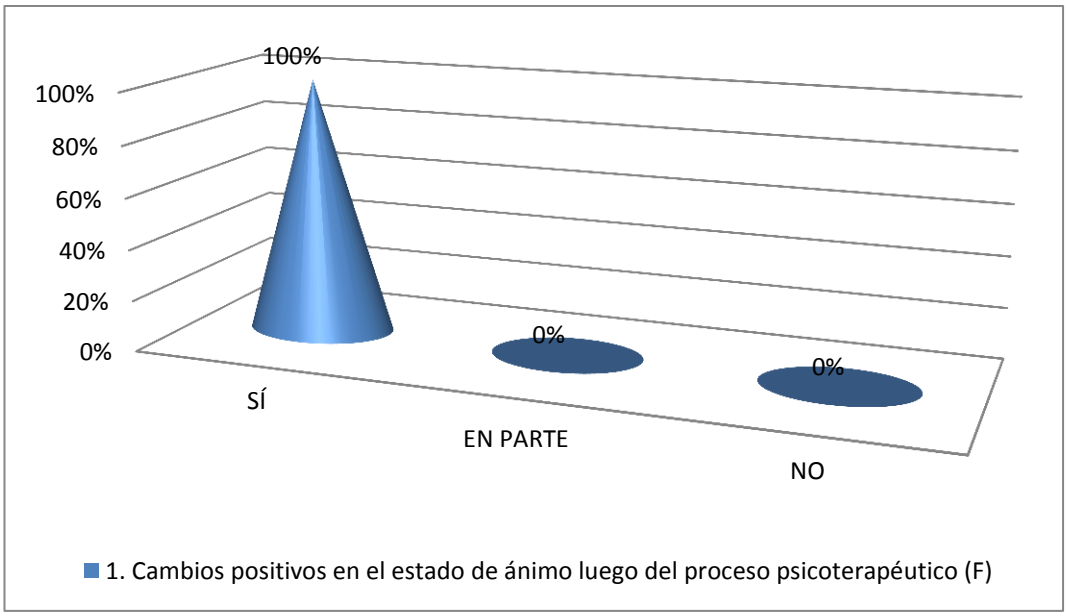


Gráfico 4.31: *Cambios positivos en el estado de ánimo (familiar)*

El 100% de los familiares que fueron encuestados manifiestan haber evidenciado cambios positivos en el estado de ánimo de sus familiares una vez terminado el proceso psicoterapéutico.

Los resultados son confiables ya que los mismos han podido ser evidenciados por personas cercanas a las pacientes con quienes comparten la mayor parte del tiempo y que también han vivido el proceso relacionado con el cáncer, lo que indica que se muestra una diferencia en cuanto al estado de ánimo de las pacientes.

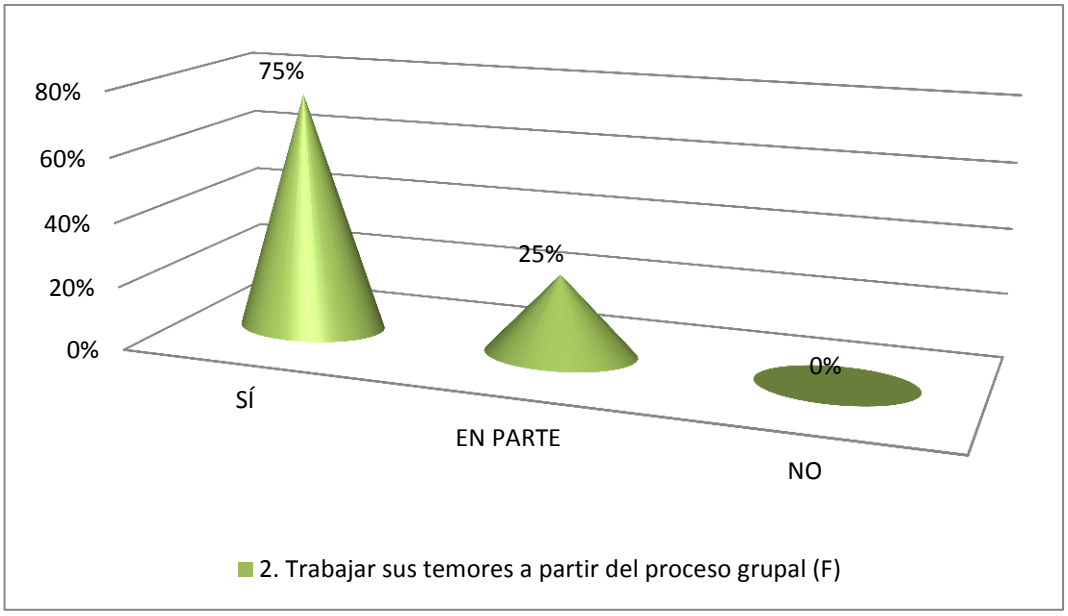


Gráfico 4.32: *Trabajo de temores después del proceso (familiar)*

El gráfico 4.32 presenta los resultados percibidos por los familiares sobre los temores presentados por las pacientes, el 25% de ellos menciona que se han trabajado "en parte", mientras que el 75% menciona que sí se han trabajado.

Más de la mitad de los familiares menciona haber notado la disminución de los temores experimentados por las pacientes ya que han sido trabajados durante el proceso, por otra parte también existe la percepción de haberse trabajado este tema pero aún existe cierto malestar en las pacientes relacionado con este tema, según lo mencionado por sus familiares durante todo el proceso de psicoterapia.

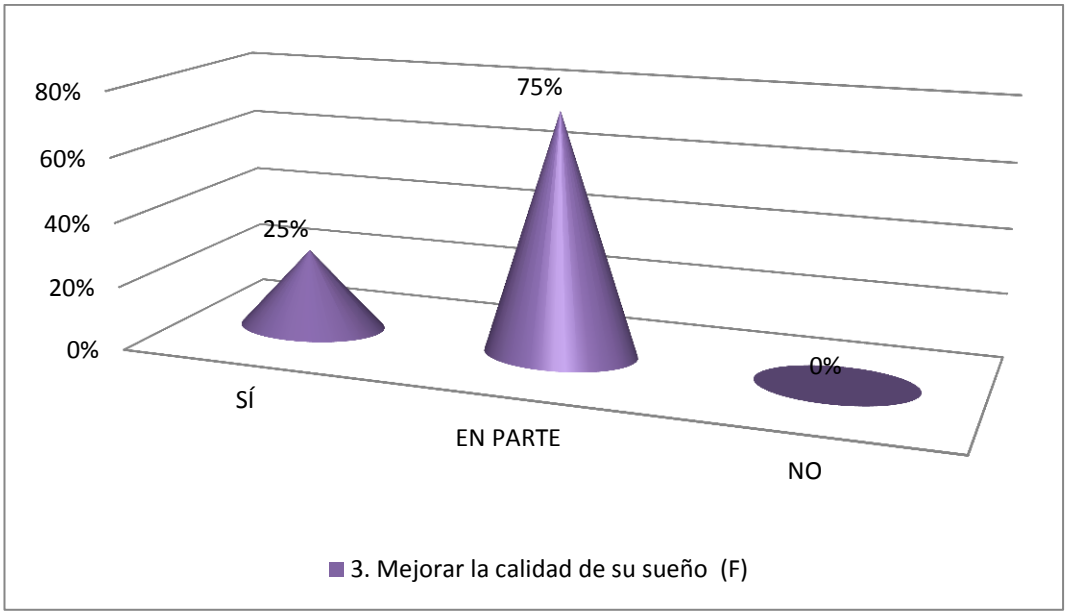


Gráfico 4.33: *Mejoramiento de la calidad de sueño (familiar)*

En cuanto al mejoramiento de la calidad del sueño en las pacientes, los familiares mencionan en un 75% haber percibido un mejoramiento "en parte", mientras que el 25% restante menciona sí haber notado un mejoramiento en cuanto a este hábito se trata.

