



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL

LA AUTOCOMPRESIÓN, COMO UNA HERRAMIENTA DE APOYO
PSICOLÓGICO PARA LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE EMOCIONES,
EN MUJERES ENTRE 30 Y 35 AÑOS DE EDAD, QUE PADECEN CÁNCER
CERVICOUTERINO.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LUZ MARÍA VÁZQUEZ PÉREZ

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios; gracias por guiarme en el camino, por no dejarme perder, por poner a las personas correctas, por devolverme la fe en mí misma pero sobre todo en ti.

A mi madre; me has dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. Gracias por ser quien ilumina mi camino cuando no hay luz y quien me da la fuerza necesaria cuando estoy sin vitalidad, por enseñarme a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

A mi padre; gracias por darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, por los ejemplos de perseverancia y constancia que te caracterizan y que me has infundado siempre, por el valor para salir adelante y por tu amor.

Al Psic. José Antonio Reyes Gutiérrez; su labor muchas veces subestimada, se enfoca en cuidar los saberes del mundo, y permitirle a otros, expandir sus conocimientos. Me ayudó a cumplir el sueño de superarme y cumplir mis expectativas, de siempre ir por la constante mejora, para ser mejor persona. Esta ocasión no ha sido la excepción, y exalto su trabajo, y le agradezco con creces por ayudarme a lograr esta nueva meta.

A todos aquellos que no creyeron en mí, a aquellos que esperaban mi fracaso en cada paso que daba hacia la culminación de mis estudios, a aquellos que nunca esperaban que lograra terminar la carrera, a todos aquellos que apostaban a que me rendiría a medio camino, a todos los que supusieron que no lo lograría, a todos ellos les dedico esta tesis.

ÍNDICE

Introducción.....6

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....9

1.2. Formulación del problema.....12

1.3. Justificación.....12

1.4. Formulación de hipótesis.....14

1.4.1. Determinación de variables.....15

1.4.2. Operacionalización de variables.....15

1.5. Delimitación de objetivos.....16

1.5.1. Objetivo general.....16

1.5.2. Objetivos específicos.....16

1.6. Marco conceptual.....17

1.6.1. Concepción de la emoción.....	17
1.6.2. Concepción de adultez temprana.....	17
1.6.3. Concepción de autocomprensión.....	18
1.6.4. Concepción del cáncer cervicouterino	18

CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1. Antecedentes de la ubicación.....	19
2.2. Ubicación geográfica.....	22

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1. Fundamentos teóricos de la adultez temprana.....	25
3.2. Fundamentos teóricos de la emoción.....	32
3.3. Fundamentos teóricos de la autocomprensión.....	44
3.4. La importancia de la aceptación.....	51
3.5. Fundamentos teóricos del cáncer cervicouterino	53

3.6. Fundamentos teóricos del enfoque humanista.....68

CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE TESIS

4.1. Contextualización de la propuesta.....89

4.2. Desarrollo de la propuesta.....94

CAPÍTULO V: DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Enfoque de la investigación.....	113
5.2. Alcance de la investigación.....	114
5.3. Diseño de la investigación.....	115
5.4. Tipo de investigación.....	115
5.5. Delimitación de la población o universo.....	116
5.6. Selección de la muestra.....	116
5.7. Instrumento de prueba.....	117

CAPÍTULO VI: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Resultados cualitativos por sesión.....	118
6.2. Resultados cualitativos finales.....	124
Conclusión.....	126
Referencias.....	130
Glosario.....	136

INTRODUCCIÓN

El ser humano es considerado el ser más racional del mundo. Sin embargo dicha racionalidad puede verse afectada y modificada por la emoción. Sería inimaginable pensar en una vida sin emociones. Éstas, aunque de origen arcaico, llenan la existencia humana a lo largo de todo el ciclo vital. Las emociones juegan un papel esencial dentro de nuestro funcionamiento cotidiano, guiando y enriqueciendo la vida, dotándola de significado, promoviendo conductas cuya finalidad es la de proteger la vida. Son ingredientes esenciales para optimizar el potencial humano y suelen servir asimismo para el desarrollo intelectual.

Las emociones influyen en la manera en que vemos la realidad, en dónde focalizamos nuestra atención, en nuestros aprendizajes, recuerdos y juicios que nos formamos sobre esta realidad.

En el capítulo I, se describe el impacto psicológico que tiene el cáncer cervicouterino en las mujeres, de entre 30 y 35 años de edad. Se formula la pregunta de investigación y la hipótesis, planteando la autocomprensión como una herramienta de apoyo para la identificación y manejo de las emociones en las pacientes con cáncer cervicouterino.

El segundo capítulo contiene el marco contextual de referencia. Se expresan los antecedentes del centro de salud de la comunidad de Unión y

Progreso, ubicada en el municipio de Ixhuatlancillo. Además, se detalla el objetivo, visión y misión del mismo; así como los principios que rigen su actuar.

En el capítulo tercero se encuentra el marco teórico. Detalla las características de la adultez temprana; las cinco categorías básicas de las emociones y las funciones de las mismas, el proceso de vivencia emocional y las doce leyes de las emociones. En el apartado de los fundamentos teóricos de la autocomprensión, se desarrollan las competencias para lograr la misma, los pasos para enfrentar una situación que genera desequilibrio emocional así como las técnicas propuestas por Salovey y Meyer para controlar las emociones. Se destaca la importancia de la aceptación para que las pacientes puedan ver al cáncer como una oportunidad de crecimiento. Además se explica qué es el cáncer cervicouterino, sus procedimientos de detección, sus síntomas, su proceso de estadificación y las opciones de tratamiento. En el apartado final, se dan los planteamientos y características de la psicología humanista, sus enfoques más destacados, asimismo se destacan las aportaciones de Abraham Maslow, Carl Rogers y Viktor Frankl a la tercera fuerza de la psicología.

En el capítulo IV, se contextualiza la propuesta de tesis: “La autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino”. Se detallan el objetivo y la justificación, la población a la que se va a aplicar y el área de la psicología a la que pertenece. En la segunda parte, se desarrollan cada una de las sesiones del curso taller.

En el capítulo V, se encuentra el diseño metodológico del presente trabajo. Se explica el enfoque, el alcance, el diseño y el tipo de investigación; se delimita la población, se selecciona la muestra y el instrumento de prueba para la misma.

En el capítulo VI, se examinan los resultados cualitativos de cada una de las sesiones para llegar a un resultado cualitativo global del curso taller.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los que sufren no son los cuerpos, sino las personas.

Eric Cassel

1.1 Descripción del problema.

Pocas enfermedades provocan un impacto psicológico tan intenso como el cáncer cervicouterino. La posibilidad de que se presenten trastornos emocionales durante el curso de la enfermedad es alta. Ansiedad y depresión son las reacciones psicológicas más frecuentes. La tristeza, culpabilidad, impotencia o desesperación son posibles fuentes de depresión en la paciente con cáncer cervicouterino. Los datos epidemiológicos de la Secretaría de Salud (2013) muestran que el 40-50% de todas las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad y alrededor de un 30% requieren apoyo o ayuda profesional. No obstante, todavía son muchas las pacientes con cáncer cervicouterino que no tienen la posibilidad de recibir ningún tipo de ayuda psicológica.

Recibir el diagnóstico de cáncer cervicouterino es un golpe muy duro en todos los sentidos, una situación inesperada que supone un cambio importante

en la vida. La mujer pasa de ser una persona más o menos sana, con sus ocupaciones y sus problemas cotidianos, a ser una persona con una seria enfermedad. En ese momento, todo tipo de planes a futuro desaparecen e inicia un proceso en el cual las mujeres se consideran muertas. Aun sabiendo que este tipo de cáncer es curable al ser detectado a tiempo, el decaimiento puede hacer que la voluntad para iniciar o continuar un tratamiento parezca un esfuerzo inútil.

Como ya se ha señalado, el impacto que produce la palabra cáncer sobre la mujer y su entorno familiar y social, es enorme. El diagnóstico y el tratamiento inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y, en ocasiones, problemas de comunicación entre el enfermo y sus familiares, con su entorno social y laboral y con el personal sanitario. Confluyen una serie de circunstancias generadoras de malestar psicológico: las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia, sus efectos secundarios, las revisiones, etc.

Las necesidades y demandas a las que se ve sometido el paciente y las personas de su entorno social son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos. Es frecuente la percepción de pérdida de la salud y de la vida, de la identidad, de la imagen habitual, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones significativas, del estilo de vida habitual, de un

proyecto vital o de futuro, del sentimiento de igualdad de condiciones y del esquema de valores prioritarios. Esta experiencia subjetiva de pérdida genera un gran sufrimiento en la paciente.

No es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo. La mujer que sufre no es solamente su aparato reproductor; es también la vivencia de amenaza que le proporcionan su desamparo, su soledad y su dolor. El cáncer es una de las enfermedades que mayor impacto tiene en quien lo padece, y también en su familia. Pero no es solamente el diagnóstico del cáncer lo que resulta problemático, sino el significado que la paciente le atribuye a la enfermedad: dolor, hospitalización, deformidad, deudas, inhabilidad para cuidar de uno mismo o de la familia, pérdida de atractivo y/o función sexual, incapacidad para mantener el empleo, y posible muerte.

Según lo han demostrado diversos estudios, las emociones juegan un papel fundamental en los procesos de salud de una persona. Tal es así que en muchos casos, sucede que una enfermedad se desencadena por una determinada experiencia que genera una emoción particular, tal es el caso de las fobias o de los trastornos mentales. También hay casos de epilepsia donde las emociones son una causa imperante.

En este contexto, la finalidad principal de la intervención psicológica que se realiza con las pacientes con cáncer cervicouterino será responder a las necesidades psicológicas que presentan en las diferentes fases de la

enfermedad: diagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva, avanzada y en la terminalidad, tratando de ayudarles en el proceso de aceptación de este padecimiento.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál sería la herramienta de apoyo psicológico en el proceso de aceptación del cáncer cervicouterino en mujeres entre 30 y 35 años del centro de salud ubicado en la localidad de Unión y Progreso en el municipio de Ixhuatlancillo?

1.3 Justificación del problema.

En los últimos lustros, se incrementó la incidencia de cáncer cervicouterino llegando a constituir un problema importante de salud pública. En México, este tipo de cáncer es la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres de 30 a 35 años (INEGI-CONAPO-SSA). Igualmente, de forma paralela ha habido un aumento en las tasas de supervivencia derivado del desarrollo de campañas de detección precoz de esta patología tales como el Sistema de Información SICAM ProCaCu y de una mejora en los protocolos de tratamiento de la misma.

Lo anterior ha ocasionado que los profesionales de la salud hayan intentado comprender, además de los aspectos médicos relacionados con la

enfermedad, el importante impacto emocional y social del cáncer cervicouterino y de su tratamiento, tanto en el paciente como en el entorno familiar.

A partir de los años 70 se han realizado numerosos estudios, cuyo objetivo es conocer hasta qué punto determinados factores psicológicos podían contribuir a la etiología y progresión del cáncer cervicouterino. Este hecho ha supuesto que el tratamiento del cáncer cervicouterino ya no se limite a la intervención médica contemplando exclusivamente la salud física de la paciente, sino que pretende abarcar aquellos problemas y necesidades psicosociales que se deriven de la enfermedad. Esta realidad exige un abordaje interdisciplinario para lograr la atención integral que la paciente necesita.

A pesar del gran número de publicaciones que avalan la asociación entre factores psicológicos y desarrollo y respuesta al tratamiento en pacientes con cáncer cervicouterino, los resultados obtenidos en ocasiones son contradictorios o están basados en investigaciones que presentan deficiencias metodológicas, de validez interna, externa, etc. Así pues, la finalidad del presente trabajo es la de una revisión de carácter bibliográfico del cáncer cervicouterino para poder extraer conclusiones acerca de los aspectos psicológicos que puedan estar influyendo en la evolución y respuesta al tratamiento en pacientes con cáncer cervicouterino además de la implementación de la autocomprensión como una herramienta de apoyo psicológico en la identificación y manejo de emociones para mujeres entre 30 y 35 años diagnosticadas con cáncer cervicouterino.

En el centro de salud, de la localidad de Unión y Progreso, a pesar de que las pacientes con cáncer cervicouterino presentan reacciones emocionales susceptibles de tratamiento psicológico, el oncólogo de la clínica de displasia del Hospital Regional de Río Blanco nunca les sugiere la visita con un especialista en psicología. Sin embargo, es sorprendente observar la “terapia grupal” que se establece en la sala de espera entre las pacientes que esperan la sesión de quimioterapia. Todas aprovechan para contarles a las otras su experiencia ante el cáncer cervicouterino. Ninguna está en tratamiento psicológico aunque es evidente la necesidad de una intervención psicológica.

Finalmente, se destacan las dificultades en la derivación de pacientes con cáncer cervicouterino a algún departamento de psicología a pesar de que, como se ha señalado previamente, existen estudios que enfatizan relación entre aspectos psicológicos y esta patología.

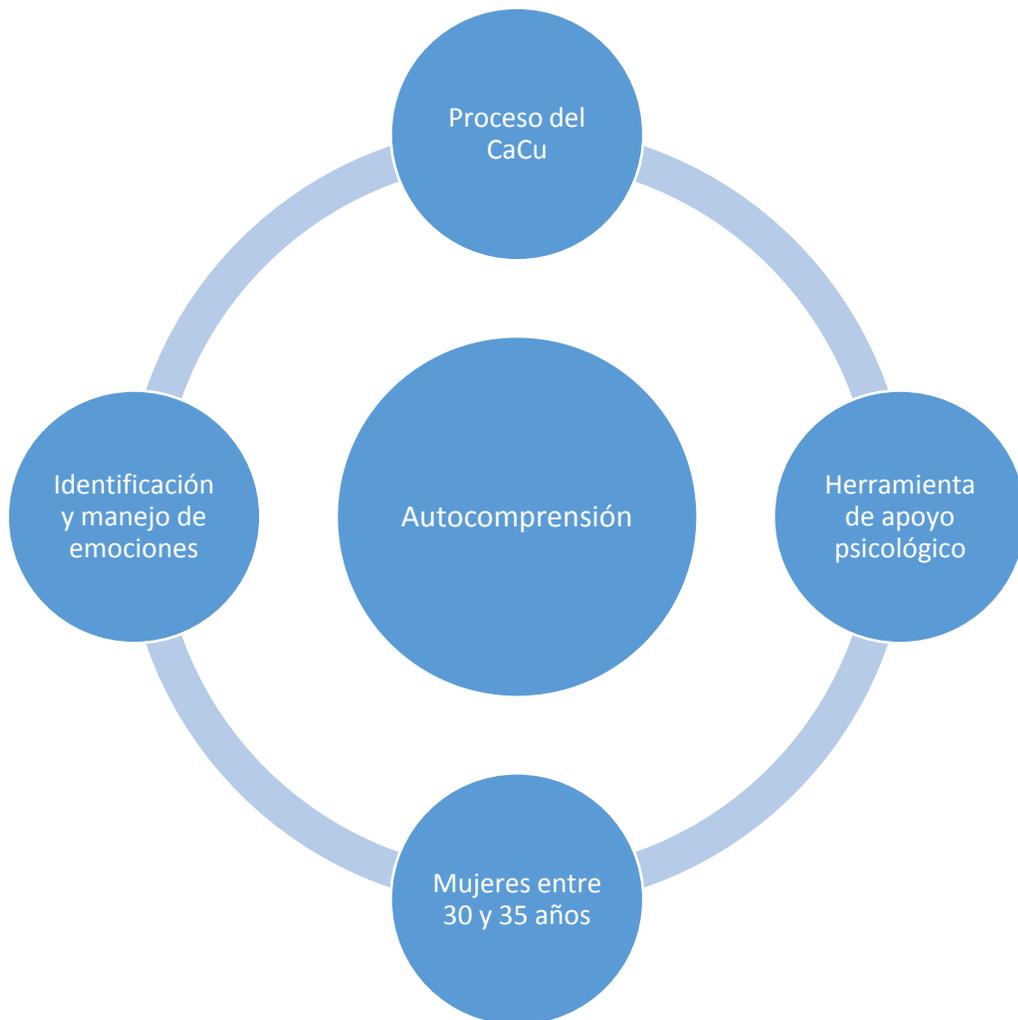
1.4 Formulación de hipótesis.

La autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino.

1.4.1 Determinación de variables.

- **Variable dependiente:** La autocomprensión para la identificación y manejo de emociones.
- **Variable independiente:** El cáncer cervicouterino.

1.4.2 Operalización de variables.



La autocomprensión como una herramienta de apoyo psicológico en la identificación y manejo de emociones para mujeres entre 30 y 35 años diagnosticadas con cáncer cervicouterino.

1.5 Delimitación de objetivos

1.5.1 Objetivo general

Identificar y manejar las emociones mediante la autocomprensión en mujeres, entre 30 y 35 años, que padecen cáncer cervicouterino

1.5.2 Objetivos específicos

- Plantear la problemática psicológica que sufren las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino.
- Determinar la institución donde se realizará la investigación mediante la búsqueda de antecedentes y la delimitación del lugar.
- Fundamentar teóricamente la investigación, mediante la búsqueda y relación de autores, teorías y sustentos que avalen dicha investigación.
- Contextualizar como propuesta de tesis: la autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de

emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino; desarrollar el curso taller para la aplicación de la misma.

- Analizar los resultados de la investigación.

1.6 Marco conceptual.

1.6.1 Concepción de la emoción.

Definir el concepto de emoción puede parecer simple, probablemente todos podríamos hacerlo; no obstante, obtener una definición consensuada de esta palabra, es una tarea un poco más complicada.

La emoción es la variación profunda pero efímera del ánimo, la cual puede ser agradable o penosa y presentarse junto a cierta conmoción somática. Por otra parte, tal como señala la Real Academia Española en su diccionario, es la alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2014).

1.6.2 Concepción de adultez temprana.

La adultez temprana, definida por lo general como el lapso entre los 20 y los 40 años, suele ser un periodo de posibilidades: muchas personas de esta

edad por primera vez son autosuficientes, se hacen cargo de la casa que habitan y se ponen a prueba en las actividades que eligieron. Cada día toman decisiones que ayudan a determinar su salud, su profesión y su estilo de vida (PAPALIA, 2010).

1.6.3 Concepción de la autocomprensión.

La comprensión es el entendimiento de una situación, objeto, acontecimiento o enunciación, así como de los símbolos y pensamientos en ello implícitos. La autocomprensión es la capacidad de conocerse a través del autoanálisis, accediendo a los sentimientos y a las emociones, para identificarlas y manejarlas en beneficio del individuo.

1.6.4 Concepción del cáncer cervicouterino.

El cáncer es un crecimiento anormal de las células de un órgano del cuerpo, que puede ser tanto en tamaño como en número y puede llegar a afectar a otros órganos y causar la muerte; así el cáncer cervicouterino consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1. Antecedentes de la ubicación.

El centro de salud es una unidad que presta servicios, tanto de atención primaria de salud a la persona como a la comunidad, que habrán de proporcionarse a los usuarios de responsabilidad sin exclusión de los que no sean, en el ámbito geográfico determinado.

Su objetivo general es ofrecer servicios de salud con calidad y calidez para preservar y restablecer la salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, reforzando la capacidad resolutive de primer nivel de atención.

Su visión es garantizar la demanda social en materia de protección social en salud, proporcionando servicios y atención de calidad, mediante la práctica de los principios éticos de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, justicia, responsabilidad, transparencia, eficiencia, generosidad social y equidad, que rigen el servicio público.

La misión del centro de salud es garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de

manera integral las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seleccionada en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costos, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

Los principios que rigen el actuar del centro de salud son:

- Garantizar la justicia social a través del acceso total, y para todos, a los servicios de salud pública en el Estado de Veracruz.
- Consolidar la equidad en la atención médica y la protección de la salud.
- Brindar servicios de calidad y calidez.
- Cumplir con la universalidad en el otorgamiento de atención para quienes carecen de seguridad social y en aquellos que, aun siendo asegurado, solicitan el servicio.
- Mantener la Integridad en la vocación de servicio de la institución.
- Llevar con oportunidad la atención médica a quienes más lo necesitan y hasta donde lo requieran.
- Fortalecer la gratuidad como premisa del servicio y atención que se otorga.