Es necesario mencionar que los resultados en esta pregunta coinciden con los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los pacientes en donde se estima que la calidad del sueño de las pacientes ha mejorado, pero se siguen evidenciando problemas de sueño entre cortado y sensación de cansancio y malestar al despertar, que al igual que lo mencionado por las pacientes convierte a esta sintomatología en una de las más recurrentes que aún no se ha podido equilibrar.

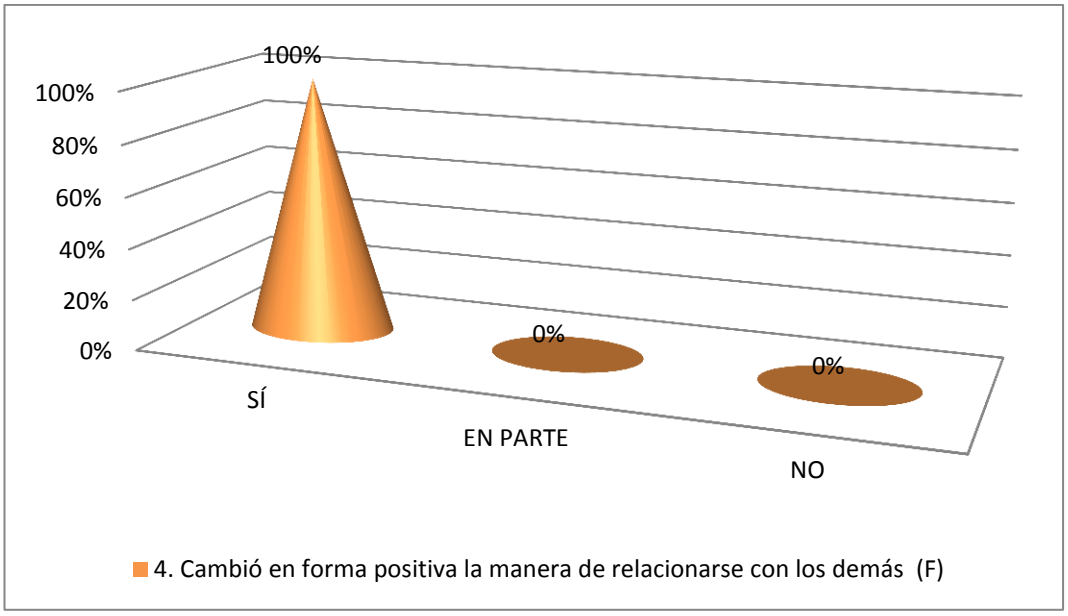


Gráfico 4.34: *Mejoramiento de las relaciones intrapersonales (familiar)*

En cuanto a las relaciones intrapersonales que las pacientes mantienen, sus familiares mencionan en un 100% que sí se ha evidenciado un cambio positivo en las mismas durante la duración del proceso y posterior a éste.

Esta pregunta debió ser evaluada por los familiares considerando que son quienes comparten el mayor tiempo con las pacientes y tienen una mejor percepción de los cambios ocurridos, por lo que han mencionado que en todas las pacientes han logrado evidenciar un cambio en la forma en la que se relacionan dentro de casa y con las demás personas; en muchos de los casos se menciona que muchas de ellas han podido retomar las actividades que antes las realizaban.

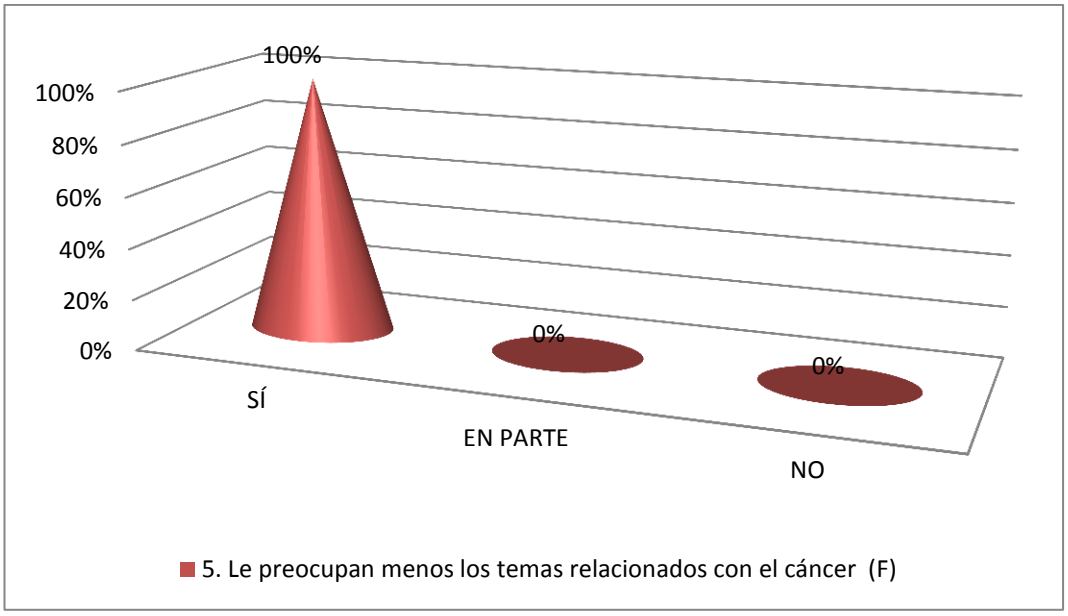


Gráfico 4.35: Preocupación en cuanto a temas relacionados con el cáncer (familiares)

El gráfico 4.35 presenta los resultado obtenidos sobre la preocupación de temas relacionados con la enfermedad, el 100% de los familiares manifiesta si haber evidenciado la disminución de la preocupación en las pacientes.

Por medio de la evaluación de esta pregunta se pudo determinar que las pacientes e encuentran más informadas a cerca de los temas que desconocían inicialmente, lo que causaba en ellas un cúmulo alto de preocupaciones por la necesidad de saber qué iba a pasar con su estado de salud. Además los familiares manifiestan que por el tiempo de enfermedad que ha pasado desde el diagnóstico de la enfermedad han podido ir disipando las dudas que en un inicio se presentaron, dudas que también se trabajaron de manera paralela durante el proceso psicoterapéutico.

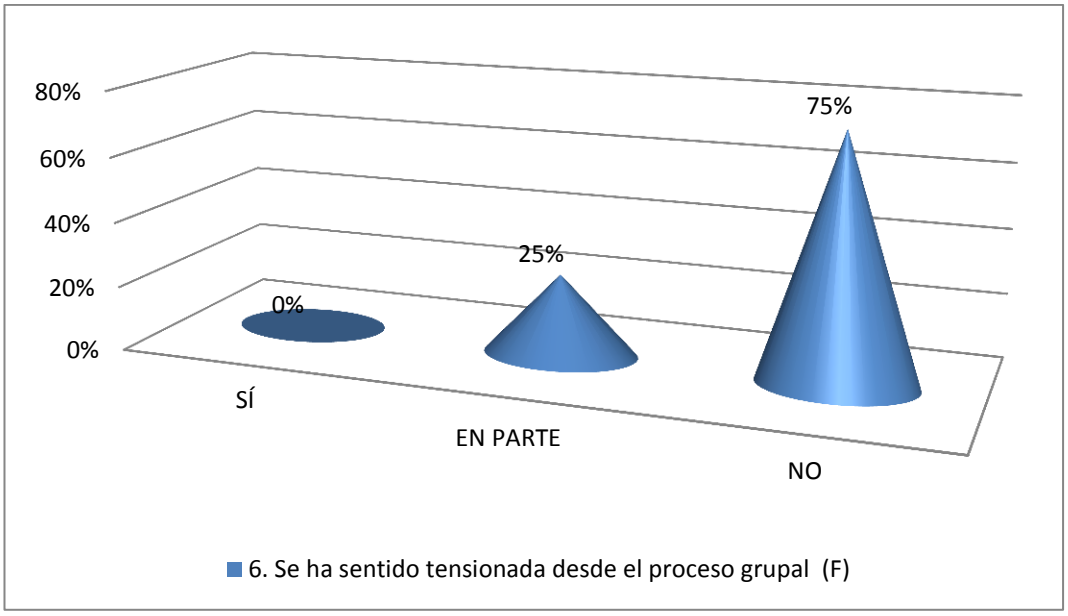


Gráfico 4.36: Tensión posterior al proceso grupal (familiares)

Por medio de esta pregunta se ha podido determinar el nivel de tensión que manejan las pacientes posterior al proceso psicoterapéutico por medio de la percepción de los familiares, quienes han mencionado en un 25% "en parte" y el 75% mencionan que las pacientes ya no se encuentran tensionadas.

Los niveles de tensión presentados en un inicio por las pacientes era evidentemente alto, según sus familiares y por lo que se puede observar en el gráfico 4.36 los niveles de tensión han disminuido, pudiendo ellos percibir que sus familiares se encuentran menos tensionadas desde su participación en el proceso.

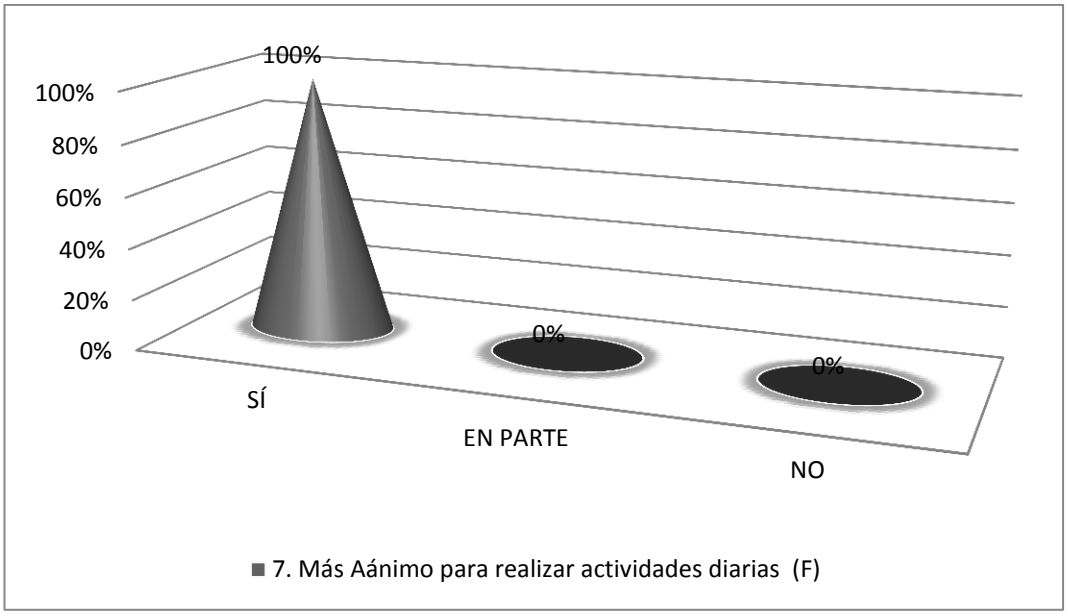


Gráfico 4.37: *Nivel de ánimo para la realización de las actividades (familiares)*

En el gráfico 4.37 se presentan los resultados obtenidos sobre el ánimo de las pacientes para la realización de las actividades, donde el 100% de los encuestados menciona que las pacientes si presentan mejor ánimo.

En este caso, la percepción de los familiares sobre el estado de ánimo de las pacientes fue positivo, pues se menciona que durante este tiempo han ido retomando las actividades que antes se realizaban y estas las desarrollan ya con normalidad, pues el estado de ánimo es mejor y han podido retomar incluso las actividades laborales que las dejaron a un lado a causa de la enfermedad.

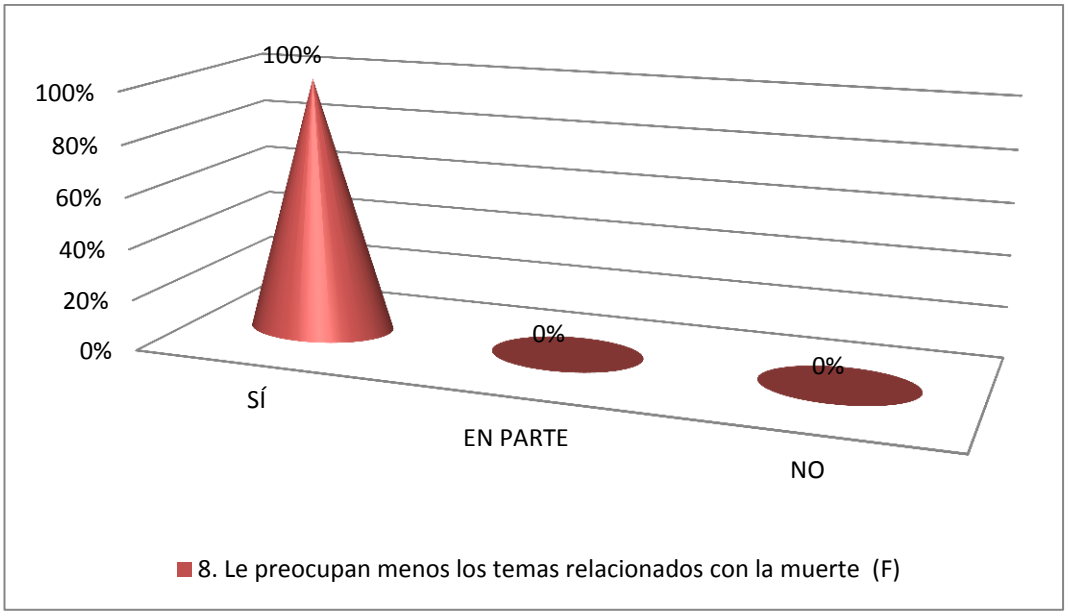


Gráfico 4.38: *Preocupación por temas relacionados con la muerte (familiares)*

En el gráfico 4.38 se representa que el 100% de los familiares encuestados han mencionado que si les preocupan menos los temas relacionados con la muerte a las pacientes.