- Tener a la portabilidad como uno de los ejes de trabajo.

Los valores del centro de salud son:

- Reconocimiento pleno a la igualdad entre hombres y mujeres.
- Respeto a la vida de cada ser humano.
- Responsabilidad para garantizar el derecho del cuidado a la salud.

El centro de salud proporciona los siguientes servicios:

- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- La prevención y control de enfermedades transmisibles de atención primaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- La atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención a urgencias;
- Atención materno-infantil;
- Planificación familiar;

- Prevención y control de las enfermedades bucodentales;
- Disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales a la salud;
- Promoción del mejoramiento de la nutrición, y
- Asistencia social a los grupos más vulnerables.

2.2. Ubicación geográfica.

La localidad de Unión y Progreso está situada en el Municipio de Ixhuatlancillo. Tiene 6951 habitantes y se encuentra a 1310 metros de altitud.

El centro de salud se inauguró en junio del 2000 comenzando con un núcleo básico (un médico y una enfermera), el año siguiente se incorporaron el odontólogo y otra enfermera. Para el año 2005 ya contaba con 3 núcleos básicos, todos en el turno vespertino.

En el año 2008 se dividieron los núcleos por localidades, quedando dos núcleos básicos en el turno matutino y uno en el turno vespertino; en este mismo año se otorgó servicio de jornada (fin de semana) y se integraron dos vacunadoras de campo a la unidad.

Actualmente, el centro de salud se encuentra integrado por: 1 director de unidad: Dr. José Alberto López; 4 médicos de núcleos básicos: Silvia Hernández,



Figura 2: foto de la fachada del centro de salud

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. Fundamentos teóricos de la adultez temprana.

Como se mencionó en el capítulo I, la adultez temprana comprende el periodo entre los 20 y los 40 años. Durante esta etapa se toman la mayoría de las decisiones que definirán la salud, la felicidad y el éxito de la persona; en esta fase los individuos se independizan dejando el hogar paterno e incorporándose a la vida laboral, además de casarse y formar una familia (PAPALIA, 2010).

La adultez es una etapa en la cual influirán diversos factores sociales, culturales y psicológicos, lo cuales supeditarán el desarrollo de la persona durante este periodo. Las mujeres en esta etapa participan en un sin número de actividades sociales y contraen responsabilidades legales y financieras a largo plazo por lo cual se considera una etapa productiva y de transición para la mujer en la cual se mezclan la juventud y la experiencia.

Las características de la adultez temprana para su estudio se dividen en: aspectos físicos, aspectos cognitivos, factores psicosociales, desarrollo social y de la personalidad.

a) Aspectos físicos:

Biológicamente, las mujeres entre 30 y 35 años, tienen sus funciones en el punto más alto, lo que les da confianza, poderío y control. Tienen fuerza, energía, resistencia y condición física. Además de haber alcanzado un completo desarrollo cerebral. El declive de las capacidades físicas es prácticamente imperceptible por lo que dichos cambios son compensados conductualmente; la altura, la destreza manual, la audición y la agudeza visual empiezan a disminuir a partir de los 35 años. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura no decrecen hasta cerca de los 45 a los 50 años (RICE, 1997).

En cuanto al estado de salud, las mujeres en este rango de edad no suelen estar restringidas ni por su destreza motriz ni por dolencias crónicas o deterioro. Los motivos más usuales para la hospitalización en esta etapa son embarazos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario; en cuanto a las causas de muerte la más importante es el cáncer, seguida de enfermedades del corazón, suicidio y homicidio provocado por agresión física o verbal. (PAPALIA, 2010)

b) Aspectos cognitivos:

Tomando en cuenta la teoría del pensamiento dialéctico de los adultos de Klaus Riegel *el desarrollo cognitivo del adulto, está caracterizado por la ausencia de contradicciones y la capacidad de flexibilidad en la aplicación de esquemas.*

Una de las características del estadio de las operaciones dialécticas, es el de los “sistemas de autorregulación” o reconexión entre cognición y afecto, lo que explica que en el adulto, a medida que se desarrolla su dimensión cognitiva, también lo hace su repertorio emocional (MUÑOZ, 2012).

En la adultez temprana prevalece el pensamiento operativo, preparado para ejecutar decisiones de profundas proyecciones hacia el futuro. Pero hacia los 35 años se va volviendo más reflexivo, y aparecen los primeros atisbos de lo ya decidido y logrado. Comúnmente, como producto de esta valoración se efectúan grandes cambios como son los divorcios, los cambios de ocupación, etcétera (DUEÑAS, 2012).

En este periodo empieza el llamado *patrón clásico de envejecimiento* con la mengua de los puntajes de cociente intelectual producto de la disminución de la inteligencia fluida. No obstante, la cognición se mantiene estable debido a la especialización selectiva y a la inteligencia cristalizada.

Existen destrezas que continúan desarrollándose a través del tiempo, como la comprensión lectora, la aritmética y el razonamiento social –la capacidad de lidiar efectivamente con las complejidades de la amistad- llega a su cúspide posteriormente. Esto significa que nuestras destrezas mentales mejoran y empeoran siguiendo una suerte de patrón curvo. Cuando la cresta de una ola pasó, viene otra (RICE, 1997).

c) Factores psicosociales:

- Sexualidad. De acuerdo con un estudio del *Kinsey Institute for Research in Sex* la mujer alcanza su plenitud sexual a partir de los 30 años de edad. Las principales causas son:
 - Las mujeres, entre los 30 y 35 años, son más sexuales porque instintivamente, requieren tener más sexo para tener más oportunidades de engendrar antes de la menopausia (si bien no deseen ser madres).
 - Entre los 30 y los 35 años la autoestima de las mujeres alcanza su punto óptimo por lo que son más fuertes y maduras emocionalmente.
 - En este periodo les pierde importancia el qué dirán, los prejuicios y las prohibiciones que les inculcaron en la infancia y adolescencia y, por lo tanto, disfrutan más su sexualidad.
 - Conocen mejor su cuerpo. Saben qué les gusta, qué no y son capaces de pedirlo en la cama.
 - Saben lo que quieren en una relación. No se dejan llevar por la libido y cuando tienen relaciones sexuales están mucho más conscientes (BERGNER, 2013).

- **Matrimonio.** La vida en pareja se consolida debido un aumento de intimidad y una una valoración de la relación en base a lo invertido en ella. La naturaleza de los problemas matrimoniales cambia con los años, de los 30 a los 35 años predominan los relacionados con la crianza de los hijos; las relaciones extraconyugales son muy comunes durante esta etapa (CORNACHIONE, 2006).

- **Maternidad.** Existen diferentes tipos de maternidad de acuerdo a la etapa en que se encuentre la familia dentro de su ciclo. Las madres con infantes se abocan a ellos. Las madres de adolescentes sufren problemas familiares ocasionales, ya que éstas buscan acercarse a sus hijos cuando ellos están en plena fase de autonomía y búsqueda de identidad. El síndrome del nido vacío aparece en las madres cuyos hijos han abandonado el hogar demasiado pronto, porque éstas están muy involucradas con ellos, pero generalmente lo acogen bien, y lo ven como una oportunidad para propiciar la intimidad en su matrimonio (RODRIGO, 1998).

- **Divorcio.** La gran parte de los divorcios que se producen en esta etapa se deben a la no aceptación de los cambios de roles matrimoniales por parte de un integrante de la pareja o por acontecimientos sorpresivos. El volver a casarse es más común en los hombres que en las mujeres (CORNACHIONE, 2006).

- Vida profesional. En esta etapa, se llega al periodo de mantenimiento en el que disminuye la tendencia a aventurarse laboralmente, prefiriéndose la seguridad de las áreas conocidas y en las que mejor se ha desempeñado. Puede ser un periodo de satisfacción o frustración, dependiendo de la presencia de un establecimiento afortunado o infortunado. En ambos casos, existe un dilema entre continuar esforzándose y descansar y disfrutar de lo que se ha logrado, trabajando sólo para conservarlo. Las mujeres tienden a desarrollar los talentos que quedaron a medio terminar y se comprometen fuertemente su desarrollo profesional, especialmente las que recién se incorporan al mundo laboral o las que sus hijos ya se han marchado de casa (SUPER, 1962).

d) Desarrollo social y de la personalidad:

Siguiendo la teoría psicosocial de Erik Erikson (2000), las mujeres entre los 30 y los 35 años se encuentran en el sexto estadio psicosocial: Intimidad frente aislamiento.

Las mujeres en este rango de edad necesitan desarrollar compromisos personales a largo plazo con otros. Si no lo logran se volverán aisladas y abstraídas. La capacidad para alcanzar la intimidad dentro de una relación, la cual exige sacrificio y compromiso, depende del sentido de identidad adquirido en la adolescencia, pues solo una mujer que ha desarrollado una firme identidad puede fusionarla con la de otra persona.

Cuando la mujer está lista para la intimidad ocurre la <verdadera genitalidad>. Hasta ese momento, las vidas sexuales de las mujeres han estado dominadas por la búsqueda de su propia identidad o por <luchas fálicas o vaginales que hacen de la vida sexual una clase de combate genital>, según Erikson (FERNÁNDEZ, 2011). No obstante, la gente psicológicamente sana está dispuesta a arriesgar la pérdida temporal del yo en el coito y el orgasmo, así como en amistades muy estrechas y otras situaciones que requieran absoluta entrega. El adulto joven, entonces, puede aspirar a una <utopía de genitalidad> - orgasmo mutuo en una relación heterosexual amorosa, en la que se comparte la confianza y se regulan los ciclos de trabajo, procreación y recreación -. La <virtud> que se desarrolla durante la edad adulta temprana es la virtud del amor, o dependencia mutua de devoción entre parejas que han escogido compartir sus vidas. La gente necesita también cierta cantidad de aislamiento temporal durante este período para pensar en algunas elecciones importantes, por su cuenta. A medida que los adultos jóvenes resuelven las demandas, a menudo conflictivas, de *intimidad, competitividad y reserva, desarrollan un sentido ético, el cual Erikson considera la marca del adulto* (FERNÁNDEZ, 2011).

En resumen, la mujer durante la adultez temprana se distingue por las siguientes características:

- Afronta con mayor serenidad y seguridad los problemas derivados del control alcanzado en su vida emocional.

- Se encuentra en la atapa de mayor rendimiento profesional.
- Reconoce sus potencialidades y sus limitaciones.
- Se vuelve objetiva lo cual le permite comportarse de manera responsable y eficaz.
- Se incorpora adecuadamente a la vida social, cívica y cultural.

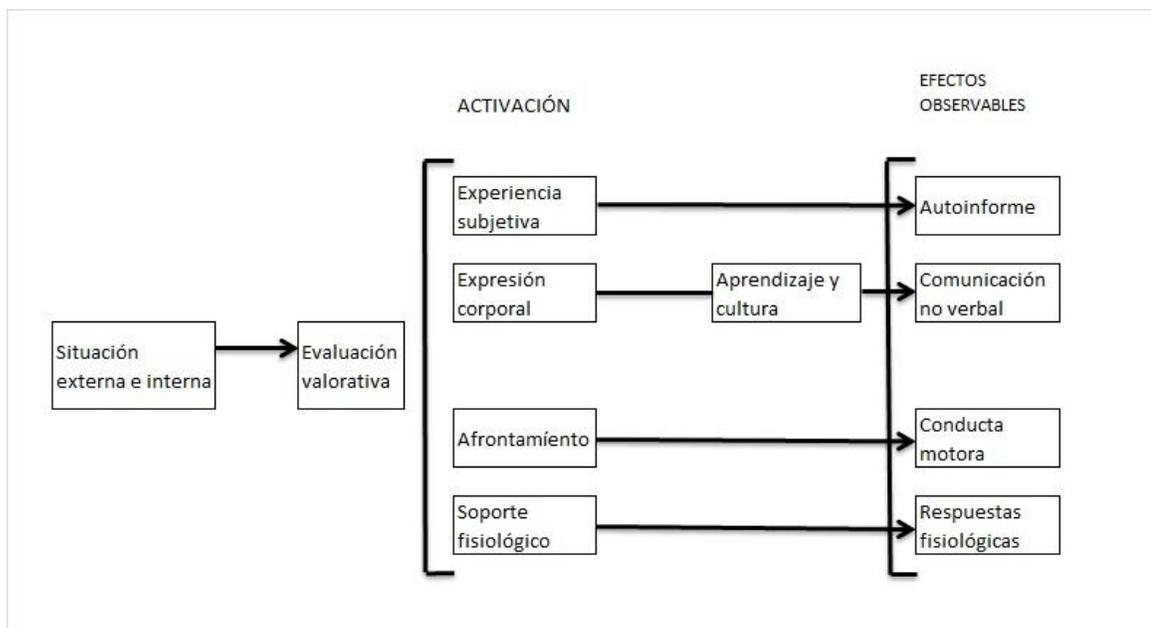
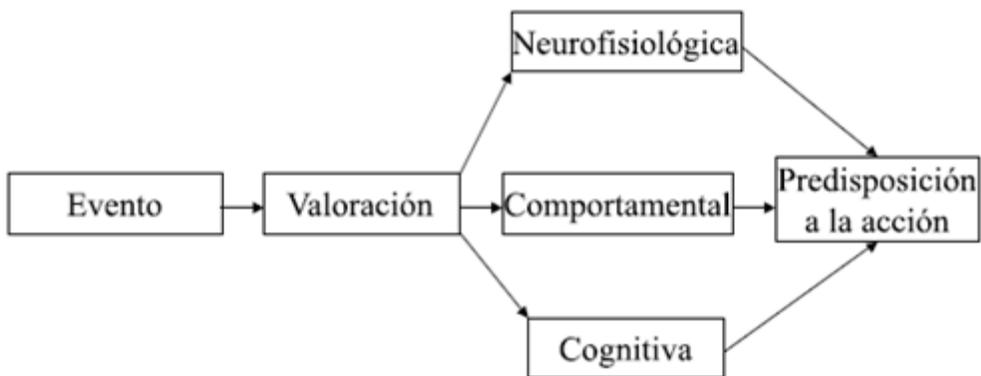
3.2. Fundamentos teóricos de la emoción.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que establecen modos de adaptación a determinados estímulos del sujeto cuando aprecia un objeto, persona, lugar, acontecimiento o una reminiscencia. Psicológicamente, las emociones crean sobresaltos en el índice de atención, elevan de rango determinadas conductas que rigen de respuestas del sujeto e impulsan redes asociativas importantes en la memoria. Fisiológicamente, las emociones establecen ágilmente las respuestas de diferentes sistemas biológicos, comprendidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y la del sistema endocrino, para optimizar el comportamiento más efectivo.

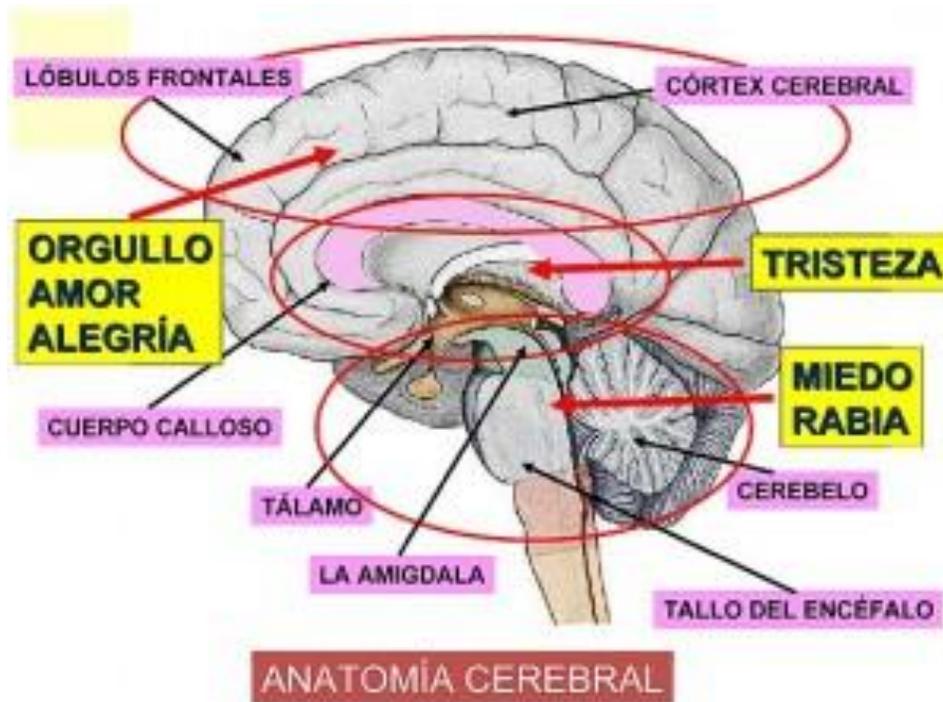
Una emoción se engendra de la siguiente forma:

- Unas informaciones sensoriales llegan a los centros emocionales del cerebro.
- Como consecuencia se produce una respuesta neurofisiológica.
- El neocórtex interpreta la información.

El proceso de la vivencia emocional se puede esquematizar así:



Las emociones tienen su asiento en el sistema límbico: una estructura ubicada bajo los hemisferios cerebrales, por lo que desde el punto de vista evolutivo es anterior al desarrollo de la corteza (donde radica el aprendizaje cognitivo). Se trata de un sistema que no posee control sobre sí mismo, por lo que es común que la parte emocional del cerebro responda con más rapidez y fuerza frente a una situación estresante. Es por eso que necesita una especie de “administrador” que le diga cómo y cuándo actuar. Algo que ponga freno, dando sentido a una situación emocional, antes de que se responda de forma impulsiva. Este administrador racional es precisamente una parte de la corteza: el lóbulo frontal ubicado justo detrás de la frente.



Las emociones son multidimensionales. Existen como fenómenos subjetivos, biológicos, propositivos y sociales. El componente subjetivo brinda un

sentimiento con significancia y significado personal. El componente biológico, alista el cuerpo para adaptarse a cualquier situación que se enfrente. El componente funcional convierte a la emoción en un agente de propósito que una vez experimentado beneficia al individuo. El componente expresivo es el aspecto comunicativo de la emoción al enviar señales faciales reconocibles, de postura y vocales que comunican la calidad de nuestra emotividad a otros (MARSHALL, 2003).

Las emociones se dividen en cinco categorías básicas:

- Miedo: la emoción del miedo es la que más atención ha recibido por parte de los investigadores y teóricos. De hecho, llegó a ser considerada por Freud como el problema central de la neurosis. El miedo es un sentimiento originado por un riesgo actual e inminente, por lo que se encuentra muy unido al estímulo que lo genera. Es una señal emocional de apercibimiento de que se aproxima un daño físico o psíquico. Conlleva una incertidumbre respecto a la habilidad para soportar o manejar la circunstancia amenazante (FERNÁNDEZ-ABASCAL, 2002).

El miedo motiva la defensa. Funciona como una señal de advertencia para el daño físico o psicológico por venir que se manifiesta en una excitación del sistema autónomo.

El denominador común en todas las circunstancias que causan miedo es su capacidad de poner en marcha el sistema de conducta aversiva del individuo, que suministra la activación requerida para evitar o escapar del acontecimiento en cuestión.

- Desagrado: es la respuesta emocional producida por la repulsión que se tiene a alguna cosa o por una sensación desagradable ocasionada por algo; es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más claras ya que si el estímulo es oloroso o gustativo, se manifiestan sensaciones gastrointestinales desagradables, como náuseas.

Puesto que el desagrado en su fenomenología genera aversión, la persona aprende las conductas de enfrentamiento necesarias para evitar las condiciones que le producen repugnancia. En consecuencia, la persona cambia hábitos y atributos personales.

- Ira: reacción de arrebato, o exasperación ocasionada por la indignación y el disgusto de sentir transgredidos nuestros derechos; es una respuesta emocional primaria que se exterioriza cuando la persona se ve sitiada en la conquista de un objetivo o en la satisfacción de una necesidad. Se produce ante circunstancias de rompimiento de compromisos, promesas, expectativas, reglas de conducta y todo lo vinculado con la libertad personal. Es un sentimiento que genera un impulso imperioso por suprimir o destruir al agente causante (FERNÁNDEZ-ABASCAL, 2002).

La ira y el miedo son las dos emociones más fuertes e irresistibles, aunque la ira es, por mucho, la más peligrosa ya que su finalidad es eliminar las barreras del entorno. En circunstancias extremas conlleva odio y violencia física y verbal.

- Tristeza: es una emoción que se engendra en respuesta a acontecimientos que son considerados como no agradables y que expresa aflicción o pesar.

La tristeza es la emoción más aversiva y negativa ya que motiva al individuo a iniciar cualquier conducta que sea necesaria para aliviar las circunstancias productoras de aflicción, antes de que ocurran de nuevo. La tristeza impulsa que la persona restituya el ambiente al estado anterior del evento penoso. Infortunadamente, no siempre es posible. Bajo estas condiciones de desesperanza, la persona se comporta en un estado letárgico e inactivo que en esencia provoca un alejamiento de la situación dolorosa.

La tristeza es distinta del miedo ya que es una respuesta a un hecho pasado, entretanto que el miedo anticipa un hecho futuro. La tristeza se produce por una necesidad imperiosa, imposible de satisfacer.

- Alegría: emoción positiva derivada de la disminución de un malestar, el logro de un objetivo o cuando tiene una experiencia estética. Se presenta de manera transitoria y ocasionalmente se vive un estado de placer intenso o éxtasis. Sus expresiones y su intensidad dependen del grado de deseabilidad

y cercanía psicológica de los sucesos, la cualidad de percance y el nivel de activación o excitación fisiológica anterior.

La función de la alegría es bipartita. Por una parte, posibilita una buena disposición para participar en actividades sociales. Las sonrisas de alegría fomentan la interacción social, y si las sonrisas continúan, entonces ayudan a que se formen y fortalezcan las relaciones.

Por otra parte, encontramos la función tranquilizadora. La alegría es una emoción positiva que hace placentera la vida. Lo agradable de la alegría, en consecuencia, contrarresta las inevitables experiencias de frustración, disgusto y afecto negativo general de la vida; nos permite preservar el bienestar psicológico (MARSHALL, 2003).

Para Nico Fridja (1988), las emociones se rigen por 12 leyes:

- Ley del significado situacional: *las emociones surgen en respuesta a ciertos acontecimientos*; la tristeza emerge por una pérdida personal, la furia por agravios y reveses, y así repetidamente. Se trata de hechos que son significativos para el individuo. Acaecimientos que cumplen las expectativas del individuo generan emociones positivas, y hechos que perjudican o amenazan esas expectativas originan emociones negativas.

- Ley de la preocupación: *las emociones emergen en respuesta a sucesos que son trascendentales para los objetivos, motivos o preocupaciones del sujeto.* Las emociones registran a la presencia de una preocupación.

- Ley de la realidad aparente: *las emociones son motivadas por acontecimientos interpretados como reales, y su intensidad corresponde con el grado en que esto es así.* Todo lo que parezca real, estimulará respuestas emocionales reales. Es decir, la manera en la que el sujeto interpreta las diferentes situaciones fija la emocionalidad.

- Ley del cambio: *las emociones son ocasionadas no tanto por la presencia de circunstancias favorables o desfavorables sino por los cambios esperados en esas circunstancias.* Es el cambio lo que importa, el cambio con respecto al actual nivel de adaptación. Por ejemplo, se saborea más una victoria cuando es incierto que cuando la posibilidad de la misma es muy clara.

- Ley de la habituación: *un placer prolongado se va disipando; una dificultad extendida va perdiendo su dureza.* El dolor por la pérdida de un amor va decreciendo con el tiempo, y el mismo amor paulatinamente va perdiendo su magia. La exposición prolongada a inclemencias aminora tanto el sufrimiento como el discernimiento moral.

- Ley del contraste afectivo: *la pérdida de una satisfacción no da lugar a un sentimiento neutro, sino a una inmensa desdicha; la desvanecimiento de una desventura causa una gran felicidad.*
- Ley del sentimiento comparativo: *la intensidad de una emoción depende de la relación entre el acontecimiento y algún esquema de referencia contra el que el hecho es evaluado.*
- Ley de la asimetría hedónica, o ley de la adaptación asimétrica al placer y al dolor: *el placer es circunstancial con el cambio y se desvanece con la satisfacción continuada. El dolor puede permanecer cuando perduran las situaciones desfavorables.* Nos habituamos a hechos que antes nos maravillaban y nos daban gran alegría. No nos aclimatamos al abuso y la humillación. El miedo puede permanecer indefinidamente, las esperanzas tienen fecha de caducidad. Lo malo tiene más fuerza que lo bueno, la mente humana no ha sido creada para la felicidad, sino para ejecutar las ciegas leyes biológicas de la supervivencia.

La adaptación a la satisfacción puede ser equilibrada recordándonos lo bienaventurados que somos, y lo desafortunados que seríamos si fuera diferente, sin embargo, no ocurre naturalmente sino que requiere un esfuerzo.

- Ley del cierre o clausura: *Las emociones están cerradas a juicios de la relatividad del impacto y a otros objetivos que no sean los suyos.* Tienden a ser absolutas y a tomar el control de la acción del sujeto. Por ejemplo, durante el duelo el individuo siente que su vida ya no tiene sentido, que no puede seguir sin la persona perdida; cuando un depresivo cae de nueva cuenta en depresión -aunque haya superado otros episodios depresivos antes- piensa que ésta es la peor de todas y que nunca saldrá de ella.

- Ley del cuidado por las consecuencias: *todo impulso emocional produce un segundo impulso emocional que tiende a modificarlo a la vista de sus posibles consecuencias.* Las personas reflexionan las consecuencias de sus emociones y actúan en función de ello. Por ejemplo, la furia incita a la violencia, pero la gente se abstiene de agredirse entre sí de cualquier forma. Las emociones dictan una respuesta, pero el individuo puede modificar la intensidad de esa respuesta.

- Ley de la carga más ligera: *siempre que una situación pueda ser vista de formas diferentes, existe una tendencia a verla de manera que minimice su "carga emocional negativa" para hacerla tolerable.*

- Ley de la mayor ganancia: *siempre que una situación pueda ser vista de formas diferentes, hay una tendencia a verla de forma que maximice nuestra ganancia emocional.* Por la predisposición de interpretar la situación de forma que más nos convenga (FRIJDA, 1988).

La emoción tiene tres funciones principales, adaptativa, social y motivacional.

La función adaptativa facilita al organismo la conducta apropiada para cada situación, preparándole para la acción:

Emoción	Función adaptativa	
Desagrado	Rechazo	<ul style="list-style-type: none"> - Respuestas de escape o evitación. - Desarrollo de hábitos higiénicos.
Alegría	Afiliación	<ul style="list-style-type: none"> - Disfrutar de diferentes aspectos de la vida. - Generar actitudes positivas. - Nexos de unión entre las personas. - Dotar a la persona de sensaciones de vigorosidad, competencia, etc. - Favorecer el aprendizaje y la memoria.
Miedo	Protección	<ul style="list-style-type: none"> - Respuestas de escape. - Focaliza la atención en el estímulo temido. - Moviliza una gran cantidad de energía.
Ira	Autodefensa	<ul style="list-style-type: none"> - Movilización de energía. - Eliminación de obstáculos.

		- Inhibir reacciones indeseables de otras personas.
Tristeza	Reintegración	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta la cohesión con otras personas. - Posibilidad de valorar otros aspectos de la vida. - Reclama la ayuda de otras personas. - Fomenta la aparición de empatía.

La función social, ya que la expresión de las emociones comunica nuestro estado de ánimo facilitando nuestras relaciones interpersonales, controlando la conducta de los demás, permitiendo la comunicación de los estados afectivos y promoviendo la conducta prosocial. La expresión emocional puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de conductas sociales (FERNÁNDEZ-ABASCAL, 2002).

Finalmente también cumpliría con una función motivacional, por la cual la emoción puede fijar la aparición de la conducta motivada, encaminarla a un objetivo y hacer que se lleve a cabo con una cierta intensidad. Las emociones son el sistema motivacional primario para la conducta humana, y desempeñan un papel decisivo en la energización de la conducta motivada y en los procesos de percepción, razonamiento y acción motivadora.

Para concluir, las emociones son procesos que aparecen cada vez que el aparato psíquico descubre algún cambio importante para el individuo lo que las convierte en un proceso adaptativo; las emociones tienen una alta flexibilidad y capacidad para evolucionar, desarrollarse y madurar.

3.3. Fundamentos teóricos de la autocomprensión.

Las emociones son fundamentales en la toma de decisiones; ya que en los momentos cruciales de la vida no sólo se utiliza la razón, para decidir, sino que la mayor influencia está dada por lo que dicten las emociones.

La autocomprensión es la habilidad fundamental del individuo para atender y distinguir sus emociones de forma adecuada y precisa, la capacidad para identificarlas y manejarlas apropiadamente.

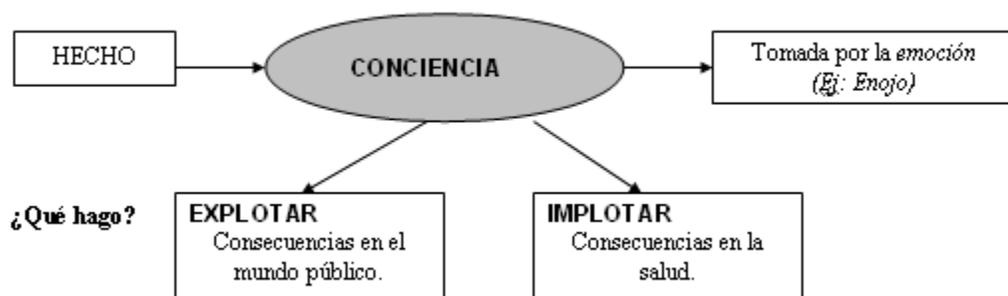
La autocomprensión es un ejercicio de introspección, autoevaluación y autovaloración que permite un conocimiento más preciso del sujeto y ofrece respuestas que le servirán como orientación para manejar sus emociones.

Para lograr la autocomprensión, es necesario el desarrollo de las siguientes competencias:

A. Autoconciencia.

La conciencia es el acto psíquico mediante el cual una persona se percibe a sí misma en el mundo. La autoconciencia implica reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones. Así como conocer las emociones propias y cómo afectan al sujeto, cuáles son sus virtudes y sus puntos débiles.

Para advertir las emociones, es necesario desapegarse de ellas para mirarlas desde otra perspectiva. Cuando el sujeto está encerrado en una emoción, no es consciente de ella. En vez de tener la emoción, es la emoción la que lo tiene a él. Por ejemplo, cuando un individuo se entera de un hecho que le causa enojo, su primera reacción (automática) es quedar preso de la emoción de la ira.



Si la ira toma el control del individuo, sus impulsos destructivos lo harán llevar a cabo acciones que luego éste lamentará. Por eso, usualmente se trata de reprimir la ira minimizándola

El problema de reprimir una emoción es que genera estrés y un desequilibrio peligroso para el sujeto. La mejor forma de manejar una emoción es auto-observarse con desapego para identificarla y decidir cómo manejarla en forma efectiva (BRANDEN, 2013).

B. Autoaceptación.

La segunda competencia para lograr la autocomprensión es aceptar las emociones sin reprimirlas ni censurarlas.

La autoaceptación de las emociones requiere aceptar la emoción de manera absoluta y examinar su origen y la forma manejarla de manera efectiva.

Por ejemplo, las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino, al sentirse tristes, se dicen: <No te pongas triste. ¡Arriba ese ánimo!>. Ellas quieren sentirse mejor, pero ese autoconsejo solo les va a traer problemas. Reprimir las emociones y obligarse a sentir algo que no sienten, está absolutamente contraindicado. Lo que deben hacer es aceptar la tristeza, preguntarse qué la causa y qué pueden hacer para sobrellevarla. Lo mismo cuando tienen temor, ira o cualquier otra emoción. Al autojuzgarse

negativamente por sus emociones añaden un sentimiento de culpa generando un segundo problema.

Para discernir la emoción, es necesario entender que no hay emociones buenas ni malas. Toda emoción puede ser una ocasión para el crecimiento o para el desastre. Es primordial aceptar las emociones sin juzgarlas, ya que aquello que es repudiado o enjuiciado, suele ser reprimido y relegado a la inconciencia donde crecen y se multiplican.

También se debe desechar la idea de que el sujeto puede controlar la aparición de estas emociones ya que están fuera del control volitivo directo del individuo. Lo que sí puede controlar es la forma de expresar estas emociones, pensamientos, sentimientos e impulsos automáticos en acciones voluntarias.

La autoconciencia requiere observar las emociones sin juzgarlas ya que no están bajo el control del sujeto. El individuo debe intentar comprender qué siente y piensa y por qué lo siente y lo piensa para encontrar el origen de sus emociones y buscar una manera efectiva de manejarlas.

C. Autorregulación.

La autorregulación la podemos definir como la habilidad para resistir los impulsos, controlar y redirigir las emociones y estados de ánimo. Pensar antes de actuar. Resistir la tentación.

Cuando el sujeto observa sus emociones de manera desapegada, puede contenerlas (no reprimirlas) dentro de sí mismo para elegir conscientemente qué hará y qué se abstendrá de hacer después de examinar la situación (LELORD, 2002).

Resumiendo, el problema no es que la mujer que padece cáncer cervicouterino se quiera quedar en la cama en vez de ir a la quimioterapia; el problema es que las ganas de quedarse en la cama la controlen de tal forma que abandone el tratamiento. De la misma manera, el problema no es que la mujer tenga miedo de morir a consecuencia del cáncer cervicouterino; el problema es que el miedo se adueñe de ella y la paralice. Si ella se adueña de su miedo, puede utilizarlo para motivarse y prepararse emocionalmente para seguir el tratamiento.

D. Autoanálisis.

La cuarta competencia involucra un análisis reflexivo para entender la emoción y examinar la racionalidad de los pensamientos que la fundan. Por ejemplo, la mujer puede estar enojada por haber sido diagnosticada con cáncer cervicouterino. Si tuviera una actitud reprobadora, podría autoincreparse: <¿Por qué te enfadas si nunca fuiste a hacerte el papanicolau?>.

El problema es que este monólogo sólo reprime la ira, convirtiéndola en resentimiento culposo (contra sí misma por enojarse). Para manejar apropiadamente la ira, la mujer que padece cáncer cervicouterino tiene que hacer un par de respiraciones para disminuir la tensión, y aceptar qué siente cómo se siente y entender que eso está bien; posteriormente indagar qué le molesta de dicha situación y qué puede hacer para resolverla.

E. Expresión consciente de las emociones.

La quinta competencia emocional es elegir conscientemente la forma de canalizar las emociones hacia acciones efectivas que beneficien al sujeto (DUQUE, 2007).

Cuando el sujeto se enfrenta a una situación que lo desestabiliza emocionalmente, debe seguir los siguientes pasos (DAVIS, 2001):

- Reconocer que se encuentra dominado por una emoción: ira, desagrado, tristeza, temor. Tener conciencia de ello y entender que no debe actuar en ese estado ya que no piensa con claridad.

- Relajarse.

- Iniciar una acción comunicacional o conductual respecto a la situación que lo desestabilizó emocionalmente. El individuo no debe reprimirse, ni

aguantarse, ni resignarse; puede abstenerse de actuar pero ello en sí mismo es una acción. El sujeto debe usar la razón para dominar la emoción y desdramatizarla (¿Es tan importante realmente?, ¿qué es lo peor que puede pasar?, etc.).

Salovey y Mayer proponen un método de controlar las emociones que incluye cuatro técnicas distintas: identificar las emociones, utilizarlas, comprenderlas y conducirlas (FERNÁNDEZ P. , 2005).

Identificar las emociones	Saber lo que se está sintiendo no es fácil. La percepción de las propias emociones implica saber prestarle atención al estado interno pero normalmente el individuo gasta mucha energía tratando de distanciarse de sus emociones, intentando no sentirlas, no pensar en ellas, no experimentarlas, unas veces porque son desagradables o difíciles y otras porque no encajan con su idea de lo que debería sentir.
Utilizar las emociones	El uso adecuado de las emociones permite guiar el proceso de pensamiento para resolver los problemas.

<p>Comprender las emociones</p>	<p>Las emociones no son acontecimientos aleatorios, tienen una serie de causas subyacentes. Las emociones cambian siguiendo una serie de reglas y, por lo tanto, pueden llegar a comprenderse.</p> <p>El conocimiento de las emociones se refleja en la manera de expresarlas y la capacidad para realizar el análisis de emociones futuras</p>
<p>Conducir las emociones</p>	<p>Dado que las emociones contienen información e influyen en el pensamiento, es necesario incorporarlas de forma inteligente a la solución de problemas.</p>

Así, la autocomprensión permite al individuo tener una concepción precisa de sí mismo para saber qué puede hacer, cómo reacciona y qué debe evitar. a través de la autocomprensión, el sujeto conoce qué tipo de emociones está sintiendo y por qué; comprende cómo las emociones influyen en sus pensamientos, sus palabras y sus acciones.

3.4. La importancia de la aceptación.

Usualmente, concebimos la aceptación, con aguantar lo mal hecho, con la mediocridad y la resignación; sin embargo, aceptar algo es un acto de valentía que conlleva la decisión de comprender y afrontar la realidad. Aceptar algo (sin importar qué sea) supone comprender una idea desde el punto de vista cognitivo sino también compartirla desde la perspectiva emocional.

Vale comentar que la aceptación no implica resignación a la situación, significa comprenderla en su totalidad, estudiar sus pros y sus contras y seguir adelante. Por supuesto, para aceptar algo antes debemos analizarlo, de manera crítica, verlo desde afuera para apreciar todas sus aristas.

Sin embargo, comprender algo no significa aceptarlo. Entender el origen del problema y sus consecuencias nos mantiene en el plano racional y es necesario escalar al siguiente peldaño, la aceptación emocional, la cual conlleva comprender y aceptar las emociones tanto positivas como negativas para tener nuevas perspectivas que permitan analizar el problema desde una posición más lógica.

Rafael Echeverría, define la aceptación del siguiente modo: *Decimos estar en paz cuando aceptamos vivir en armonía con las posibilidades que nos fueron cerradas. Estamos en paz cuando aceptamos las cosas que no están en nuestras manos cambiar* (SARRO, 2013).

En ese entendido, la aceptación presupone el hecho de aceptar las cosas por lo que son pero también por lo que no son, sin tomar una actitud pasiva donde no estamos satisfechos con nuestra elección. *Al contrario, cuando aceptamos un hecho, con las implicaciones que el mismo tiene para nosotros, estamos asumiendo una actitud activa ante la vida. De esta forma, la aceptación genuina nos brinda la posibilidad de ver el mundo con otros ojos y de desempeñar un papel activo ante el mismo. Cambia nuestra posición, de víctimas pasamos a protagonistas* (BEVIONE, 2010).

Aceptación con mayúscula es establecer una relación positiva con lo real. Ver lo que es y convivir y crecer con ello. La aceptación es la capacidad de ver lo que considero "limitación" sin que me oculte mis posibilidades reales (BEVIONE, 2010).

3.5. Fundamentos teóricos del cáncer cérvico uterino.

El cuerpo está compuesto por millones de millones de células vivas. Las células normales del cuerpo se desarrollan, se dividen para crear nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más ágilmente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para sustituir a las células desgastadas o a las que están muriendo y para subsanar lesiones.