Por tratarse de un tema de salud difícil estos pensamiento eran recurrentes en las pacientes, según lo mencionado por los familiares eran casi recurrentes lo discursos de las pacientes haciendo alusión a preocupación o miedo de morir y dejarlos, durante el desarrollo de la psicoterapia se ha podido darle un mejor sentido a estos pensamientos pudiendo canalizarlos de otra forma por lo que ya no es frecuente ser mencionados por las pacientes.

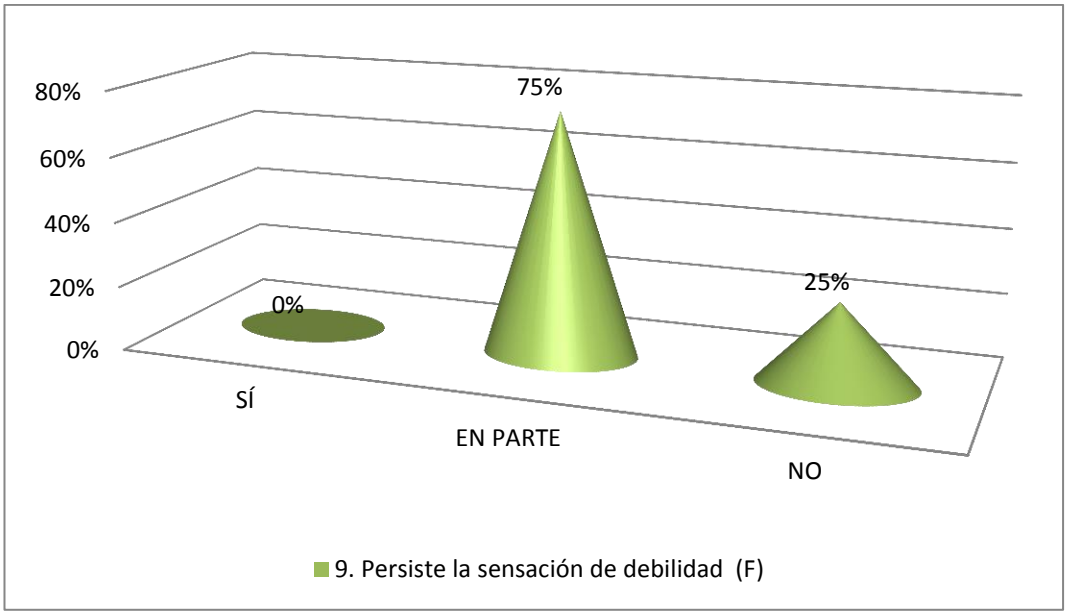


Gráfico 4.39: *Persistencia de la sensación de debilidad (familiares)*

En cuanto a la sensación de debilidad experimentada por las pacientes sus familiares mencionan en un 75% que evidencian la existencia de la sensación "en parte", mientras que el 25% restante menciona no persistir la sensación en las pacientes.

La sensación de debilidad según los familiares se presenta en las pacientes como una consecuencia de la enfermedad y el tratamiento, y que además aporta como una forma de disminuir el interés y la capacidad de desarrollar las actividades, incluso las diarias relacionadas con el cuidado personal. Una vez terminado el proceso psicoterapéutico, los familiares manifiestan haber observado una disminución en el nivel de debilidad que antes presentaban, más se trata de un estado que aún se mantiene pero que si les permite realizar las actividades de manera adecuada y sobre todo cuidar de ellas mismas.

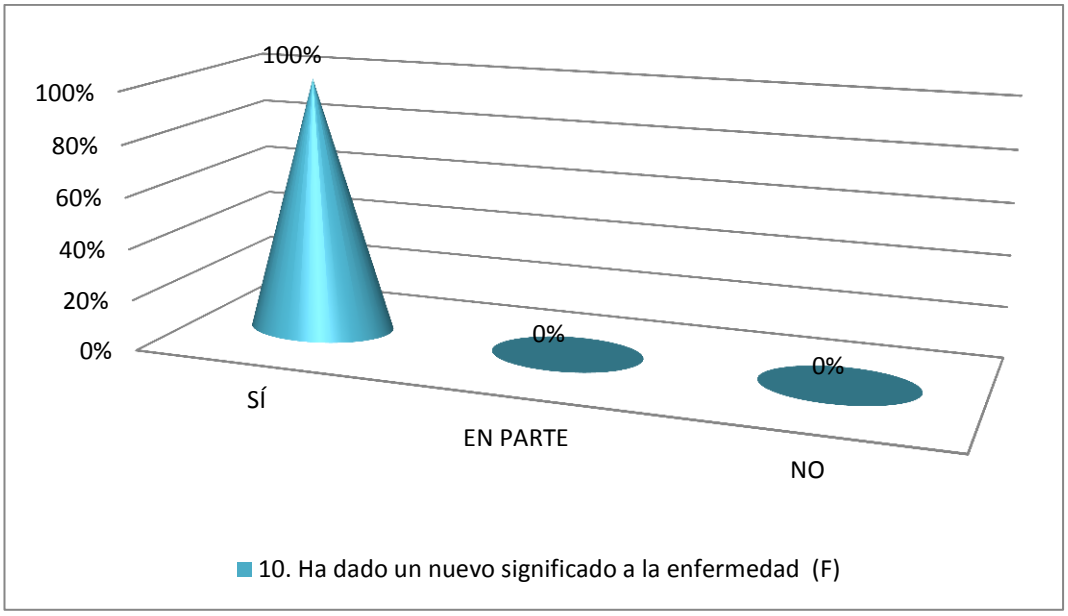


Gráfico 4.40: *Nuevo significado de la enfermedad (familiares)*

El gráfico 4.40 presenta los resultados relacionados con el significado que tiene las pacientes de la enfermedad, los familiares mencionan en un 100% que las pacientes han logrado darle un nuevo significado a la enfermedad y a su proceso.

Los familiares han podido evidenciar este cambio pues en las conversaciones mantenidas con las pacientes han podido percibir una nueva visión que le han otorgado al hecho de ser portadores del cáncer, pues el relacionarse con otras personas ha logrado ampliar la visión y el concepto que tenían sobre lo que les estaba ocurriendo.