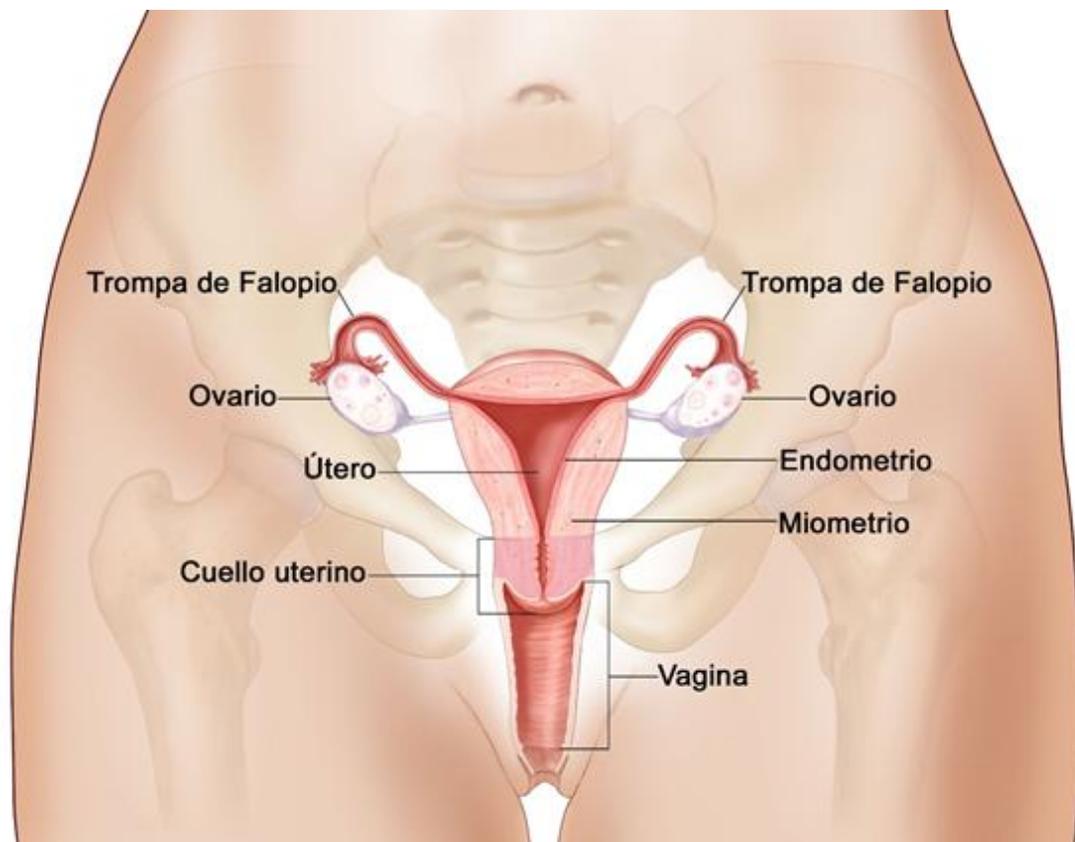
El cáncer se suscita cuando las células en alguna parte del cuerpo empiezan a crecer de forma descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos inician debido al crecimiento descontrolado de unas células anormales.

El crecimiento de las células cancerosas es distinto al crecimiento de las células normales. En vez de morir, las células cancerosas siguen creciendo y forman nuevas células anormales. En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan descontroladamente e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

Las células cancerosas a menudo se trasladan a otras partes del organismo donde comienzan a crecer y a formar nuevos tumores que reemplazan al tejido normal. A este proceso se le conoce como metástasis. Ocurre cuando las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de nuestro organismo.

Cuando el cáncer se origina en los órganos reproductores de la mujer, se denomina cáncer ginecológico. Los cinco tipos principales de cáncer ginecológico son: cáncer de cuello uterino, ovario, útero, vagina y vulva. (Un sexto tipo de cáncer ginecológico muy poco frecuente es el cáncer de las trompas de Falopio).

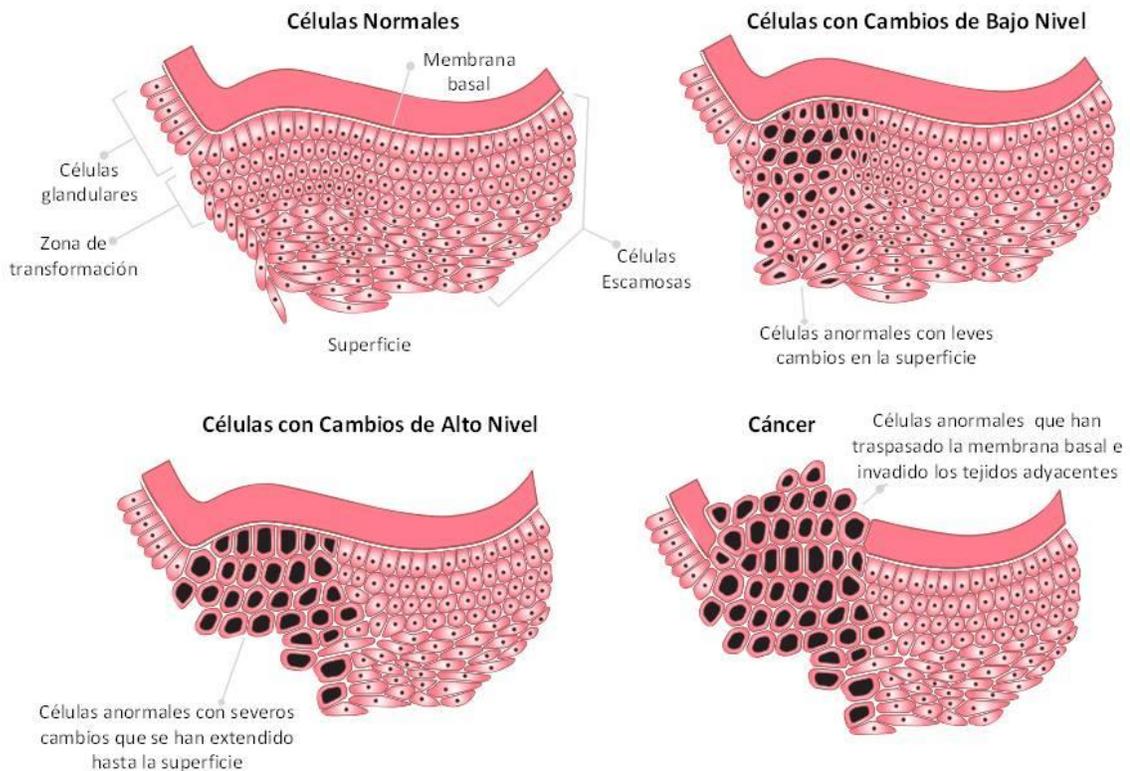
El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los médicos usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer (LAZCANO, 2005).



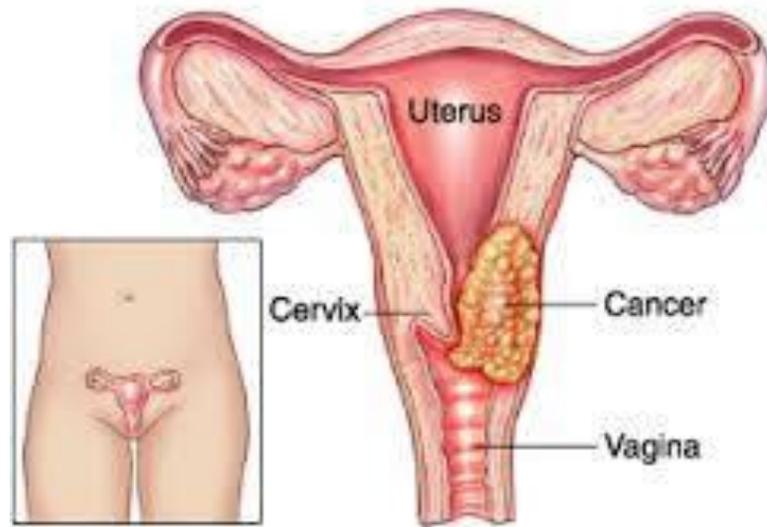
Los cánceres de cuello uterino y los precánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio.

Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son:

- a) El carcinoma de células escamosas que comienza en las células delgadas y planas que revisten el cuello uterino. La mayoría (9 de 10 casos) de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas.



- b) El adenocarcinoma comienza en las células del cuello del útero que elaboran moco y otros líquidos (CARRERAS, 2008).



Aunque los cánceres cervicales se originan de células con cambios precancerosos, sólo algunas de las mujeres con precánceres de cuello uterino padecerán cáncer. Por lo general toma varios años para que un precáncer de cuello uterino cambie a cáncer de cuello uterino, aunque esto puede ocurrir en menos de un año. En la mayoría de las mujeres, las células precancerosas desaparecerán sin tratamiento alguno. Aun así, en algunas mujeres los precánceres se convierten en cánceres verdaderos (invasivos).

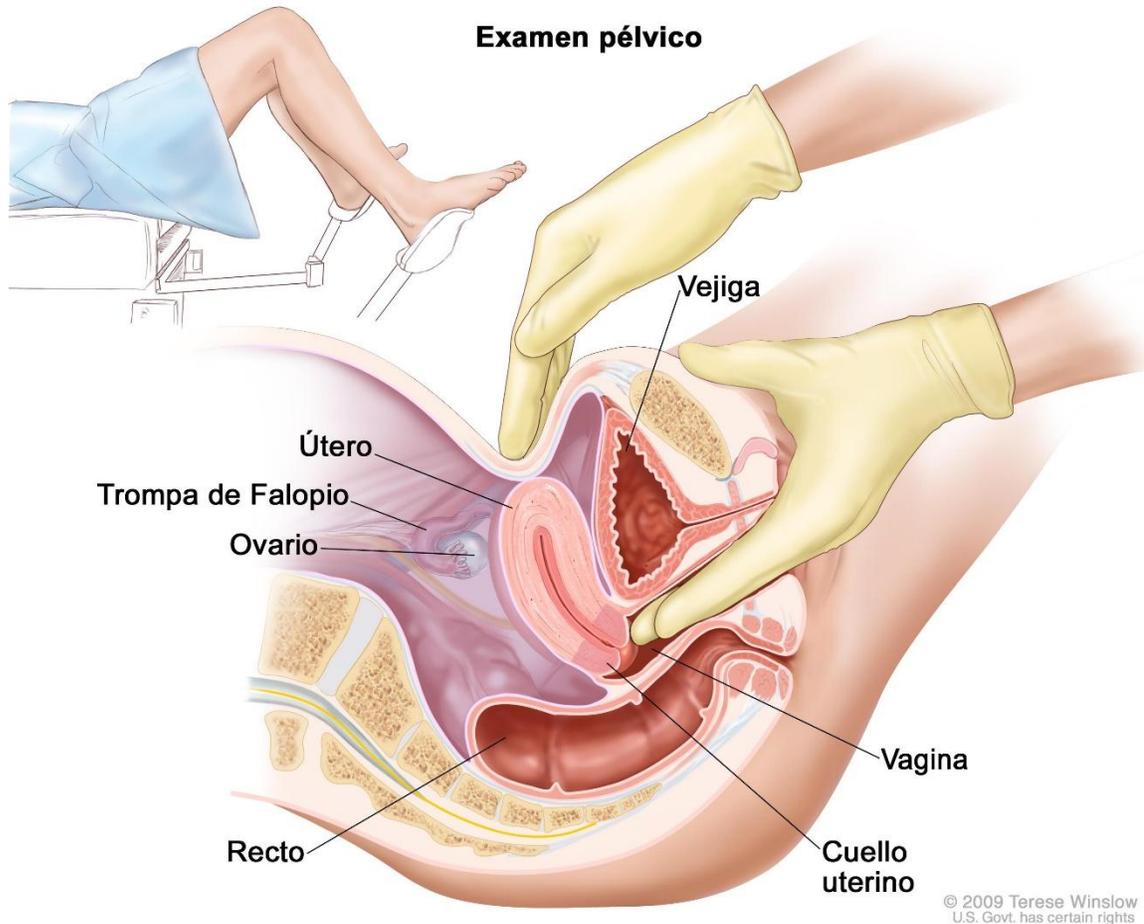
Cuando una mujer recibe un diagnóstico de cáncer de cérvix, es natural preguntarse qué pudo haber causado la enfermedad. Los médicos generalmente no pueden explicar por qué el cáncer de cérvix se presenta en una mujer, pero no en otra. Sin embargo, sí sabemos que la mujer que tiene ciertos factores de riesgo puede tener más probabilidad que otras mujeres de padecer cáncer de cérvix. Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen: Infección por

el virus del papiloma humano, tabaquismo, inmunosupresión, infección con clamidia, una alimentación con pocas frutas y verduras, tener sobrepeso, uso prolongado de anticonceptivos orales, tener muchos embarazos a término, tener menos de 17 años en el primer embarazo a término, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino.

En la detección del cáncer cervicouterino se pueden utilizar los siguientes procedimientos (LACRUZ, 2003):

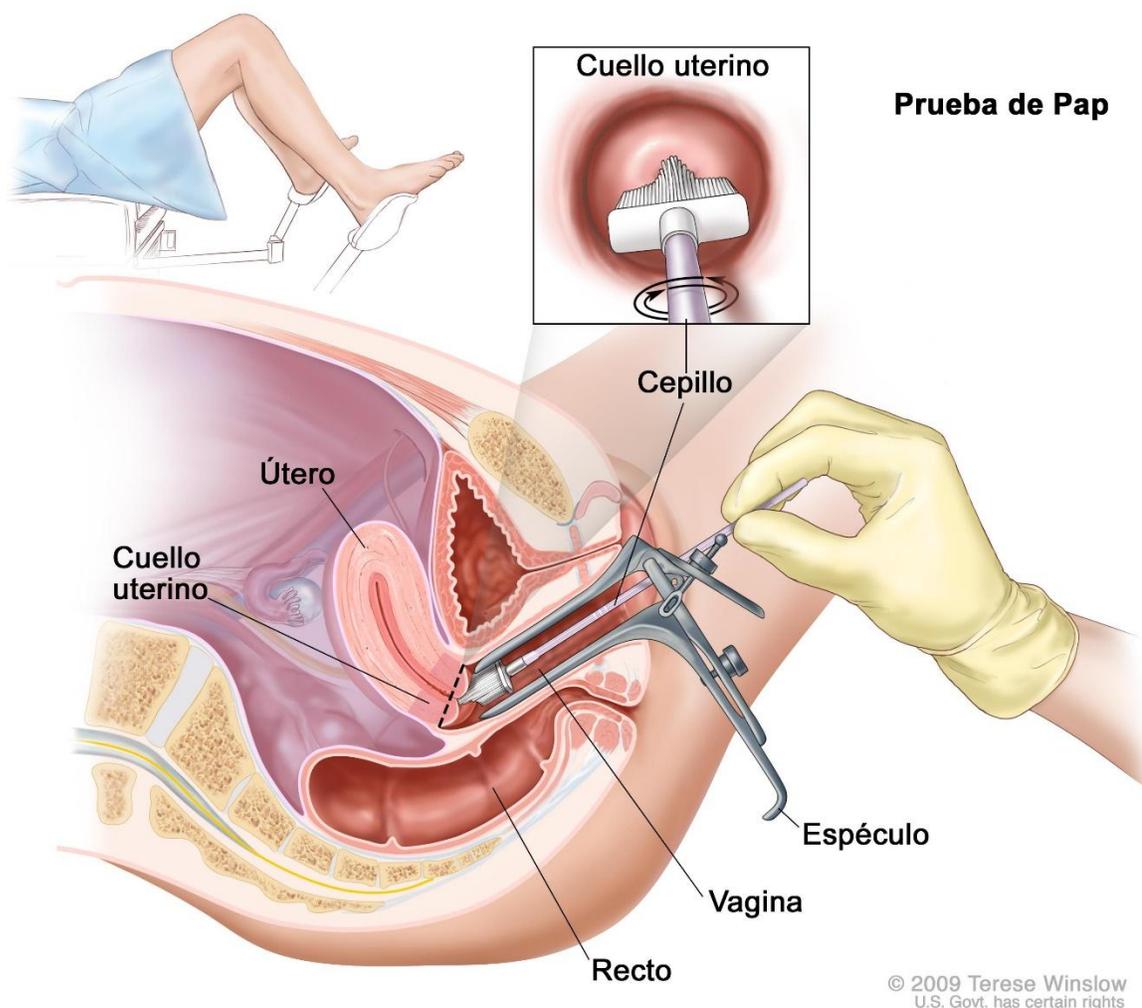
- **Examen físico y antecedentes:** examen del cuerpo para revisar el estado general de salud, como identificar cualquier signo de enfermedad, como nódulos o cualquier otra cosa que parezca inusual. También se toman datos sobre los hábitos de salud del paciente, así como los antecedentes de enfermedades y los tratamientos aplicados en cada caso.
- **Examen pélvico:** examen de la vagina, el cuello del útero, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, y el recto. Se introduce un espéculo en la vagina y el médico o enfermera revisa la vagina y el cuello uterino en busca de enfermedad. Por lo general se realiza una prueba de papanicolau del cuello uterino. El médico o enfermero introduce también uno o dos dedos de una mano, enguantados y lubricados dentro de la vagina y coloca la otra mano en la parte baja del abdomen para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y los ovarios. El médico o enfermero también introduce un

dedo enguantado y lubricado en el recto para palpar masas o áreas anormales.



- **Prueba de papanicolau:** procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se utiliza un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y la vagina. Las células se examinan bajo un microscopio para determinar si son

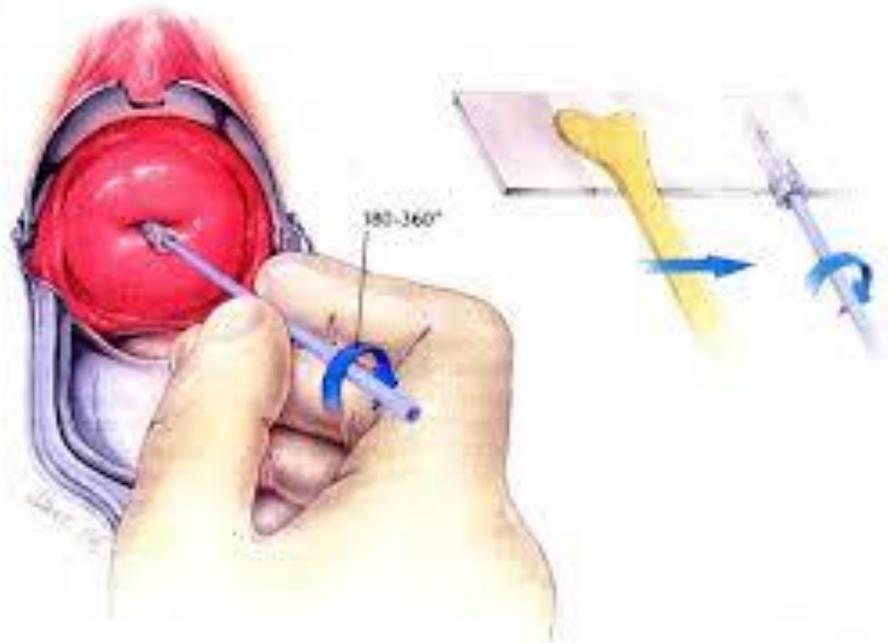
anormales. Este procedimiento también se llama prueba citología exfoliativa o citología vaginal.



- **Prueba del virus del papiloma humano (VPH):** prueba de laboratorio en la que se analiza el ADN (ácido desoxirribonucleico) o el ARN (ácido ribonucleico) para determinar si hay ciertos tipos de infección por el VPH. Se extraen células del cuello uterino y se revisan para ver si la causa de la infección es algún tipo de VPH que está relacionado con el cáncer de cuello

uterino. Esta prueba se puede llevar a cabo con el uso de las muestras de células que se extraen durante una prueba de papanicolau. Este análisis también se hace si los resultados de la prueba de papanicolau muestran ciertas células anormales en el cuello uterino.

- **Legrado endocervical:** procedimiento para el que se recogen células o tejidos del canal del cuello uterino mediante una cureta (instrumento en forma de cuchara con un borde cortante). Se extraen muestras de tejido y se observan bajo un microscopio para determinar si hay signos de cáncer. Algunas veces, este procedimiento se lleva a cabo al mismo tiempo que la colposcopia.



- **Colposcopia:** procedimiento mediante el cual se usa un colposcopio (un instrumento con aumento y luz) para determinar si hay áreas anormales en la vagina o el cuello uterino. Se pueden extraer muestras de tejido con una cureta (una herramienta en forma de cuchara con un borde cortante) o un cepillo para observarlas bajo un microscopio y determinar si hay signos de enfermedad.



- **Biopsia:** si se encuentran células anormales en una prueba de papanicolau, el médico puede realizar una biopsia. Se corta una muestra de tejido del cuello uterino para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer. Una biopsia en la que solo se extrae una pequeña cantidad de tejido se realiza generalmente en el consultorio del médico.

Biopsia cervical ("con sacabocados"): se toman pequeñas muestras de tejido del cuello uterino y se las examina para hallar enfermedades u otros problemas



Cuello uterino visto a través del espéculo con la paciente en posición de litotomía

ADAM.

Puede ser necesario que la mujer vaya a un hospital para que se le practique una biopsia de cono cervical (extracción de una muestra más grande de tejido cervical, en forma de cono).

Biopsia de cono frío: Se extrae un área grande de tejido de alrededor del cuello uterino para examinarlo



Cuello uterino visto a través del espéculo, con la paciente en posición de litotomía

ADAM.

Las mujeres con cáncer cervicouterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito).
- Dolor en la pelvis.

La clasificación por etapas (estadios) o estadificación es el proceso para determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer. Se utiliza la información de los exámenes y pruebas de diagnóstico para determinar el tamaño del tumor, hasta qué punto éste ha invadido los tejidos en o alrededor del cuello uterino y la propagación a los ganglios linfáticos u otros órganos distantes (metástasis). Este es un proceso importante porque la etapa del cáncer es el factor más relevante

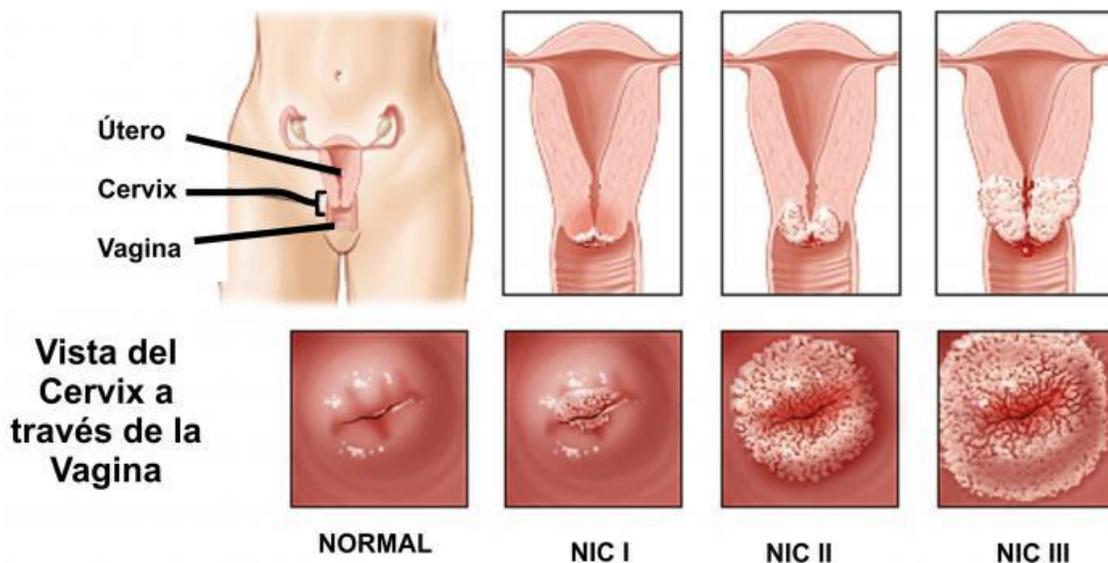
para seleccionar el plan de tratamiento adecuado. La etapa de un cáncer no cambia con el paso del tiempo, incluso si el cáncer progresa. A un cáncer que regresa o se propaga se le sigue conociendo por la etapa que se le asignó cuando se encontró y diagnosticó inicialmente, sólo se agrega información sobre la extensión actual del cáncer. Una persona mantiene la misma etapa de diagnóstico, pero se agrega más información al diagnóstico para explicar la condición actual de la enfermedad.

El cáncer cervical suele diseminarse con más frecuencia a los tejidos cercanos en la pelvis o a los ganglios linfáticos. También puede diseminarse a los pulmones, al hígado o a los huesos. Cuando el cáncer se disemina desde su lugar original a otra parte del cuerpo, el nuevo tumor tiene el mismo tipo de células cancerosas y el mismo nombre que el tumor original. Por ejemplo, si el cáncer cervical se disemina a los pulmones, las células cancerosas en los pulmones son en realidad células cancerosas de cérvix. La enfermedad es cáncer cervical metastático, no cáncer de pulmón. Por este motivo, se trata como cáncer cervical y no como cáncer de pulmón. Los médicos llaman al nuevo tumor en el pulmón enfermedad “distante” o metastática.

El estadio o etapa se determina según el lugar en donde se encuentra el cáncer. Estos son los estadios del cáncer cervical invasor (LAZCANO, 2005):

- Estadio I: las células cancerosas solo se encuentran en el cérvix.

- **Estadio II:** el tumor crece a través del cérvix e invade la parte superior de la vagina. Puede haber invadido otros tejidos cercanos, pero no la pared pélvica (el recubrimiento de la parte del cuerpo ubicada entre las caderas) o la parte inferior de la vagina.
- **Estadio III:** el tumor ha invadido la pared pélvica o la parte inferior de la vagina. Si el tumor es lo suficientemente grande para obstruir uno o ambos tubos por los que pasa la orina desde los riñones, los resultados de laboratorio pueden indicar que los riñones no están trabajando debidamente.
- **Estadio IV:** el tumor invade la vejiga o el recto o el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como los pulmones.



Las opciones de tratamiento dependen de los siguientes aspectos: el estadio del cáncer, tipo de cáncer de cuello uterino, si la paciente desea tener

niños, la edad de la paciente. Los tipos de tratamientos del cáncer de cuello uterino comunes incluyen:

- Cirugía: criocirugía, cirugía láser, conización, histerectomía, cervicectomía, exenteración pélvica y disección de los ganglios linfáticos pélvicos.
- Radioterapia: usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas.
- Quimioterapia: uso de fármacos para destruir las células cancerosas.

El pronóstico (probabilidad de recuperación) depende de los siguientes aspectos:

- Estadio del cáncer (tamaño del tumor y si afecta el cuello uterino de forma total o parcial, o se diseminó a los ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo).
- Tipo de cáncer de cuello uterino.
- Edad y estado general de salud de la paciente.
- Si la paciente tiene cierto tipo de virus del papiloma humano (VPH).
- Si la paciente presenta el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

- Si el cáncer está recién diagnosticado o recidivó (volvió).

3.6. Fundamentos teóricos del enfoque humanista.

La psicología humanista nació en los años sesenta en los Estados Unidos, dentro de un movimiento cultural denominado Contracultura. Se le conoce como la “tercera fuerza de la psicología” porque surge en oposición al psicoanálisis y al conductismo, que tenían como denominador común el determinismo como principio básico de la naturaleza del hombre; para los psicoanalistas la conducta era desencadenada por impulsos internos y para los conductistas era impulsada por el ambiente exterior.

Los planteamientos fundamentales del humanismo son a saber:

- a) El hombre es único e irrepetible.
- b) El ser humano es intrínsecamente bueno y tiende a la autorrealización.
- c) Concepto de conciencia ampliado: la conciencia que tiene el hombre de sí mismo y la forma en que se identifica con su yo o ego, es uno de los varios estados y niveles de conciencia que puede alcanzar, pero no es el único.
- d) Superación de la escisión mente/cuerpo: la psicología humanista reconoce al cuerpo como una fuente válida de mensajes acerca de lo que el hombre es,

hace y siente, así como medio de expresión de sus emociones y pensamientos. El hombre funciona como un organismo total, en que mente y cuerpo son distinciones hechas sólo para facilitar la comprensión teórica.

- e) Reequilibrio entre polaridades y revalorización de lo emocional: la cultura occidental ha tendido a valorar lo racional sobre lo emocional. Esto produce un desequilibrio en el individuo, ya que desconoce aspectos valiosos del mismo o los subestima, relegándolos al control de otros. El cultivo de lo emocional, lo intuitivo, lo contemplativo, por parte de la psicología humanista, es un intento por restablecer ese equilibrio.

- f) Valoración de una comunicación que implique el reconocimiento del otro en cuanto tal: dejar de considerar a los otros como objetos o medios para lograr objetivos personales. Esta manera de relacionarse con los demás restringe la comunicación, ya que se concentra en sólo una parte del otro (la que es útil, por ejemplo), y no lo aprecia en su totalidad (ALMENDRO, 2006).

El humanismo analiza al individuo consciente y sano, e intenta llevarlo a una autorrealización de sus virtudes. Los modelos humanistas se identifican por creer que cada persona es única, buena por naturaleza, responsable de sus actos y con un potencial innato de crecimiento y desarrollo que lo encamina a la autorrealización o a la obtención de metas positivas como el amor, la armonía y felicidad (JOURARD, 1987).

Los humanistas refutan el concepto de enfermedad mental y las tipificaciones de los trastornos mentales, pues afirman que toda conducta es normal en sí, ya que debido a la comprensión empática, se sitúan en los zapatos de la persona afectada. Deducen que la enfermedad se deriva de que el potencial de crecimiento se encuentra escondido, obstruido o distorsionado de alguna forma pero consideran que las respuestas se encuentran en la conciencia o experiencia del aquí y ahora (MARTÍNEZ M. , 2007).

La modelo humanista ve al cuerpo como una fuente legítima de información sobre lo que el individuo es, siente y hace, y como una forma de expresión de sus intenciones y pensamientos. La psicología humanista retoma la parte emocional e intuitiva del sujeto la cual estaba minimizada y olvidada por una excesiva racionalización provocando un desbalance en el individuo. Por ello las terapias humanistas integran cuerpo-mente, rescatan el trabajo corporal, el juego, la creatividad o la contemplación (FEIXAS, 1993).

La autorrealización ocurre cuando el individuo toma conciencia de sí mismo y de cómo se identifica con el "yo o ego". Sin embargo, el modelo humanista va más allá y defiende que, en el camino de la autorrealización, se trata de alcanzar niveles de conciencia más avanzados, elevados y desarrollados que lleven al individuo a trascender el ego y expresar la sabiduría de la que forma parte.

Los postulados básicos que la psicología humanista brinda acerca del hombre son (MARTÍNEZ M. , 2007):

- a. El hombre es un todo en el que se originan: emociones, pensamientos, conductas y acciones. Éste enfoque holista tiene como objetivo estudiar al ser humano en su totalidad y no fragmentadamente.
- b. El hombre tiene un núcleo central estructurado. Dicho núcleo es su «yo», su «yo mismo» (*self*) que es la fuente y la estructura de todos sus procesos psicológicos.
- c. La autorrealización es innata al hombre y le da su individualidad, crecimiento e indiferenciación personal. El ser humano busca trascender las situaciones adversas; y si el medio es propicio, genuino y empático, desarrollará sus potencialidades.
- d. El hombre lleva a cabo su existencia en un contexto interpersonal, que le permite su desarrollo sin perder su individualidad dentro de las relaciones sociales.
- e. El hombre es consciente de sí mismo y de su existencia. Actúa acorde con lo que fue en el pasado y preparándose para el futuro.

- f. El hombre es un ser autónomo, activo y constructor de su propia vida ya que se encuentra dotado con facultades de decisión, libertad y conciencia para tomar sus propias decisiones.
- g. El hombre es intencional. Esto significa que sus actos volitivos reflejan sus propias decisiones desde la perspectiva personal de dignidad y de igualdad.
- h. La experiencia interior del hombre es vivenciada como personal y tiene un significado producido por la propia persona. Estas experiencias y su significado son los cimientos del desarrollo y de las percepciones del hombre mismo.

Los principales referentes de la psicología humanista son Abraham Maslow, Carl Rogers, Fritz Perls, Victor Frankl, Arthur Janov, Rollo May, Eric Berne y Alexander Lowen.

Los partidarios de esta orientación psicológica comparten cuatro características fundamentales (MARTÍNEZ M. , 2007):

- a) Se enfocan en la persona, su experiencia interior, el significado que la persona da a sus experiencias.
- b) Enfatizan las características distintivas y específicamente humanas como son la creatividad, autorrealización, decisión, etc.

- c) Mantienen el criterio de significación intrínseca a la hora de seleccionar los problemas a investigar, en contra de un valor inspirado únicamente en el valor de la objetividad.
- d) Se comprometen con la dignidad humana y se interesan por el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona. Ésta se descubre tal y como está se en relación con otras personas y con otros grupos sociales.

Dentro de la psicología humanista destacan los siguientes enfoques:

- a) Enfoque transpersonal o psicología transpersonal de Abraham Maslow. Su concepto fundamental es la autorrealización, en la que una vez satisfechas las necesidades básicas en el ser humano aparecen las metanecesidades que están relacionadas con la satisfacción psíquica, por lo tanto es la búsqueda del ser lo que centrará la psicoterapia de la psicología humanista.
- b) La psicología y la psicoterapia humanista de Carl Rogers. Se conoce como terapia no directiva y centrada en el cliente y se fundamenta en dos conceptos básicos: confianza total en la persona del cliente y rechazo total al papel directivo del terapeuta.
- c) Logoterapia de Víctor Frankl. Es un método psicoterapéutico que tiene como objetivo ayudar al paciente a restaurar su sentido de la vida. La logoterapia descubre los síntomas de vacío existencial y despierta en el individuo,

la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida; busca además hacerlo consciente de su libre albedrío para que lo asuma responsablemente.

d) El análisis transaccional de Eric Berne. La terapia transaccional es un método contractual que permite al individuo: comprender como entra en relación con los demás, lo que busca en sus relaciones y cuáles son las raíces ocultas que lo hacen reaccionar de manera repetitiva; sentir y tomar conciencia de qué es lo que pasa en él y cuáles son sus metas; tomar la iniciativa para poner en marcha los cambios necesarios para lograr sus objetivos. El contrato establece un compromiso entre el cliente y el terapeuta. El primero, se compromete a poner de su parte toda la energía disponible con el fin de resolver los problemas para lograr sus metas, y el segundo se obliga a proporcionar al cliente el espacio y el tiempo adecuado para que se realice el cambio, además pone a disposición del cliente sus conocimientos y habilidades con el fin de que el cliente las use para resolver sus problemas.

e) Enfoque bioenergético de Alexandrer Lowen. La terapia bioenergética es a la vez una forma de entender la personalidad humana en función de los procesos energéticos del cuerpo y una forma de psicoterapia. No tenemos cuerpo, sino que somos cuerpo y es en éste, donde nuestros conflictos y bloqueos psicológicos van imprimiendo su huella y poco a poco, se va configurando nuestra coraza muscular en función de nuestras vivencias. Esta coraza de alguna forma distorsiona el flujo de energía vital. El terapeuta

provoca con ejercicios físicos a sus pacientes para que surjan las emociones reprimidas, registradas en el cuerpo como tensiones musculares. Para esto trabaja con sus manos sobre los músculos contraídos, prescribe posiciones estresantes y movimientos expresivos a la vez que pide al paciente que se abandone a las emociones que emergen. El objetivo es ayudar al individuo a gozar al máximo de las funciones básicas del cuerpo: respiración, movimientos, auto expresión, sexualidad, sentimientos y emociones (LOWEN, 2005).

- f) El psicodrama dentro de las teorías humanistas está relacionado con la patología que surge cuando las personas admiten roles inadecuados y además los convierten en roles rígidos que van dañando a la persona. Para eliminar las patologías que se derivan de los roles que asumen las personas es necesario realizar psicodramas o psicoterapias que permitan deshacerse de esos roles y asumir otros adecuados (QUITMANN, 1989).

Es posible extraer un determinado número de características comunes y compartidas por estos enfoques:

- a) El actuar del individuo es intencional. La búsqueda de sentido y las motivaciones axiológicas (libertad, dignidad) son inherentes al sujeto.

- b) La conducta del individuo está condicionado por la percepción que tiene de sí mismo y del mundo. El sujeto crea la realidad a partir de sus percepciones intrínsecas. Solo se puede comprender a alguien poniéndose en su lugar.
- c) Se confiere poca importancia a la historia del cliente. Se da prioridad a la experiencia inmediata y las emociones. La terapia se centra lo que está sucediendo durante la sesión. Se considera fundamental el presente que vive el individuo.
- d) Solo se puede comprender a alguien poniéndose en sus zapatos para observar el mundo a través de sus ojos. De esta manera, se refuta el concepto de enfermedad mental y las etiquetas diagnósticas, asumiendo que todo comportamiento es normal si se mira desde la perspectiva del individuo afectado.
- e) Se da más valor a las actitudes del terapeuta que a las técnicas concretas.
- f) El ser humano es superior a la suma de sus partes y debe ser concebido globalmente (MARTÍNEZ M. , 2007).

Entre las críticas a la psicología humanista destacan:

- a) Ausencia de rigor teórico al privilegiar la experiencia directa y el aprendizaje vivencial.

- b) Excesos en la demanda de la subjetividad y el repudio del experimentalismo.
- c) Ausencia de definiciones operacionales de los conceptos y postulados básicos, lo que dificulta su investigación.
- d) Excesivo énfasis en una visión positiva y optimista del ser humano.

- **Abraham Maslow.**

La teoría de Abraham Maslow fue desarrollada con base en experimentos realizados a primates, Maslow observó que las necesidades son inherentes en los seres vivos. A partir de este principio, Maslow descubrió que existen necesidades que ocupan un lugar prioritario en los seres vivos. Este descubrimiento generó el desarrollo de la famosa pirámide de necesidades que consta de cinco niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como «necesidades de déficit»; al nivel superior lo denominó «autorrealización». «La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de autorrealización es una fuerza impelente continua». La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía (MASLOW, 1993).



Necesidades fisiológicas. Su función es mantener al organismo con vida, circunscriben la comida, el descanso, la excreción de desechos, el equilibrio térmico y la homeostasis general del organismo. La satisfacción de estas necesidades es imprescindible, debido a que si no son satisfechas, el organismo puede morir.

Necesidades de seguridad. Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas siguen las necesidades de seguridad, que se refieren a la protección, la estabilidad y el abrigo o refugio.

Necesidades de pertenencia. El distintivo de estas necesidades es el requerimiento social; los amigos, la pareja o la familia forman parte fundamental

de dichas necesidades. El miedo de no cubrir dichas necesidades es quedarse solo. Cabe destacar que desde este nivel se ubican las necesidades psicológicas, porque no son necesariamente vitales.

Necesidades de estima. Se encuentran relacionadas con sentirse querido, por ello el sujeto busca el afecto o el reconocimiento de sus pares; por ejemplo, llamar la atención, tener reputación o estatus, o sentirse importante. La sensación de confianza y la consecución de objetivos y metas forman parte de la satisfacción de estas necesidades.

Necesidades de trascendencia. Este último nivel es el más difícil de alcanzar, y no todos los seres humanos llegan a satisfacer estas necesidades. La trascendencia implica tener la sensación de que, paradójicamente, no se necesita nada; es una sensación que dura relativamente poco tiempo.