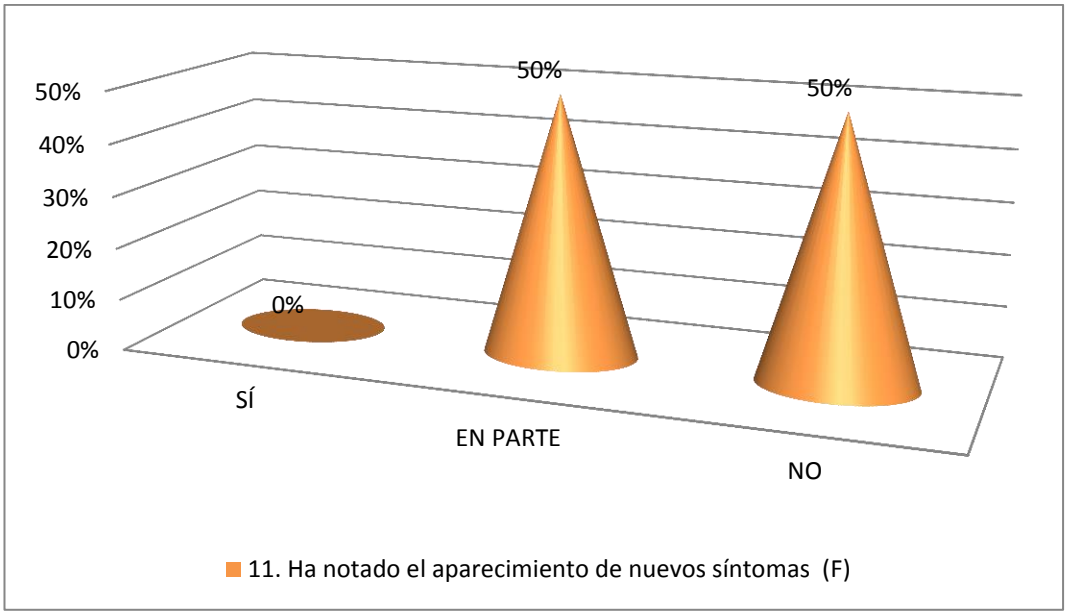


Gráfico 4.41: Aparecimiento de nueva sintomatología (familiares)

El 50% de los familiares mencionan haber notado en parte el aparecimiento de nueva sintomatología relacionada con la enfermedad, mientras que el 50% restante menciona no haber percibido nuevos síntomas en las pacientes.

Se trata de un área que debe ser evaluada por ellos ya se considera que son las personas más cercanas que han tomado en cuenta la evolución de las pacientes, la mitad de ellos dice si haber observado la presencia de nuevos síntomas, los cuales no son de consideración y muchos de ellos responde al uso de medicamentos o cambios relacionados a la parte somática y de evolución de la enfermedad; la otra mitad de los encuestados menciona no haber percibido nueva sintomatología en los pacientes después de la participación dentro del proceso.

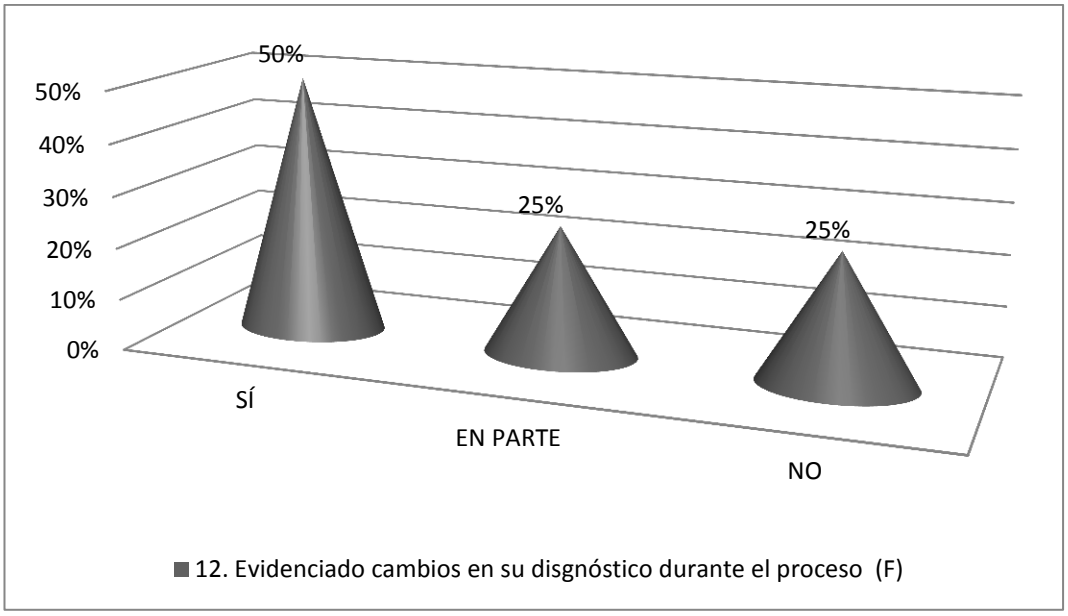


Gráfico 4.42: Cambios negativos en los diagnósticos de los pacientes (familiares)

Por último se presentan los resultados correspondientes a cambios negativos en los diagnósticos de las pacientes, el 50% de los familiares mencionan haber evidenciado estos cambios, el 25% "en parte" y el 25% restante no.

La percepción de los familiares en cuanto a los diagnósticos de las pacientes han sido negativos, pues la evolución de la enfermedad ha desencadenado nuevos procesos que han podido comprometer la salud de sus familiares.

Una vez presentados estos resultados se puede comprobar la validez del trabajo psicoterapéutico realizado, pues en muchas áreas las pacientes han presentado mejoramiento, evidenciando la disminución de los niveles de la sintomatología que en un inicio se mostraba como un factor que comprometía aún más el proceso de recuperación de las pacientes.

Para poder tener una visión general de los resultados presentados anteriormente por medio de gráficos tanto en el caso de pacientes como familiares se muestran los resultados globales en las tablas 4.13 y 4.14 a continuación

Tabla 4.14:
Resultados globales: evaluación preliminar pacientes

VARIABLE	SI		EN PARTE		NO	
	f	%	F	%	f	%
Cambios positivos en el estado de ánimo	4	100%	0	0%	0	0%
Disminución de temores	4	100%	0	0%	0	0%
Mejoramiento de la calidad del sueño	1	25%	3	75%	0	0%
Mejoramiento en las relaciones interpersonales	4	100%	0	0%	0	0%
Disminución de preocupaciones relacionadas con el cáncer	3	75%	1	25%	0	0%
Aumento del nivel de tensión	0	0%	1	25%	3	75%
Aumento de ánimo en actividades diarias	4	100%	0	0%	0	0%
Disminución de preocupaciones relacionadas con la muerte	4	100%	0	0%	0	0%
Persistencia de la sensación de debilidad	0	0%	3	75%	1	25%
Nuevo significado de la enfermedad	4	100%	0	0%	0	0%
Aparecimiento de nueva sintomatología	1	25%	2	50%	1	25%
Cambios en su diagnóstico	0	0%	2	50%	2	50%

Mediante la presentación de los resultados globales obtenido en el proceso de evaluación preliminar de las pacientes con quienes se realizó el proceso de intervención grupal. Los cambios más significativos se presentan a nivel de cambios positivos en el estado de ánimo, disminución de temores, mejoramiento de las relaciones personales, aumento del ánimo para la realización de actividades diarias, disminución de preocupaciones relacionadas con la muerte y el otorgarle un nuevo significado a la enfermedad, todas estas áreas han presentado una puntuación del 100%. Las áreas en las que han existido percepciones divididas por parte de las pacientes desde su experiencia, todas éstas se encuentran más ligadas a la parte somática como es el caso del aparecimiento de nueva sintomatología o lo relacionado con los cambios de diagnóstico.