Estas necesidades no son una meta inalcanzable o que se limiten a algunas personas específicamente, existen “momentos cumbre” como los denominó Maslow, en los cuales se alcanza este nivel, por ejemplo, el nacimiento de un hijo, la conclusión de algún proyecto importante, el reconocimiento de algún mérito, o incluso, el orgasmo en una relación sexual. Maslow menciona que lo ideal es que las personas escalen esta pirámide de necesidades para llegar a ser felices, sin embargo a veces no es posible, debido a que la sociedad influye de tal manera que estas necesidades se pueden modificar o no lleguen a alcanzarse. Por ejemplo, una persona de escasos

recursos se ocupará la mayor parte del tiempo en satisfacer las primeras necesidades que en llegar a la cúspide, aunque esto no es una regla ni una ley que tenga que cumplirse; el humanismo demuestra que el ser humano puede desarrollar sus potencialidades a pesar de las adversidades, como lo menciona Viktor Frankl en su teoría llamada logoterapia, en la cual se pretende la búsqueda del verdadero sentido de la vida de cada persona (SEELBACH, 2013).

Las personas autorrealizadas tienen las siguientes características:

- a) Están centradas en la realidad y saben diferenciar lo falso de lo real.
- b) Enfrentan los problemas en virtud de sus soluciones.
- c) Tienen una percepción diferente de los significados y los fines por lo cual el fin No justifica los medios.
- d) Necesitan privacidad y disfrutan la soledad.
- e) Son independientes de la cultura y el entorno dominante, basándose en experiencias y juicios propios.
- f) Son renuentes a la enculturación y no ceden ante la presión social.
- g) Aceptan la variedad étnica e individual.

- h) Tienen sentido de pertenencia a la comunidad.
- i) Su círculo social se reduce a amigos cercanos y familia.
- j) No les agradan las bromas dirigidas a los demás, prefieren las bromas a costas de sí mismos.
- k) Se aceptan así mismos y a los demás tal y como son.
- l) Son creativos, inventivos y originales.
- m) Viven con más intensidad que los demás.

- **Carl Rogers.**

Rogers concibe al individuo desde una perspectiva positiva: “el hombre es bueno y saludable por naturaleza”. El sujeto se halla en constante cambio y se debe adecuar a las circunstancias en las que vive, esta adaptación depende de la capacidad que tenga de aprender de las experiencias que ha tenido; también señala que esta capacidad de adaptación es parte del sujeto, y a esta cualidad la denominó tendencia actualizante, lo cual significa que todos los seres vivos, de forma innata, tienen una motivación de crecimiento y de supervivencia, en el individuo esta tendencia va más allá de la supervivencia, hasta llegar a un grado

de autorrealización, similar a la pirámide de Maslow en su último nivel (SEELBACH, 2013).

La concepción teórica del ser humano para Rogers se basa en un proceso, es decir, el ser humano se construye, se moldea, se realiza todo el tiempo, este proceso siempre es en beneficio de sí mismo. En este sentido, la personalidad se desarrolla basada en las experiencias cotidianas y en la tendencia actualizante de cada individuo.

La teoría desarrollada por Rogers se denomina “enfoque centrado en la persona”, justamente porque la atención se dirige al sujeto como centro y protagonista de su propio desarrollo, parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido; este enfoque no intenta cambiar conductas o indagar acontecimientos pasados, su objetivo es que la persona reconozca sus posibilidades de crecimiento, sus limitaciones y sus incapacidades, siendo responsable del proceso de mejorar su vida, decidiendo de manera consciente y racional qué está mal y qué hacer al respecto.

Para Rogers la diferencia entre un sujeto sano y un sujeto desadaptado es la calidad de la relación entre su yo (ideales, valores, expectativas, intereses) y su experiencia.

Un individuo maduro y equilibrado es el resultado del proceso de autorrealización, es decir, del proceso de convertirse en persona. Esto supone cultivarse, crecer y madurar en armonía y vivir el presente (ROGERS, 1990).

La autorrealización no es un fin sino un proceso: es saber disfrutar de la vida; aceptarse sin apartar la posibilidad de cambiar; valorar lo que uno piensa y siente; ser independiente, valorar las relaciones con los demás sin someterse a sus expectativas, resolver adecuadamente los conflictos; y además, aceptar la responsabilidad de la propia vida.

Así, el terapeuta es como un confidente o consejero que escucha y alienta en un plano de igualdad, con una actitud comprensiva, entendiéndolo. A esta actitud que debe tener terapeuta la denomina “encuentro” y para lograrlo debe desarrollar las siguientes actitudes:

- a) La congruencia hacia el otro: el terapeuta debe estar en contacto consigo mismo para poder intervenir cuando considere que es relevante para la sesión o para su cliente.

- b) La consideración positiva: se trata de una atención calurosa, positiva y receptiva hacia el cliente y la aceptación de los sentimientos positivos del mismo, pero también de sus sentimientos negativos sin juicio alguno para que el cliente se sienta en libertad de ser quien es.

- c) La empatía: el terapeuta debe ponerse en los zapatos del cliente y ver a través de sus ojos, sin perder la cualidad de uno mismo.

Estas actitudes tienen un doble objetivo, por una parte crear un ambiente que impulse el crecimiento y por la otra, enseñarle al cliente a ser empático, aceptante y congruente consigo mismo. Rogers afirma que el cliente detiene su crecimiento porque ha sido obligado a ser como no es; desviando su tendencia natural a satisfacer sus necesidades para complacer y satisfacer las necesidades de los demás.

Según *la terapia centrada en el cliente* de Carls Rogers (1989), el cliente cambia cuando se siente comprendido y aceptado por el terapeuta:

- a) Realiza una relajación de sentimientos; si antes los consideraba como algo remotos, ahora los hace suyos o los ve como propios y finalmente como un flujo siempre cambiante.
- b) Cambia su modo de experimentar; de estar muy lejos de la primera experiencia de su existencia, la acepta como algo que tiene un significado y al final del proceso el cliente se siente libre y guiado por sus experiencias.
- c) Pasa de la incoherencia a la coherencia, desde la ignorancia de sus contradicciones hasta la comprensión de las mismas y su evitación.

- d) Existe un cambio en la relación con sus problemas, que va desde la negación a la aceptación de sus responsabilidades.
- e) Modifica su modo de relacionarse con los demás, se da cuenta de la manera en que antes evitaba relacionarse y ahora busca establecer relaciones íntimas y estar abierta a ellas.
- f) De antes estar centrado en el pasado, a la actualidad en donde el cliente se centra en el presente.

- **Viktor Frankl**

Víctor Frankl desarrolló la logoterapia a partir de sus experiencias en los campos de concentración nazis. Al observar quién sobrevivía y quién no concluyó Nietzsche estaba en lo cierto: "Aquellos que tienen un por qué para vivir, pese a la adversidad, resistirán".

La logoterapia es la terapia del sentido, significado y propósito de nuestra vida y está constituida por tres postulados básicos:

- a) La voluntad de sentido, la cual permite aclarar que el animatismo del hombre lo diferencia de los animales y las plantas.

b) La libertad de voluntad, que asevera que todo sujeto está capacitado para tomar decisiones personales y goza de la libertad necesaria para elegir su propio destino.

c) El sentido de vida (FRANKL, 2004).

La logoterapia utiliza técnicas específicas, como el diálogo socrático, modificación de actitudes, intención paradójica, derreflexión, autodistanciamiento, para ayudar al paciente a encontrar el sentido de la vida a través de su humanización y personalización. Despertar en el individuo su papel protagonista en la historia, en la vida, en la consecución de su felicidad y también en los logros que llegue a alcanzar.

La esperanza es la clave de la logoterapia. Y es que la búsqueda del futuro, de alcanzar los sueños, y de ser feliz con lo que se tiene son cuestiones que están en manos del paciente que si bien se halla sometido a ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, depende de él, dejarse determinar por las circunstancias o enfrentarse a ellas

Cabe resaltar que la logoterapia ciertos límites y riesgos: caer en el voluntarismo, omitir dimensiones más primarias como posible origen del conflicto, masoquismo, no adaptar el discurso al nivel del interlocutor, huida hacia el futuro potencial sin asumir conciencia de la responsabilidad en el

presente, culpar al paciente de no encontrar un sentido a su vida, huida hacia el mundo sin tomar conciencia de uno mismo.

Los principales aportes de Viktor Frankl a la psicoterapia son:

- a) Desarrolló una psicoterapia integral que considera la totalidad biopsicoespiritual e individualidad del paciente.
- b) La introducción de la dimensión noética (espiritual) de la persona en la salud permitiendo el uso de las capacidades específicas del paciente en el proceso psicoterapéutico: consciencia, auto-distanciamiento, auto-trascendencia, libertad de voluntad, voluntad de sentido, sentido de vida y valores.
- c) La preeminencia de la libertad y responsabilidad en la terapia, introduciendo el concepto de “pro-actividad”, que destaca la relevancia de la respuesta y actitud personal frente a los hechos, síntomas y enfermedades que el paciente enfrenta.
- d) Enfatizó la importancia del sentido de la vida, para la salud y la psicoterapia. Introdujo la problemática del vacío existencial conexas a la frustración y falta de sentido vital en el ámbito clínico.
- e) Creó la teoría del "inconsciente espiritual".

f) Concibió al sufrimiento como una capacidad humana y no como un síntoma patológico, distinguiendo entre el sufrimiento evitable (neurótico) e inevitable (impuesto por el destino), pudiendo redimir la dignidad de la persona del paciente (*homo patiens*: hombre doliente) y desarrollar métodos terapéuticos más comprensivos en especial ante las situaciones límite como son el sufrimiento, la culpa y la muerte.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE TESIS

4.1 Contextualización de la propuesta

Nombre:

La autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino.

Objetivo:

Identificar y manejar las emociones mediante la autocomprensión en mujeres, entre 30 y 35 años, que padecen cáncer cervicouterino

Justificación:

El cáncer cervicouterino en los últimos años ha ido adquiriendo gran importancia en el ámbito de la psicología, porque dicho diagnóstico puede significar un enfrentamiento inminente con la muerte. Y en todo este proceso, las mujeres deben enfrentarse a una historia que se hace presente de manera inesperada, y atravesar dicha situación con todas sus fortalezas y debilidades.

Es decir, la presencia de una enfermedad, aguda o crónica, representa un cambio en el funcionamiento de la relación familiar ya que deben armar su rutina familiar en función del hospital, de los horarios y de los cuidados que requeridos produciendo una interrupción en el proyecto de vida. Una vez diagnosticadas, las mujeres comienzan a percibirse a sí mismas de forma diferente y obran recíprocamente con el mundo de manera diferente.

Sin embargo es una oportunidad para reconocer fortalezas, cambiar roles, aceptar ayudas, aprender de otras que pasaron por la misma situación y compartir intensamente el tiempo en familia. Para que esto suceda además de los recursos internos de la familia es importantísimo el apoyo psicológico para que las mujeres, de entre 30 y 35 años, que padecen cáncer cervicouterino aprendan a identificar y manejar las emociones utilizando la autocomprensión como herramienta de apoyo.

El cáncer cervicouterino supone, para las mujeres afectadas, una ruptura brusca en la vida cotidiana, lo que conduce a un proceso de despersonalización, donde el yo-persona es reemplazado por el yo-cáncer. Este proceso está condicionado por la edad, la gravedad de la enfermedad y el grado de apoyo familiar, social y psicológico del entorno de la enferma.

No cabe ninguna duda que ello es consecuencia de la importante alteración emocional que acompaña al daño orgánico producido por el cáncer cervicouterino y a la que, posiblemente, no se le presta la atención psicológica

necesaria. Esta situación conduce a un proceso cíclico de lucha, esperanza y resignación asociado inevitablemente a las emociones de ira, temor, desagrado y tristeza.

El cáncer cervicouterino exige tratamientos específicos, los cuales tienen fuertes implicaciones emocionales, ya que son muy intensivos, largos e intrusivos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar.

Por lo tanto, a las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino se verán afectadas por sus repercusiones psicológicas, en donde se puede destacar un amplio espectro de emociones como el temor, la ira, la soledad, la depresión o la ansiedad.

Vivir el diagnóstico de cáncer cervicouterino es una experiencia repentina y no planificada, así es vital importancia brindar el apoyo psicológico necesario para que las pacientes utilicen la autocomprensión para identificar y manejar sus emociones favoreciendo así la aceptación de la enfermedad.

Población:

Mujeres entre 30 y 35 años de la localidad de Unión y Progreso del Municipio de Ixhuatlancillo Veracruz.

Duración aproximada: 16 horas

Área: psicología social.

La psicología social es una rama de la psicología que estudia cómo están determinados y conformados los fenómenos psicológicos por los procesos sociales y culturales. En sus inicios los temas fundamentales tenían que ver el con instinto social, la imitación, la sugestión, y los fenómenos colectivos, en su institucionalización destacan temáticas tales como el análisis de la formación de la identidad social, los procesos de normalización y socialización, y los procesos de influencia, conformidad y obediencia. Dentro de esta disciplina se puede destacar una permanente reflexión sobre su aplicabilidad y posibilidad de intervenir en los problemas sociales.

"La psicología social es una disciplina en la cual las personas intentan comprender, explicar y predecir cómo los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos son influenciados por los pensamientos, sentimientos y acciones percibidos, imaginados o implícitos, de otros individuos" (HOGG, 2008).

Kurt Lewin, psicólogo alemán, se interesó en la investigación de la psicología de los grupos y las relaciones interpersonales, reconocido como el fundador de la psicología social moderna. El inicio el uso de la teoría, usando la experimentación para probar hipótesis. Lewin puso una significación eterna en

una disciplina entera, juntando la investigación de la dinámica y de acción. Su lema era: "nada tan práctico como una buena teoría".

Durante la última parte de los setenta y especialmente en los años ochenta, se observan dos grandes tendencias que han configurado la psicología social de nuestros días:

a) Un creciente énfasis en la perspectiva cognitiva, en el sentido que podemos mejorar significativamente nuestra comprensión de prácticamente todos los aspectos de la conducta social prestando atención a los procesos cognitivos que los subyacen;

b) Hincapié en la aplicación de los hallazgos y principios de la psicología social a la solución de problemas prácticos, existiendo ya importantes desarrollos en relación a la salud, procesos legales, conservación de la energía, y comportamiento en contextos laborales y comerciales (IBAÑEZ, 2004).

Kurt Lewin, George H. Mead y Floyd Henry Allport, constructores de la psicología social, consideran que la misma es una disciplina interindividual que se interesa principalmente por: a) los procesos y relaciones interpersonales; b) los grupales y c) las diferencias y variaciones entre las personas.

Para Allport, la psicología social es la disciplina que se vale de métodos científicos para "entender y explicar la influencia que la presencia real,

imaginaria o implícita de los otros tiene en los pensamientos, los sentimientos y comportamientos de los individuos”. Dicho de una forma más sencilla, la psicología social es el estudio científico de la manera cómo sentimos, pensamos y somos afectados por los otros y de la manera como actuamos en relación a ellos. Los términos pensamientos, sentimientos y comportamientos incluyen todas las variables psicológicas que se pueden medir en un ser humano.

La afirmación que otras personas pueden ser imaginadas o implicadas sugiere que la influencia social nos afecta incluso cuando no hay otra gente presente, como cuando vemos la televisión, o seguimos normas culturales interiorizadas. Así, la psicología social trata de analizar cómo las relaciones con otras personas influyen en nuestra manera de pensar, en nuestro comportamiento y en nuestros sentimientos.

La psicología social enfatiza el hecho de que los seres humanos somos criaturas sociales desde el nacimiento hasta la muerte, y que es imposible comprendernos sin comprender cómo actuamos y reaccionamos frente a los demás. No hace falta que estemos físicamente presentes: aprendemos el comportamiento social y luego hacemos que forme parte de nuestro repertorio de conductas, de tal manera que, incluso cuando estamos solos nos comportamos de acuerdo con esos aprendizajes sociales (HOGG, 2008).

4.2 Desarrollo de la propuesta

La autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino.

MIEDO

TRISTEZA

IRA

ALEGRIA

DESAGRADO

*“Lo importante no es lo que han hecho conmigo,
sino lo que yo hago con lo que han hecho conmigo”*

Sartre.

Introducción

Timko y Janoff-Bulman afirman que los seres humanos funcionan con lo que ha sido dado en llamar una “ilusión de invulnerabilidad” (“eso no nos puede pasar a nosotros”). Cuando una mujer recibe es diagnosticada con cáncer cervicouterino se rompe esa percepción de invulnerabilidad y se provoca un cambio en la percepción del mundo y de sí misma; el mundo ya no se percibirá como benigno y la propia valía se pondrá en cuestión (KAUFFMAN, 2002).

A pesar de que las emociones ante la experiencia de padecer cáncer cervicouterino son respuestas subjetivas, tanto ante el diagnóstico como ante el transcurso del tratamiento, términos generales, las mujeres que padecen cáncer cervicouterino percibirán, consciente o inconscientemente, su vida bajo amenaza, provocada por la pérdida de salud y las consiguientes emociones de ira, miedo y tristeza que significan ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal.

El diagnóstico de cáncer cervicouterino las sitúa existencialmente en el borde de una experiencia crítica -en la que sólo nombrarlo da un sentido de amenaza a la integridad tanto física como psíquica-, en la que la paciente de cáncer cervicouterino fácilmente se verá desbordada y superada por un caudal de emociones que apenas podrá identificar y las cuales difícilmente podrá manejar.

De ahí la importancia de implementar un taller cuyo objetivo sea usar la autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la

identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino.

Índice temático

Introducción.

TEMA 1. Reconociendo mis emociones a través del cáncer cervicouterino.

TEMA 2. El cáncer cervicouterino a través del miedo y el desagrado.

TEMA 3. Reconociendo la ira y la tristeza por tener cáncer cervicouterino.

TEMA 4. La aceptación y autocomprensión del cáncer cervicouterino a través de la emoción de la alegría.

Sesión 1. Tema: Reconociendo mis emociones a través del cáncer cervicouterino.	Duración: 4 horas
Objetivo: Explicar a las participantes qué es el cáncer cervicouterino, sus procedimientos de detección, sus síntomas, su proceso de estadificación y las opciones de tratamiento; así como detallar las cinco categorías básicas de las emociones y las funciones de las mismas, así como el proceso de vivencia emocional.	
Inicio Dinámica de integración Nombre: “El lazarillo” Tiempo: 40 minutos Objetivo: Fomentar y medir el grado de confianza y la sensibilidad en las participantes del grupo. Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se formarán parejas entre las integrantes del grupo. 2. En cada pareja una de las participantes interpretará el papel de ciega, vendándose los ojos con un paliacate, y la otra participante hará el papel de lazarillo. 3. El lazarillo conducirá al ciego por el mundo que lo rodea durante un tiempo determinado. 4. El lazarillo conducirá al ciego por lugares distintos del salón y en la forma que ella quiera. 5. Después del tiempo estipulado se invertirán los papeles de las parejas, repitiendo lo anterior. 6. Una vez terminado el ejercicio las participantes reflexionarán sobre su experiencia. 7. El coordinador podrá ayudar con algunas de las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿El lazarillo inspiró confianza, por la firmeza de su voz o lo claro de sus indicaciones? ▪ ¿El lazarillo dio indicaciones erróneas? ▪ ¿El ciego sintió en algún momento que iba a caer o tropezar? ▪ ¿Qué sentimos al conducir al otro: responsabilidad, cariño, nada en especial, instinto protector, etcétera? ▪ Al ser ciego ¿cómo nos sentimos? El conjunto de respuestas puede ser uno de los criterios para detectar el grado de confianza existente entre las participantes del grupo.	

Desarrollo temático

Tiempo: 60 minutos.

- ¿Qué es el cáncer?
- ¿Qué es el cáncer cervicouterino?
- Factores de riesgo
- Cuadro clínico
- ¿Qué es VPH?
- Factores de riesgo del VPH
- Prevención
- Papanicolaou
- Medidas de auto cuidado
- Vacuna contra el VPH

Dinámica reforzadora humanista

Nombre: psicodrama

Autor: Jacob Moreno

Tiempo: 60 minutos

Objetivo: Explorar los sentimientos reales de las participantes por medio de la acción, para que a través de la espontaneidad las participantes puedan expresar sus emociones reprimidas ante el cáncer cervicouterino.

Instrucciones:

1. Las participantes se formarán en equipos de 4 integrantes.
2. Se asignarán los roles familiares de cada una de las participantes – MAMÁ, PAPÁ E HIJOS- cada una de las participantes con el rol de madre, representará padecer cáncer cervicouterino en diferentes etapas.
3. Cada equipo contará con 15 minutos para realizar su interpretación, en los cuales darán a conocer las emociones presentadas al saber que la mamá tiene cáncer cervicouterino (FEIXAS, 1993).

Receso

Continuación del contenido temático

- ¿Qué son las emociones?
- Cómo se desencadenan las emociones.
- Emociones básicas: temor, desagrado, furia, tristeza y alegría.

Dinámica reforzadora humanista

Nombre: logoterapia

Autor: Viktor Frankl

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Detectar el vacío emocional y existencial de las participantes y despertar en ellas la responsabilidad ante sí mismas, ante los demás y ante la vida. También se hará conciencia de su libertad de elegir y asumirla responsablemente para lograr el crecimiento personal.

Dentro de este tema se utilizará el diálogo socrático.

Instrucciones:

Las participantes se sentarán en círculo.

1. El facilitador comenzará el diálogo sobre qué es el cáncer cervicouterino.
2. Las participantes tendrán unos minutos para dar su punto de vista sobre lo que ellas están viviendo con el cáncer cervicouterino.
3. Una vez que las participantes den su punto de vista sobre su enfermedad, el facilitador les hará preguntas sobre cómo viven el cáncer cervicouterino en su vida diaria:
 - ¿Qué fue lo que las llevo a realizarse la prueba de Papanicolaou?
 - Cuando recibieron su resultado ¿qué fue lo primero que pasó por su mente?
 - Cuando la doctora les diagnóstico cáncer cervicouterino ¿qué emoción se manifestó en ustedes?
 - Una vez que ustedes llegan a clínica de displasia ¿qué es lo que sienten?, ¿qué emoción las domina?
 - ¿Qué es lo que sienten cuando ya comienzan su tratamiento?
 - Conforme van avanzando con dicho tratamiento ¿qué es lo que van sintiendo?
 - ¿Hasta el día de hoy cómo se sienten con su tratamiento?

- ¿Cómo se sienten como mujeres?
 - ¿Qué es lo que sienten por ustedes y su familia?
4. Una vez que las participantes ya hayan dado su punto de vista el facilitador comenzará a cerrar el tema.

Cierre

Nombre: retroalimentación

Tiempo: 30 min.

Instrucciones:

1. Las participantes se sentarán en círculo y responderán las siguientes preguntas de cierre:

- ¿Qué son las emociones?
- ¿Cuántos tipos de emociones se mencionaron?
- ¿Qué es el cáncer?
- ¿Qué es el cáncer cervicouterino?
- ¿Cómo se detecta esta enfermedad?
- ¿Qué fue lo que sintieron con las dinámicas?
- ¿Cómo se sienten con ustedes mismas?

Una vez contestadas las preguntas se les darán las gracias por su participación en la primera sesión.

SESIÓN 2. Tema: El cáncer cervicouterino a través de las emociones del miedo y el desagrado.	Duración: 4 horas
Objetivo: Analizar las emociones de miedo y desagrado, las cuales se manifiestan durante el diagnóstico del cáncer cervicouterino.	
Inicio Dinámica de integración Nombre: expresando mis emociones a través de gestos y posturas Tiempo: 40 minutos Objetivo: Expresar y modificar las emociones y sentimientos de las participantes a través de su postura corporal. Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Las participantes se colocarán en círculo de pie. 2. El facilitador elegirá a una de las participantes y le pedirá que exprese la emoción del miedo o desagrado mediante la expresión corporal. 3. Las participantes deberán ir reconociendo su sentir en base a la emoción que están interpretando. 4. Se repetirá la actividad con cada una de ellas. 5. Al final cada una podrá compartir la sensación que tuvo al realizar dicha actividad. 	
Desarrollo temático Tiempo: 60 minutos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué son las emociones? ▪ ¿Qué es la emoción del miedo? ▪ Características del miedo. 	
Receso	

Dinámica reforzadora humanista

Nombre: terapia primal

Autor: Arthur Janov.

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Reconectar las necesidades del cuerpo con los recuerdos almacenados en el inconsciente, con el fin de recuperar la unidad de la paciente. La única forma de recobrar la unidad perdida consiste en volver a conectar con el sufrimiento reprimido.

Instrucciones:

Las participantes se colocarán sentadas en círculo.

1. Se seleccionará a una de las participantes y se colocará en medio del círculo.
2. El facilitador le hará recordar a la participante lo que sintió durante el recibimiento del diagnóstico del cáncer cervicouterino.
3. La participante con los ojos cerrados se concentrará hasta llegar al punto en que reviva nuevamente la emoción del miedo.
4. Sin que habrá los ojos contará su experiencia de forma detallada ante dicha noticia.
5. Las demás participantes pondrán atención y una por una pasarán al centro y platicarán su experiencia.
6. Todo esto con el fin de conectar y revivir dicha emoción y lograr identificar la manera en la cual pueden vivir con la enfermedad.

Después de que cada participante pase, compartirá su sentir con el grupo (FEIXAS, 1993).

Dinámica de integración

Nombre: Preguntas y respuestas

Tiempo: El necesario

Objetivo:

Reforzar los conocimientos para que las participantes puedan identificar sus emociones.

Instrucciones:

1. Se les pedirá a las participantes que se enumeren del 1 al 20.
2. Dentro de una caja de cartón se encontrarán algunas preguntas sobre el tema visto anteriormente.

3. Se seleccionará un número y la participante que le toque dicho número sacará un papelito de la caja y contestará la pregunta correspondiente. En caso de que no pueda contestar podrá pedir ayuda a otra participante o al facilitador.
4. Una vez que se terminen los papelitos se continuará con el contenido temático.

Continuación del contenido temático

Tiempo: 60 minutos

- ¿Qué son las emociones?
- ¿Qué es el desagrado?
- ¿Cuáles son las características del desagrado?

Dinámica reforzadora humanista

Nombre: masaje bioenergético

Autor: Alexander Lowen

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Explorar los sentimientos reales de las participantes por medio de la acción, se busca que por medio de la espontaneidad las participantes puedan expresar sus emociones reprimidas ante el cáncer cervicouterino. Tales emociones que se desean presentar son el miedo y el desagrado ante dicha enfermedad.

Instrucciones:

1. Las participantes se formarán en parejas
2. Cada pareja tomará un colchoneta y la colocará sobre el suelo, en ella se recostará una de las participantes, mientras que la otra participante de manera respetuosa le dará un masaje bioenergético.
3. Se les pondrá música relajante para que puedan estar en contacto con sus emociones.
4. Se establecerá tal contacto mediante una narración sobre las emociones de ira y desagrado a través del cáncer cervicouterino.
5. Una vez el tiempo establecido se intercambiarán las participantes y se repetirá dicha técnica.

Terminando la dinámica se les preguntará a cada participante qué es lo que fueron sintiendo durante el masaje, si lograron estar en contacto con esas dos emociones que son percibidas cuando tiene el diagnóstico de inicio.

Cierre

Nombre: retroalimentación

Tiempo: 20 minutos

Objetivo:

Reforzar los conocimientos sobre las emociones de miedo y desagrado que se manifiestan durante el trascurso del cáncer cervicouterino.

Instrucciones:

1. Las participantes se sentarán en círculo.
2. Las participantes responderán las siguientes preguntas de cierre:
 - ¿Cómo identifica la emoción del miedo?
 - ¿Cuáles son las características miedo?
 - ¿Qué es el desagrado?
 - ¿Cuáles son las características del desagrado?
 - De manera personal, en qué punto de la enfermedad usted sintió estas dos emociones.
3. Una vez contestadas las preguntas se les darán las gracias por su participación en la segunda sesión.

SESIÓN 3. Tema: Reconociendo la ira y la tristeza por tener cáncer cervicouterino.	Duración: 4 horas
Objetivo: Analizar las emociones de ira y tristeza que se manifiestan durante transcurso del cáncer cervicouterino.	
Inicio Dinámica de integración Nombre: la papa caliente Tiempo: 60 minutos Objetivo: Consolidar los conocimientos aprendidos en las sesiones previas. Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Las participantes se colocarán en círculo. 2. Se pondrá música y las participantes se irán pasando una pelota 3. Al detenerse la música la participante que quede con la pelota se le hará una pregunta con respecto a los temas anteriores, con la finalidad de que no tengan duda sobre los temas. 4. En dado caso de que la participante no sepa la respuesta se le otorgará un castigo elegido por las demás y se contestará correctamente la pregunta por otra participante. 5. Se repetirán los puntos anteriores hasta que la mayoría de las participantes haya respondido las preguntas. 	
Desarrollo temático Tiempo: 60 minutos <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo se desencadenan las emociones (retroalimentación)? ▪ ¿Qué es la emoción de la ira? ▪ ¿Cuáles son las características de la ira? 	

Dinámica reforzadora humanista.

Nombre: sueño dirigido

Autor Robert Desoille

Tiempo 60 minutos

Objetivo:

Revelar el material no emotivo, mediante la proyección de ese material en forma de metáforas y símbolos que después las participantes se puedan reapropiar como suyos, mediante la identificación de cada uno de ellos.

Instrucciones.

1. Las participantes se recostarán sobre las colchonetas en el suelo.
2. El facilitador pondrá música suave y de bajo volumen.
3. El facilitador les pedirá que respiren de manera calmada.
4. El facilitador les pedirá a las participantes que se concentren en la música, y que se imaginen en un lugar que las haga sentir cómodas, en el cual observarán a su alrededor y donde identificarán a personas que ellas conozcan y que las hagan sentir felices. Se les pedirá que entablen una conversación con aquellas personas sobre su enfermedad.
5. Las participantes dentro del sueño les dirán su sentir, expresando sus sentimientos.
6. El facilitador poco a poco las regresará al aquí y ahora con la indicación de que es hora de despedirse de esas personas, y les pedirá que vayan respirando de manera lenta y cuando estén listas que habrán sus ojos.
7. Se incorporarán de a poco y se sentarán, el facilitador les pasará una hoja donde ellas expresarán lo que vivieron en el sueño.
8. De manera voluntaria pasarán algunas de las participantes a exponer lo que sucedió en su sueño (FEIXAS, 1993).

Receso**Dinámica de integración**

Nombre: las máscaras del ego

Autor: Carl Jung

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Explorar mediante la interpretación de máscaras las emociones de ira y desagrado ante la enfermedad y ante su propia imagen, ya que en este punto pueden sentirse degradadas como personas pero más aún como mujeres.

Instrucciones:

1. Se les dará a las participantes una pequeña introducción sobre lo que son las máscaras del ego.
2. Se les otorgará material para que puedan realizar una máscara que interprete la ira y otra que interprete el desagrado (cartulina, plumones, tijeras, pinturas.)
3. Tendrán un tiempo determinado para realizar sus máscaras.
4. Una vez realizadas las máscaras, cada una tendrá unos minutos para expresar lo que dice su máscara y cómo se siente como mujer ante la enfermedad.

Una vez que todas las participantes hayan pasado se brindarán un fuerte aplauso para que no se queden con la sensación de desagrado ante ellas mismas.

Continuación del contenido temático

Tiempo: 30 minutos

- ¿Qué es la emoción de la tristeza?
- ¿Cuáles son las características de la tristeza?

Dinámica reforzadora humanista

Nombre: la dramatización y la expresión corporal

Autor: Jacob Levi Moreno

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Enfrentar un conflicto pasado que no es asumido y que aún se mantiene en su presente o bien un temor a futuro que incide en la persona mediante la dramatización y la expresión corporal.

Instrucciones:

1. En equipos de 4 integrantes desarrollarán una dramatización sobre las emociones de la ira y la tristeza
2. Cada equipo contará con 15 minutos para realizar su representación, donde podrán expresarse de manera libre la situación que elijan.

3. Una vez que pasen todos los equipos se elegirá a un representante para que de una breve explicación que indique el por qué eligieron determinada situación.

Cierre

Nombre: retroalimentación

Tiempo: 30 minutos

Objetivo:

Identificar en qué punto de su enfermedad presentaron las emociones de ira y tristeza para que puedan manejarlas de forma positiva.

Para tener una mejor comprensión las participantes responderán unas preguntas.

Instrucciones:

1. Las participantes estarán sentadas en círculo.
2. Las participantes responderán las siguientes preguntas de cierre:
 - ¿Qué es la ira?
 - ¿Qué es la tristeza?
 - ¿Qué es el cáncer?
 - ¿De manera personal cómo se desencadenan estas emociones en su vida?
 - ¿Qué fue lo que sintió durante las actividades?
3. Una vez contestadas las preguntas se les darán las gracias por su participación en la tercera sesión.

SESIÓN 4. Tema: La aceptación y la autocomprensión del cáncer cervicouterino a través de la emoción de la alegría	Duración: 4 horas
Objetivo: Conocer los conceptos de aceptación y autocomprensión así como la emoción de la alegría. En este punto las participantes ya son más conscientes sobre los que son las emociones que se van desarrollando en el transcurso de la enfermedad teniendo claro el impacto físico y psicológico de la misma.	
Inicio Dinámica de integración: “ ja-ja-ja” Tiempo: 60 minutos Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Una de las participantes se recostará sobre una colchoneta colocada en el suelo. 2. Otra de las participantes se recostará con su cabeza encima del estómago de la primera participante, y así sucesivamente hasta que todas se encuentren recostadas. 3. Un vez que ya estén todas recostadas la primera participante ríe: “ja”, la segunda “ja-ja”, la tercera “ ja-ja-ja” y así sucesivamente hasta que pasen todas. 4. Se repetirá la actividad pero ahora será de atrás para adelante, las participantes tendrán que ser muy hábiles y no perder las cuanta del número de “ja” que les toca mencionar. 5. Terminada la actividad se pondrán de pie y cada una de ellas podrá expresar lo que sintió durante esta actividad. 	
Desarrollo temático Tiempo: 60 minutos <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es la autocomprensión? ▪ ¿Qué es la aceptación? ▪ Las emociones: miedo, desagrado, ira, tristeza ▪ ¿Qué es la emoción de la alegría? 	

Dinámica humanista

Nombre: fantasía guiada

Autor: Robert Desoille

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Situar a las participantes en el aquí y el ahora para que comprendan que a pesar del cambio radical que implica padecer cáncer cervicouterino, éste no necesariamente las va a llevar a la muerte y que pueden disfrutar de calidad de vida.

Instrucciones:

1. Todas las participantes se recostarán en colchonetas sobre el suelo.
2. Se les colocara música suave y se realizarán ejercicios de respiración para que puedan relajarse.
3. El coordinador explicará la emoción de la alegría y lo que es cáncer cervicouterino.
4. El coordinador les hará recordar desde el momento en el que recibieron el diagnóstico hasta el punto en que se encuentran ahora.
5. El coordinador las centrará en el aquí y en el ahora haciéndoles ver que la enfermedad que tienen no las va a matar como ellas pensaron en un principio sino que las hará más fuertes.
6. Una vez terminada esa fantasía de apoco se habrá situado en el presente e irán abriendo sus ojos.
7. Ya que estén conscientes de dónde están cada una hablará sobre lo que fue sintiendo (FEIXAS, 1993).

Cierre

Nombre: retroalimentación

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Reconocer las emociones que sintieron a partir del diagnóstico de la enfermedad, así como aceptar que padecen cáncer cervicouterino. Se les dará las gracias a cada una de ellas por haber participado en el curso taller y se les otorgará un pequeño presente.

Instrucciones:

1. En una hoja cada participantes describirá su experiencia en el curso taller: “La autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino”
2. Se brindarán un fuerte aplauso para cerrar el curso- taller.

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Enfoque de la investigación: Cualitativo.

El enfoque cualitativo, como su nombre lo indica, tiene como meta la brindar una descripción completa y detallada de las cualidades del tema de investigación. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. Las investigaciones cualitativas buscan la profundidad en vez de la exactitud (ROJAS, 2012).

En este enfoque, el investigador es el instrumento cardinal de recolección de datos. Allí, el investigador utiliza numerosas estrategias, basándose en la orientación de su investigación, por ejemplo: las entrevistas individuales en profundidad, las entrevistas estructuradas y no estructuradas, los grupos de discusión, las narraciones, los análisis de contenido o documentales, la observación participante y la investigación de archivo (HERNÁNDEZ, 2010).

La investigación cualitativa es esencialmente subjetiva ya que busca comprender el comportamiento humano y los motivos determinan esa conducta. Los investigadores tienden a involucrarse subjetivamente en el tema de investigación.

Las principales características de este enfoque son: Utiliza la inducción, analiza el fenómeno objeto de estudio como un todo (perspectiva holística); son estudios en pequeña escala que solo se representan a sí mismos; la validez de las investigaciones se debe a la proximidad a la realidad empírica; no hay reglas de procedimiento; el método de recogida de datos no se especifica previamente; las variables no son susceptibles de medición; se basa en la intuición; la investigación es de naturaleza flexible y recursiva; no permite un análisis estadístico; se pueden agregar descubrimientos que no se habían pronosticado (*serendipity*); los investigadores interactúan con los sujetos que estudian.

5.2. Alcance de la investigación: descriptiva

Para alcanzar el objetivo de esta investigación es necesario detallar cómo son y se manifiestan las emociones en las mujeres, entre 30 y 35 años, con cáncer cervicouterino. Por lo cual se hace uso del análisis descriptivo el cual efectúa un análisis individual de cada pregunta del cuestionario para después analizarlo en forma conjunta, en relación con la operatividad de las variables y comprende la descripción, registro, análisis e interpretación del fenómeno (TAMAYO, 2002)

En la presente investigación se hace uso del método observacional para registrar el comportamiento de las mujeres entre 30 y 35 años que padecen cáncer cervicouterino; y de cuestionarios con la finalidad de describir las

emociones que presentaban dichas mujeres durante el transcurso de su enfermedad.

5.3. Diseño de la investigación: no experimental

La investigación no experimental que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural (HERNÁNDEZ, 2010).

Así pues, la presente se trata de una investigación no experimental ya que se basa fundamentalmente en la observación de las emociones presentadas por las mujeres, entre 30 y 35 años, que padecen cáncer cervicouterino en el centro de salud de Unión y Progreso.

5.4. Tipo de investigación: mixta (documental y aplicada)

La investigación documental como parte esencial de un proceso de investigación científica, puede definirse como una estrategia en la que se observa y reflexiona sistemáticamente sobre realidades teóricas y empíricas usando para ello diferentes tipos de documentos donde se indaga, interpreta, presenta datos e información sobre un tema determinado de cualquier ciencia,

utilizando para ello, métodos e instrumentos que tiene como finalidad obtener resultados que pueden ser base para el desarrollo de la creación científica (MARTÍNEZ S. , 2002)

La investigación aplicada es la utilización de los conocimientos en la práctica, para aplicarlos en resolver un problema conocido y encontrar respuestas a preguntas específicas. En otras palabras, el énfasis de la investigación aplicada es la resolución práctica de problemas.

5.5 Delimitación de la población o universo

La población de este estudio son las mujeres, entre 30 y 35 años, que padecen cáncer cervicouterino y llevan su control en el centro de salud ubicado en la congregación de Unión y Progreso, municipio de Ixhuatlancillo, Veracruz.

5.6 Selección de la muestra: probabilística

El muestreo probabilístico es aquél en que cada elemento del universo tiene una oportunidad o probabilidad conocida de ser elegido para la muestra. Esto significa que la selección de los componentes de la muestra son independientes de la persona que hace el estudio y es controlada en forma objetiva de modo que los componentes sean elegidos estrictamente al azar (EYSSAUTIER, 2002).