Por otra parte en cuanto a la presencia de preocupaciones sobre la enfermedad los resultados revelan que sigue existiendo una paciente a la que aún le preocupan estos temas llegando a generar en ella ansiedad, en este caso durante el desarrollo del proceso de intervención su estado de salud sufrió nuevas complicaciones por lo que s tratamiento se ha retomado.

De la misma manera es necesario presentar los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los familiares más cercanos de las pacientes.

Tabla 4.15:
Resultados globales: evaluación preliminar familiares

VARIABLE	SI		EN PARTE		NO	
	f	%	F	%	f	%
Cambios positivos en el estado de ánimo	4	100%	0	0%	0	0%
Disminución de temores	3	75%	1	25%	0	0%
Mejoramiento de la calidad del sueño	1	25%	3	75%	0	0%
Mejoramiento en las relaciones interpersonales	4	100%	0	0%	0	0%
Disminución de preocupaciones relacionadas con el cáncer	4	100%	0	0%	0	0%
Aumento del nivel de tensión	0	0%	1	25%	3	75%
Aumento de ánimo en actividades diarias	4	100%	0	0%	0	0%
Disminución de preocupaciones relacionadas con la muerte	4	100%	0	0%	0	0%
Persistencia de la sensación de debilidad	0	0%	3	75%	1	25%
Nuevo significado de la enfermedad	4	100%	0	0%	0	0%
Aparecimiento de nueva sintomatología	0	0%	2	50%	2	50%
Cambios en su diagnóstico	2	50%	1	25%	1	25%

En cuanto al proceso de validación del trabajo grupal por parte de los familiares, también se ha podido determinar que los cambios han sido evidenciados por personas externas al proceso. Las áreas en las que se presentan cambios al 100% concuerdan con las ya mencionadas en la evaluación de las pacientes. En este caso la evaluación muestra valores que se deben considerar en cuanto al cambio de diagnósticos en las pacientes pues el 50% de los familiares asegura haber presenciado un cambio de diagnóstico negativo en su familiar, el 25% en parte y el 25% restante dice no haberlo hecho. Nuevamente es necesario tomar en cuenta el tipo de pacientes con los

que se trabajó pues se trata de personas que se encuentran en constante vulnerabilidad física y cada cambio puede ser tomado por ellos como un medio de alarma alto.

A pesar de esto los resultados se han mostrado de forma positiva, poniendo de manifiesto la efectividad del proceso y el cambio que han presentado las pacientes que era lo que se buscaba por medio de la intervención grupal. Como parte de la evaluación también se desarrollaron 4 preguntas abiertas por medio de las cuales tanto pacientes como familiares pudieron determinar el grado de identificación, cambios significativos e importancia de un proceso terapéutico, respuestas que se han logrado sintetizar en la tabla 4.15.

Tabla 4.16:
Proceso de evaluación del proceso de pacientes y familiares

VARIABLE	DIMENSIONES
-Cambios significativos generados por el proceso.	-Disminución de la ansiedad -Disminución de la sintomatología somática -Disminución del sentimiento de unicidad -Disminución de síntomas negativos
-Manera en la que le ha beneficiado el proceso.	-Proporcionar una nueva visión de las cosas -Conocerse con las demás integrantes -Apoyo mutuo -Aceptación de la situación que atravesaban
-Importancia de la intervención psicológica en pacientes con cáncer.	-Mejorar la percepción -Identificación -Desahogo emocional -Cubrir necesidades
-Grado de identificación entre las pacientes (exclusiva para pacientes)	-Alto

Las variables presentadas en la tabla 4.13 fueron formuladas como preguntas abiertas por medio de las cuales se evaluó el trabajo realizado, mientras que por medio de las dimensiones se ha intentado sintetizar las respuestas dadas por las pacientes y los familiares.

Como parte de los cambios más significativos generados por el proceso se obtiene la disminución de la sintomatología ansiosa de las pacientes, pues por medio de lo manifestado por los familiares los cambios se han hecho evidentes notando ahora a sus familiares más “tranquilas” y con mayor número de herramientas para poder afrontar la situación, en cuanto a la visión de las pacientes se ha logrado la disminución de los síntomas negativos como el llanto fácil y la pérdida de interés por la realización de las actividades. Por otro lado por parte de las pacientes se determina que la disminución del sentimiento de unicidad ha sido uno de los aportes más importantes, pues han podido encontrara a personas con diferentes características que también comparten su misma enfermedad que han tenido que pasar por procesos similares, logrando comprender que no son las únicas que han sido afectadas por la enfermedad.

Entre los beneficios más importantes que han obtenido se ha mencionado el haber adquirido una nueva y mejor percepción de la enfermedad, la que paralelamente se vio acompañado del conocimiento y apoyo mutuo que se brindaban a pesar de no haber estado en un grupo cuya conformación se trataba únicamente de una grupo de apoyo, más este elemento estaba presenta en todas las sesiones desarrolladas.

Desde su experiencia todas las pacientes y los familiares determinan que es de gran importancia el trabajo a nivel psíquico de pacientes con cáncer pues se ha podido generar un espacio donde se permita el desahogo emocional y la identificación con otras pacientes, al mismo tiempo que se da una atención integral y se cubren todas las necesidades de una paciente con cáncer.

Por último se establece el grado de identificación que han logrado desarrollar las pacientes con las demás integrantes del grupo, definiéndolo como alto pues “solo una

persona que ha pasado por esto puede entender lo que se siente", por medio del cual han podido compartir experiencias y aprender de ellas.

Por medio de la evaluación preliminar se ha podido determinar que la psicoterapia grupal ha dejado resultados positivos en las diferentes áreas de la vida de las pacientes las mismas que han sido evidenciadas incluso por sus familiares, por medio de la forma en la que se desenvuelven y se presentan ante los demás.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Una vez culminado el proceso de intervención se concluye que la psicoterapia grupal con enfoque psicoanalítico se trata de una forma de intervención psicoterapéutica, la misma que se encuentra basada en la metodología de trabajo de la psicoterapia individual con la modificación de ciertos parámetros, la cual cumple con todos los criterios de conformación y estructura de un grupo pequeño, cuyo desarrollo se encuentra apoyado en el uso de la Asociación Libre de Ideas como técnica principal de trabajo y al no tratarse de un enfoque psicoanalítico ortodoxo se puede hacer uso de nuevas técnicas como sea necesario, una vez identificada la problemática central de las pacientes.
- Una vez analizada la información técnica recolectada y por medio de la evaluación y observación de las pacientes, que conformaron el grupo de psicoterapia, se puede llegar a la conclusión de que los factores que influyen en la producción de los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer principalmente son el diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento al que son sometidas, las constantes visitas a médicos y centros hospitalarios y los efectos secundarios que producen los diferentes tratamientos a los que son sometidas, las mismas que se han presentado de manera repetitiva en las

pacientes con mayor o menos intensidad pero con el mismo nivel de afección para posteriormente desarrollar sintomatología ansiosa.