El muestreo aleatorio simple garantiza, en términos teóricos, que cada uno de los individuos de la población tenga la misma oportunidad de aparecer en la muestra (CASTAÑEDA, 1996).

5.7 Instrumento de prueba.

El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación (HERNÁNDEZ, 2010).

El cuestionario es un instrumento básico en las ciencias sociales para la obtención y registro de datos. Su versatilidad permite usarlo como instrumento de investigación y como instrumento de evaluación que puede abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos. Su principal ventaja es que permite consultar a una población amplia de una manera rápida y económica.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Resultados cualitativos por sesión.

A continuación se presentan los resultados de las sesiones realizadas durante el curso taller: La autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino.

- **Sesión 1.**

A continuación de la bienvenida y la presentación inicial, se explicó a las participantes en qué consiste el programa, el número de sesiones a aplicar, el objetivo y el tema principal a abordar, las condiciones y las normas que estarán presentes en el desarrollo del taller.

Posteriormente se llevó a cabo la dinámica de integración (“El lazarillo”) para medir y fomentar la confianza y la sensibilidad entre las participantes. Sin embargo, las asistentes se mostraron renuentes a colaborar.

Durante el desarrollo temático se les explicó qué es el cáncer cervicouterino, sus procedimientos de detección, sus síntomas, su proceso de estadificación

y las opciones de tratamiento, resolviendo sus dudas y haciendo las aclaraciones pertinentes respecto de su padecimiento.

Después se realizó un psicodrama, como dinámica reforzadora humanista, en el cual las participantes expresaron sus emociones ante el diagnóstico del cáncer cervicouterino. Al principio se mostraron reacias a participar puesto que la expresión de las emociones no es un proceso sencillo; algunas de las participantes rompieron en llanto por el miedo de enfrentar la muerte, mientras que otras sufrieron un arrebato de ira contra ellas mismas al culparse por no realizarse la prueba del papanicolau, unas más sintieron desagrado al sentir que se están pudriendo por dentro y todas sin excepción sintieron tristeza por el dolor que su enfermedad causa en su familia y seres queridos. Al concluir el psicodrama se generó en las participantes una respuesta diferente ante la enfermedad al expresar de manera consciente sus emociones.

Inmediatamente al receso, se continuó con el contenido temático detallando las cinco categorías básicas de las emociones y las funciones de las mismas, así como el proceso de vivencia emocional.

En seguida, se utilizó la logoterapia para ayudar a las participantes a restaurar su sentido de la vida, poniendo al descubierto su vacío existencial y despertando en cada una, la responsabilidad ante sí mismas, ante los demás

y ante la vida; haciéndolas conscientes de su libre albedrío para que su enfermedad sea una oportunidad de crecimiento personal.

Se concluyó con una retroalimentación, en la cual las participantes expresaron su opinión respecto a la sesión y su sentir respecto de las dinámicas y el contenido temático.

Al final de esta sesión, las participantes consideraron la información dada en el contenido temático como muy positiva para reducir el miedo y la incertidumbre, obteniendo una mejor comprensión respecto de su enfermedad y de las emociones que ésta desencadena.

- Sesión 2.

Los movimientos, gestos y posturas corporales emiten mensajes sobre nuestras emociones. Por ello se dio inicio con una dinámica de integración que les permitiera interpretarlos y entender la mutua relación que mantienen. Se les pidió a las participantes que se conectaran con el miedo y desagrado, que sienten a raíz de su enfermedad, a través del trabajo corporal consciente para producir cambios positivos en su estado emocional.

Luego se dio inicio al desarrollo del contenido temático en el cual se analizó el miedo, sus características y su función adaptativa.

Después del receso se aplicó la terapia primal para que las participantes encontraran sus verdaderas emociones en el proceso de experimentar el sufrimiento reprimido. Las participantes lograron descubrir su miedo contenido y se permitieron expresarlo emotivamente.

Se continuó con una dinámica de preguntas y respuestas para reforzar los conocimientos adquiridos y despejar dudas. Una vez terminado lo anterior, se hizo el análisis de la emoción del desagrado, explicando sus características y función adaptativa.

En seguida, las participantes se dieron unas a otras un masaje bioenergético para que a través de la relajación, la respiración y los movimientos unificantes pudieran conectarse con su cuerpo y regular sus emociones, específicamente el desagrado al sentir repulsión por ellas mismas.

La sesión finalizó con una retroalimentación para reforzar los conocimientos adquiridos respecto de las emociones del miedo y el desagrado.

- Sesión 3.

Al inicio de esta sesión, las participantes ya se mostraban más accesibles para trabajar por lo que fue muy fácil consolidar los conocimientos aprendidos en las sesiones previas a través de la dinámica de “la papa caliente”.

Dentro del contenido temático, se examinó la ira explicando sus características y función adaptativa. Después, las participantes experimentaron un sueño dirigido para que a través del desplazamiento de cada una en su espacio imaginario intrapsíquico, se les facilitara la expresión y movilización terapéutica del pensamiento inconsciente estructurado bajo la forma de imágenes personales impregnadas de autoreproches por no haber podido evitar una situación de enfermedad e incluso haber contribuido a la misma. Las participantes se sostuvieron en el anhelo del pasado (¿qué he hecho yo para que pase esto? ¿Por qué a mí?...) y mostraron culpa hacia su familia porque consideran que les hecho daño por la enfermedad y sus arrebatos de ira y estados depresivos.

Posterior al receso, las participantes exploraron, mediante la interpretación de máscaras las emociones de ira y desagrado. Las asistentes manifestaron desilusión de sí mismas, fundamentada en la representación de sí como impotentes e incapaces, debido a la desvalorización que les provocó el cáncer cervicouterino. Además expresaron una vivencia de aumento o descontrol de la ira condicionada por la frustración, por la angustia y por la culpa.

Se continuó con el estudio de la emoción de la tristeza exponiendo sus características y función adaptativa. Luego, las participantes desarrollaron una dramatización de las emociones de la ira y la tristeza para que pudieran expresarse sin inhibiciones, exteriorizar sus sentimientos y frustraciones de

una forma fluida y casi inconsciente, dando lugar a la identificación de sus emociones.

Finalmente, se llevó a cabo una retroalimentación para que las participantes pudieran identificar en qué punto de su enfermedad presentaron las emociones de la tristeza y la ira y qué fue lo que las desencadenó

- Sesión 4.

Científicamente, se ha comprobado que la risa nos aporta aceptación, comprensión, alegría, creatividad, relajación, abre nuestros sentidos y ayuda a transformar nuestras pautas mentales por lo que se dio inicio a la sesión con la dinámica de distensión denominada “ja-ja-ja”.

En el desarrollo temático se examinó la emoción de la alegría exponiendo sus características y función adaptativa; se explicó qué es la autocomprensión y cada una de las competencias necesarias para lograrla; se expusieron los pasos a seguir al enfrentar una situación de desequilibrio emocional y se analizó el método propuesto por Salovey y Mayer para el control de las emociones. Además, se destacó la importancia de la aceptación.

Posteriormente, se realizó una fantasía dirigida para que las participantes crearán una nueva experiencia para sí mismas usando su

imaginación. A través de esta dinámica se buscó situar a las participantes en el aquí y en el ahora haciéndoles hincapié en el siguiente proverbio chino: *“El secreto de la salud, mental y corporal está en no lamentarse por el pasado, preocuparse por el futuro, ni adelantarse a los problemas, sino vivir sabia y seriamente el ahora”*. Se les sugirió que dejaran de preocuparse, reservaran y redirigieran su energía mental hacia la acción. Se les pidió que consideraran si les aporta en algo preocuparse por el pasado (incambiable) o el futuro (impredecible).

Finalmente, se llevó a cabo una retroalimentación en la cual las participantes describieron su experiencia en el curso taller.

6.2 Resultados cualitativos finales.

El cáncer cervicouterino altera las funciones personales a todos los niveles: marital, laboral, familiar, económico, social y sexual. La paciente con cáncer cervicouterino –independientemente de la gravedad de la enfermedad y del tratamiento a aplicar– está viviendo una situación que le genera un sufrimiento que se expresa principalmente a través de la emoción del miedo: el miedo a un avance de la enfermedad, el miedo a abandonarse a su destino, el miedo a la muerte o el miedo al dolor y a una muerte llena de sufrimiento. También puede plantearse el miedo a un empeoramiento de la relación con la pareja, así como el miedo a no poder trabajar más o a no poder estar más para

la familia, a estar socialmente aislada, a necesitar continuamente cuidados y ser una carga para los demás.

Sin embargo, como el filósofo y escritor Fernando Savater dice frente a la vida, las personas podemos tomar dos posiciones: la del ratón o la del león. El ratón se pregunta: “¿Qué me pasará?” y el león se cuestiona: “¿Qué haré?”

Una salida frente a las emociones negativas es ser león y preguntarse: ¿qué haré hoy con esto que me preocupa, me molesta o me duele? y transformar el dolor en aprendizaje, en impulso para vivir.

CONCLUSIÓN

"Al hombre se le puede arrebatar todo, salvo una cosa:
La última de las libertades humanas
- la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino-
para decidir su propio camino".
Viktor Frankl

Un suceso que altera el orden regular de las cosas es una catástrofe; y desde luego recorrer el proceso de un cáncer cervicouterino desde que acontece el diagnóstico hasta la remisión puede ser considerado como una gran alteración en la cotidianidad de la vida.

El miedo es una constante durante todo el curso de la enfermedad. Es universal e influye en todas las pacientes que se ven afectadas por el cáncer cervicouterino. Los aspectos sociológicos y culturales asociados al cáncer cervicouterino ("una larga y penosa enfermedad") hacen que continúe siendo vista como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, según el caso, tanto para las sobrevivientes, como para las madres, hermanas, hijas y nietas de éstas.

El diagnóstico y el tratamiento inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y, en ocasiones, problemas de comunicación entre la paciente y sus familiares, con su entorno social y laboral y con el personal sanitario.

Confluyen una serie de circunstancias generadoras de malestar psicológico: las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia, sus efectos secundarios, las revisiones, etc.

Las necesidades y demandas a las que se ve sometido la paciente y las personas de su entorno social son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas. Es frecuente la percepción de pérdida de la salud y de la vida, de la identidad, de la imagen habitual, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones significativas, del estilo de vida habitual, de un proyecto vital o de futuro, del sentimiento de igualdad de condiciones y del esquema de valores prioritarios

La OMS, basándose en la pirámide de Maslow, plantea que las pacientes con cáncer cervicouterino, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) tienen necesidades de seguridad: buscar en quien apoyarse; necesidades de pertenencia: demostrar que no son una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo además de sentirse queridas, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor); necesidades de reconocimiento: agradecen comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren, precisan saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que el entorno (familia, amigos y profesionales que le atienden) va a estar con ellas (confianza);

necesidades de autorrealización: encontrar sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a su muerte.

Además del tratamiento médico es necesaria una intervención psicológica por el impacto que tienen los estados emocionales sobre el funcionamiento del organismo.

Si la emoción es positiva como la alegría estimula la vitalidad del organismo, por tanto se genera un aumento en la energía, incrementa la defensa orgánica contra agentes dañinos para la salud, y fomenta la actividad física.

Si la emoción es negativa como la ira, tristeza, desagrado o el miedo se desarrolla un desequilibrio en los mecanismos que regulan al organismo provocando trastornos digestivos, nerviosos y circulatorios en el cuerpo. Es decir hacen descender la energía vital que a su vez disminuye las defensas orgánicas y la actividad física, las personas llegan a limitarse de manera progresiva en su pensamiento y esto los lleva aun aislamiento personal donde los invaden las ideas negativas.

Cuando una mujer es diagnosticada con cáncer cervicouterino se enfrenta a la percepción de amenaza de su integridad corporal y al reconocimiento de vulnerabilidad corporal, por lo que las emociones se desencadenan de manera abrupta.

La autocomprensión favorece la reorganización emocional y la resignificación de la emoción, coadyuvando a mitigar el dolor psíquico a través de la identificación y el manejo de las emociones, lo que facilita la aceptación de la enfermedad.

REFERENCIAS

- ALMENDRO, M. (2006). Psicología y psicoterapia transpersonal. España: Kairós.
- BERGNER, D. (2013). ¿Qué quieren las mujeres? España: Ediciones Destino.
- BEVIONE, J. (2010). Aceptación. Vivir en paz. México: PAX.
- BRANDEN, N. (2013). El arte de vivir conscientemente: vida cotidiana y autoconciencia. España: Paidós.
- CALIXTO, F. (1994). Nuestros cambios. Desarrollo humano. México: UPN.
- CARRERAS, R. (2008). Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero. México: Editorial Médica Panamericana.
- CASTAÑEDA, J. (1996). Métodos de investigación 2. México: Mac Graw-Hill.
- CORNACHIONE, M. A. (2006). Adulthood: biological, psychological and social aspects. Argentina: Editorial Brujas.
- DAVIDOFF, L. (2001). Introduction to psychology. México: Mc Graw Hill.

DAVIS, M. (2001). Técnicas de autocontrol emocional. España: Ediciones Martínez Roca.

DUEÑAS, L. N. (2012). Psicología de la Salud. Revisión bibliográfica. MediCiego. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/paginas/pagina02/Tema5.html

DUQUE, H. (2007). Conozca sus emociones y sentimientos talleres vivenciales. Colombia: Editorial San Pablo.

ERIKSON, E. (2000). El ciclo vital completado. España: Paidós.

EYSSAUTIER, M. (2002). Metodología de la investigación. México: ECAFSA THOMSON LEARNING.

FERNÁNDEZ, P. (2005). La educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 63-94.

FERNÁNDEZ, N. (2011). Características del desarrollo psicológico del adulto. México: UNAM.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. (2002). Psicología de la motivación y la emoción.
México: Mc Graw Hill.

FRANKL, V. (1990). Ante el vacío existencial. España: Herder.

FRANKL, V. (2004). El hombre en busca de sentido. España: Herder.

FRIJDA, N. (1988). The Laws of Emotion. American Psychologist, 349-358.

GUILLEM, F. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia una introducción a los
tratamientos psicológicos. México: Paidós.

HERNÁNDEZ, R. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill.

HOFFMAN, E. (2009). Abraham Maslow vida y enseñanzas del creador de la
psicología humanista. España: Kairós.

JOURARD, S. (1987). La personalidad saludable: el punto de vista de la
psicología humanista. México: Trillas.

JUNG, C. (2009). La vida simbólica. España: Trotta.

LACRUZ, C. (2003). Citología ginecológica de papanilaou a bethesda. España:
Editorial Complutense.

LAZCANO, A. (2005). Cáncer cervicouterino diagnóstico, prevención y control.
México: Editorial Médica Panamericana.

LELORD, F. (2002). La fuerza de las emociones. España: Kairós.

LOWEN, A. (2005). Ejercicios de bioenergética. España: Editorial Sirio.

MARSHALL, J. (2003). Motivación y emoción. México: Mc Graw Hill.

MARTÍNEZ, M. (2007). La psicología humanista un nuevo paradigma
psicológico. México: Trillas.

MARTÍNEZ, S. (2002). Guía de apuntes básicos para el docente de la materia de
técnicas de investigación. Oaxaca: Grupo Emergente de Investigación
Oaxaca. Recuperado el 22 de agosto de 2015, de [http://geiuma-
oax.net/invdoc/importanciaydef.htm](http://geiuma-oax.net/invdoc/importanciaydef.htm)

MASLOW, A. (1993). El hombre autorrealizado. España: Kairós.

MÜNCH, L. (2002). Métodos y técnicas de investigación. México: Trillas.

MUÑOZ, J. L. (junio de 2012). Fases del desarrollo humano: implicaciones
sociales. Contribuciones a las ciencias sociales. Recuperado el 25 de
junio de 2015, de <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/jlmc7.html>

NAVARRO, R. (2007). Psicoenergética. México: Editorial Pax.

PAPALIA, D. (2010). Desarrollo Humano. México: McGraw Hill.

QUITMANN, H. (1989). Psicología humanística. España: Herder.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2014). Diccionario de la lengua española (23 ed.). España: ESPASA CALPE. Obtenido de RAE.ES.

RICE, P. (1997). Desarrollo humano. México: Pearson.

RODRIGO, M. J. (1998). Familia y desarrollo humano. España: Alianza.

ROGERS, C. (1989). Psicoterapia centrada en el cliente: practica, implicaciones y teoría. Argentina: Paidós.

ROGERS, C. (1990). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.

ROJAS, R. (2012). Métodos para la investigación social. México: Plaza y Valdés.

SARRO, N. (30 de agosto de 2013). Inspiramundo.com. Recuperado el 17 de junio de 2015, de <http://inspiramundo.com/dia-18-estas-discutiendo-con-la-realidad-3-claves-para-aceptar-las-cosas-tal-cual-son/>

SASSENFELD, A. M. (2004). El desarrollo humano en la psicología jungiana.
Chile: Universidad de Chile.

SEELBACH, G. A. (2013). Teorías de la personalidad. México: Red Tercer
Milenio.

SUPER, D. (1962). Psicología de la vida laboral. España: Rialp.

TAMAYO, M. (2002). El proceso de la investigación científica. México: Limusa
Noriega Editores.

GLOSARIO

Aceptación: acción desplegada por cualquier ser humano, de recibir de manera voluntaria y de acuerdo una cosa, un objeto, una noticia, un evento o una circunstancia.

Adulthood temprana: La adultez temprana, definida por lo general como el lapso entre los 20 y los 40 años, suele ser un periodo de posibilidades: muchas personas de esta edad por primera vez son autosuficientes, se hacen cargo de la casa que habitan y se ponen a prueba en las actividades que eligieron. Cada día toman decisiones que ayudan a determinar su salud, su profesión y su estilo de vida.

Ansiedad: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad

Autoaceptación: reconocimiento y aprobación de las propias cualidades y limitaciones.

Autoanálisis: Análisis de los propios sentimientos, acciones, personalidad.

Autocomprensión: la capacidad de conocerse a través del autoanálisis, accediendo a los sentimientos y a las emociones, para identificarlas y manejarlas en beneficio del individuo.

Autoconciencia: proceso mediante el cual se adquiere conocimiento acerca de uno mismo, en un momento particular del tiempo y que define una serie de circunstancias internas y externas que determinan la forma de pensar, sentir y comportarse aparte de las actitudes que uno posee y todo aquello que le interesa y motiva hacia la satisfacción de las necesidades personales

Autoevaluación: Evaluación o valoración de los propios conocimientos o aptitudes.

Autorregulación: Regulación de uno mismo.

Autorrealización: cuando el individuo toma consciencia de sí mismo y de cómo se identifica con el "yo o ego".

Autorrealización: Logro efectivo de las aspiraciones o los objetivos vitales de una persona por sí misma, y satisfacción y orgullo que siente por ello.

Autovaloración: Proceso por el que la persona determina su propio nivel de conocimientos y habilidades.

Cáncer cervicouterino: enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino.

Cáncer: crecimiento anormal de las células de un órgano del cuerpo, que puede ser tanto en tamaño como en número y puede llegar a afectar a otros órganos y causar la muerte

Cognición: Capacidad del ser humano para conocer por medio de la percepción y los órganos del cerebro

Comprensión: entendimiento de una situación, objeto, acontecimiento o enunciación, así como de los símbolos y pensamientos en ello implícitos.

Conducta prosocial: Voluntariamente y en beneficio de otras personas pero en algunos casos se tiene en cuenta los efectos de dicha conducta.

Depresión: trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Emoción: La emoción es la variación profunda pero efímera del ánimo, la cual puede ser agradable o penosa y presentarse junto a cierta conmoción somática.

Introspección: Observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.

Papanicolaou: procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina.

Psicología social: rama de la psicología que estudia cómo están determinados y conformados los fenómenos psicológicos por los procesos sociales y culturales.

Virus del papiloma humano (VPH): infección viral que se transmite a través del contacto sexual, es una familia de virus que afecta muy frecuentemente a mujeres, se manifiesta mediante verrugas.