- Al haber establecido el método de trabajo fue necesario diseñar el proceso de intervención terapéutica, el cual se desarrolló en un total de 8 sesiones con una duración de 90 minutos cada una. Para ello se utilizó un enfoque psicoanalítico breve en base al cual se logró realizar el análisis de los discursos de las pacientes para posteriormente interpretarlos y realizar señalamientos que pudieran ser adaptados a todos los casos, de manera paralela, también, se logró identificar cuáles eran los temas en los que se debía trabajar en sesiones posteriores.
- Por medio de la evaluación realizada antes y después de la psicoterapia grupal se ha podido determinar que los niveles de ansiedad tanto psíquica, somática y puntajes totales han disminuido una vez terminado el proceso, lo cual permite llegar a la conclusión de la efectividad de la psicoterapia grupal para la reducción de los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer.
- Todos los resultados presentados se pudieron apoyar en la evaluación preliminar por medio de la cual se ha determinado que los cambios positivos obtenidos en las pacientes han sido evidentes no solo en su forma de actuar sino también han podido ser palpables a través de aspecto físico, cabe recalcar que como todo proceso los cambios se han podido evidenciar tras un lapso de tiempo determinado, durante el cual se desarrollaba el trabajo a nivel grupal.
- Se han podido cumplir con todos los objetivos planteados en un inicio para el desarrollo de esta investigación que no solo se ha presentado a nivel teórico,

sino que sus resultados más importantes se han obtenido una vez aplicado el trabajo a nivel práctico con un grupo de pacientes con cáncer.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda que se establezca la psicoterapia grupal como método de intervención en pacientes con cáncer, ya sea que se encuentren pasando por un proceso ambulatorio o se encuentren institucionalizados dentro de las entidades hospitalarias, ya que no solo representaría un beneficio para el paciente y sus familiares, sino que se presenta como un método de trabajo por medio del cual la institución hospitalaria pudiera ahorrar un mayor número de recursos materiales, técnicos, humanos y económicos, obteniendo un mayor número de resultados positivos.
- Es importante tomar en cuenta que el equilibrio del ser humano tanto en su parte psíquica como somática es lo más importante, por lo que se debe buscarlo por medio de la atención integral del paciente con cáncer donde se trabajen con el mismo nivel importancia las dos partes, pues el mejoramiento a nivel psíquico del paciente puede determinar el desarrollo y futuro progreso de su proceso somático, lo que hace importante la intervención psicológica dentro de las instituciones hospitalarias.
- Además se recomienda tomar en cuenta los factores que influyen en la producción de los niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer pues mucho depende de cómo se haya desarrollado este proceso para que los niveles se presenten en intensidad y frecuencia alta o baja. Estos factores deberían ser considerados por el personal hospitalario, pues en muchas

ocasiones no se brinda la atención necesaria a nivel del área psíquica a los pacientes dejando sin importancia este ámbito.

- Como se ha podido recalcar en este investigación, el cáncer es una enfermedad que puede llegar a deteriorar la integridad física y psicológica de las personas que la padecen, también puede llegar a desarrollar afecciones a nivel de familia, por lo que este método de trabajo se podría extender hacia familiares o pacientes en general hombres, mujeres y niños con cualquier tipo de cáncer, tomando en cuenta que es necesario aplicar criterios de inclusión de acuerdo a las características de cada grupo.
- Como última recomendación para el desarrollo de investigaciones posteriores se podría indagar más a cerca de otros factores, diferentes a la ansiedad, que alteren al equilibrio psicológico de los pacientes con cáncer y que se determinen como recurrentes por medio de la observación dentro de departamento psicológico de las instituciones que acogen a pacientes con este tipo de enfermedad; así mismo, se considera importante poder ampliar en margen de estadio de la enfermedad llegando a considerar incluso a los pacientes terminales, quienes pueden representar una población merecedora de mayor atención desde el punto de vista psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

André, C. (2005). *Psicología del miedo: Temores, angustias y fobias.* Barcelona: Editorial Kairos.

Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños.* Buenos Aires: Editorial Kapelusz, S.A.

Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional de mujeres con cáncer de mama . *Psicooncología*, 133-142.

Carrión, O., & Bustamante, g. (2008). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad.* Buenos Aires: Galerna.

Cassem, N. (1994). *Psiquiatría de enlace en el hospital general.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Chapman, K. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la ansiedad.* Madrid: Editorial Edaf, S. L.

Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal.* España: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.

Di Maria, F., & Falgares, G. (2008). *Elementos de psicología de los grupos.* Madrid: Mcgraw-Hill/Interamericana de España S.A.U.

Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo.* México: Editorial Pax México.

Escobar, Y. (1 de Octubre de 2004). *Ansiedad y depresión en el paciente oncológico* . Recuperado de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/docume

ntacion/socios/2006/toledo2004CuiCon/30_09_04Jueves/iiimContSintPreva/draEscobar.pdf

Freud, S. (1913-1914). *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XIII). Madrid: Amorrortu editores.

Freud, S. (2005). *Obras completas* (Vol. 7). Madrid: Biblioteca Nueva.

Garbarino, H., & Garbarino, M. (1967). Estructura de los grupos terapéuticos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 5.

Gil, F., & Alcover de la Hera, C. (2005). *Introducción a la psicología de los grupos.* Madrid: Ediciones Pirámide.

González, J., Monroy, A., & Silberstein, K. (1999). *Dinámica de Grupos.* México: Editorial Pax México.

Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica* (1° edición ed.). Buenos Aires: Editorial Paidos, S.A.I.C.F.

Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia Cognitivo- Conductual para trastornos de la salud.* LibrosEnRed.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigacion* (5 ed.). México: McGraw W-Hill / Interamericana Editores, S.A, DE C.V.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2010). *Diccionario de Psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós.

López, J., & López, L. (2008). *Fisiología clínica del ejercicio.* Buenos Aires; Madrid: Editorial médica Panamericana.

Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente Oncológico. *Psicooncología, 1*(2-3), 211-230.

Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., & Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una intervención integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología, 7*(1), 7-34.

Olivares, M., & Sandoval, L. (2003). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo.* México: Intersistemas, S.A. de C.V.

Ornelas, E., Tufiño, M., & Sánchez, J. (Diciembre de 2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicológica, 1*(3), 2.

Ramírez, C. (2014). *Relaciones psicología - psicoanalísis.* Bogotá: Editorial San Pablo.

Roudinesco, É. (1997). *Diccionario de Psicoanálisis.* París: Paidós.

Serebrinsky, H. (Agosto de 2012). Psicoterapia de grupo. *Scielo, 10*(2).

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeida, I. (Marzo de 2003). *Revista Mal-estar e Subjetividade/ Fortaleza.* Recuperado de Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar : http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf

Torres de Bea, E. (1992). *Sociedad Española de Psiquiatría y Psioterapia del Niño y el Adolescente.* Recuperado de Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y la adolescencia:

http://www.sepypna.com/documentos/articulos/torras-grupos-atencion-psicoterapeutica.pdf

Velázquez, N., Vázquez, L., & Alvarado, S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología*(4), 19-29.

Vinogradov, S., & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

ANEXOS

Anexo 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO

HISTORIA CLÍNICA

De Historia

I. DATOS INFORMATIVOS

Nombres:
……

Edad: …… Lugar y fecha de nacimiento: …….

Institución: …….

Ocupación: …….

Domicilio: …….

Teléfono: ……..

Fecha actual:..……...

II. MOTIVO DE CONSULTA.

……
……
……
……
……

III. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

……
……
……
……
……

IV. INFANCIA.

……
……
……
……
……

V. ADOLESCENCIA.

……
……
……
……
……

VI. JUVENTUD Y MADUREZ.

……
……
……
……
……

VII. GENOGRAMA.

VIII. EXAMEN DE FUNCIONES.

- Aspecto personal……
- Conciencia……
- Atención……
- Sensopercepciones……
- Memoria…….
- Pensamiento……..
- Inteligencia…….
- Afectividad……
- Voluntad……...
- Instintos (sueño, alimentación)……..
- Hábitos (alcoholismo, tabaquismo, drogas)…….
- Juicio y razonamiento…….

IX. DIAGNOSTICO.

……
……
……
……
……

X. OBSERVACIONES.

……
……
……
……
……

Anexo 2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

NOMBRE: **FECHA:**

CENTRO: **N° HISTORIA:**

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras la entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos por ítems, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (1,2,3,4,5,6 y 14) y a ansiedad sintomática (7,8,9,10,11,12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambas a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. E s sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación ansiosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3. Temores. Ala obscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido,	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9. **Síntomas cardiovasculares**. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia; dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorrea, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado al otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tic de los párpados.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE DISERTACIÓN: "EL EFECTO DEL GRUPO TERAPÉUTICO EN LA REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER"

ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES ONCOLÓGICOS

1. DATOS **FECHA: …….**

NOMBRE:……

2. OBJETIVO

Validar los resultados obtenidos durante el trabajo grupal realizado.

3. INSTRUCCIONES

Estimada paciente:

Esta es una encuesta que se ha elaborado con la finalidad de poder conocer los resultados obtenidos una vez terminado el proceso de psicoterapia grupal, por lo que es importante que se conteste con honestidad.

Dígnese contestar el siguiente cuestionario escogiendo una sola opción a cada pregunta, la misma que serán marcada con una X.

Garantizo absoluta confidencialidad sobre sus respuestas y persona.

4. PREGUNTAS

N°	PREGUNTA	SI	En parte	NO
1	¿Ha notado usted cambios positivos en su estado de ánimo luego del proceso psicoterapéutico?			
2	¿Ha podido usted trabajar sus temores a partir del proceso grupal?			
3	¿Ha mejorado la calidad de su sueño desde su participación del proceso grupal?			
4	¿Piensa usted que la forma en cómo se relaciona usted con los demás ha cambiado de manera positiva desde que es parte del grupo?			
5	¿Ha notado que temas relacionados con el cáncer le preocupan menos desde la intervención grupal?			
6	¿Se ha sentido tensionada desde el proceso grupal?			
7	¿Tiene usted más ánimo para realizar sus actividades diariamente a partir de los encuentros grupales?			
8	¿Le preocupan menos temas relacionados con la muerte desde que es parte del grupo?			
9	¿Persiste en usted la sensación de debilidad?			
10	¿Ha logrado usted darle un nuevo significado a la enfermedad?			
11	¿Ha notado el aparecimiento de nuevos síntomas a partir de su integración al grupo?			
12	¿Ha evidenciado algún cambio en su diagnóstico durante el desarrollo del proceso?			

Describa cuál ha sido el cambio más significativo que el proceso grupal le ha dejado

.....
.....
.....

¿De qué manera le ha servido el proceso realizado durante la terapia grupal?

……
……
……
……

¿Cree usted que es necesario trabajar a nivel psíquico con mujeres que como usted, son pacientes oncológicas? ¿Por qué?

……
……
……
……

¿Cuál cree usted que ha sido el grado de identificación que ha podido tener con las demás participantes del grupo durante el tiempo de proceso?

……
……
……
……

Anexo 4

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE DISERTACIÓN: "EL EFECTO DEL GRUPO TERAPÉUTICO EN LA REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER"

ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

1. **DATOS** **FECHA: …….**

NIVEL DE CONSANGUINEIDAD……..……

2. **OBJETIVO**

Validar los resultados obtenidos durante el trabajo grupal realizado.

3. **INSTRUCCIONES**

Estimado/a familiar:

Esta es una encuesta que se ha elaborado con la finalidad de poder conocer los resultados obtenidos una vez terminado el proceso de psicoterapia grupal, por lo que es importante que se conteste con honestidad.

Dígnese contestar el siguiente cuestionario escogiendo una sola opción a cada pregunta, la misma que serán marcada con una X.

Garantizo absoluta confidencialidad sobre sus respuestas y persona.

4. PREGUNTAS

N°	PREGUNTA	SI	En parte	NO
1	¿Ha notado usted cambios positivos en el estado de ánimo de su familiar luego del proceso psicoterapéutico?			
2	¿Ha podido usted evidenciar disminución de los temores de su familiar a partir del proceso grupal?			
3	¿Ha notado usted mejora de la calidad de su sueño de su familiar desde la participación del proceso grupal?			
4	¿Piensa usted que la forma en cómo se relaciona su familiar con los demás ha cambiado de manera positiva desde que es parte del grupo?			
5	¿Ha notado que temas relacionados con el cáncer le preocupan menos a su familiar desde la intervención grupal?			
6	¿Ha notado que su familiar se ha sentido tensionada desde el proceso grupal?			
7	¿Ha evidenciado que su familiar presenta más ánimo para realizar sus actividades diariamente a partir de los encuentros grupales?			
8	¿Cree usted que a su familiar le preocupan menos temas relacionados con la muerte desde que es parte del grupo?			
9	¿Persiste en su familiar la sensación de debilidad?			
10	¿Piensa que su familiar ha logrado darle un nuevo significado a la enfermedad?			
11	¿Ha notado usted el aparecimiento de nuevos síntomas en su familiar a partir de su integración al grupo?			
12	¿Ha evidenciado usted algún cambio del diagnóstico de su famliar durante el desarrollo del proceso?			

Describa cuál ha sido el cambio más significativo que usted ha logrado evidenciar en su familiar a partir el proceso grupal

.....
.....
.....

¿De qué manera cree usted que le ha servido el proceso realizado durante la terapia grupal a su familiar?

……
……
……

¿Cree usted que es necesario trabajar a nivel psíquico con mujeres que como su familiar, son pacientes oncológicas? ¿Por qué?

……
……