



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA EL MANEJO
Y CONTROL DE EMOCIONES EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO APLICADO
ANTES DE INICIAR SU TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
ANGÉLICA RODRÍGUEZ MENDOZA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ**

**COMITÉ DE TESIS MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO
 MTRA. ALICIA MIGONI RODRÍGUEZ
 MTRA. LILIA JOYA LAUREANO
 LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Febrero, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi profesión y lo orgullosos que se sienten de mí.

Gracias a la División de Educación Continua de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como al responsable del programa " Titúlate/ Gradúate " Juan Manuel Gálvez Noguez por la información académica que nos brindó y a la Mtra. María Eugenia Gutiérrez Ordóñez por guiarnos para la elaboración de la tesina.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO UNO CÁNCER CERVICOUTERINO	5
1.1 CONCEPTO	6
1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	8
1.4 FACTORES DE RIESGO	11
1.5 CUADRO CLÍNICO	12
1.6 DIAGNÓSTICO	13
1.7 ETAPA CLÍNICA	15
1.8 TRATAMIENTO	16
1.8.1 CIRUGÍA	16
1.8.2 RADIOTERAPIA	17
1.8.3 QUIMIOTERAPIA	18
CAPITULO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER.	23
2.1 PSICOSOCIALES	23
2.1.1 PERSONALES	24
2.1.2 FAMILIA	25
2.1.3 PAREJA E HIJOS	26
2.2 SOCIOCULTURALES	28
2.3 IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA	30
2.4 TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD	34
CAPITULO TRES MANEJO DE LAS EMOCIONES	39
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	39
3.2 DEFINICIÓN DE EMOCIÓN	42
3.3 COMPONENTES DE LAS EMOCIONES	43
3.4 CONTROL DE LAS EMOCIONES	48
3.5 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	51
3.5.1 RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA	53
3.5.2 TÉCNICA DE RESPIRACIÓN	60

PROPUESTA	66
JUSTIFICACIÓN	67
OBJETIVOS	67
PARTICIPANTES	68
MATERIALES E INSTRUMENTOS	69
ESCENARIO	70
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	71
CARTA DESCRIPTIVA	72
DISCUSIÓN	82
ALCANCES Y LIMITACIONES	84
REFERENCIA	86
ANEXOS	91

RESUMEN

La presente tesina ofrece un panorama amplio del Cáncer Cervicouterino (CaCu), la cual es la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte en México, de tal manera que el curso de la enfermedad representa una alteración emocional, así como en su tratamiento principalmente de quimioterapia. Las emociones cumplen un papel central en el proceso de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas, hasta el manejo y control de estas para una mejor calidad de vida y adaptación emocional, a través de procedimientos terapéuticos como son: las técnicas de relajación que tienen como objetivo obtener beneficios físicos y psicológicos co base a control muscular, respiración adecuada y concentración, siendo en la actualidad un complemento útil en la intervención psicológica.

Palabras claves: Cáncer Cervicouterino, emociones y técnicas de relajación.

ABSTRACT

This minor thesis provides a broad overview of Cervical Cancer (CC), which is the most common and deadly among women neoplastic disease remains the leading cause of death in Mexico, so that the course of the disease is an alteration emotional as well as in their treatment mainly chemotherapy. Emotions play a central role in the process of self-protection and self-regulation of the body to extremes, to the management and control of these for a better quality of life and emotional adjustment, through therapeutic procedures such as: relaxation techniques that aim to get physical and psychological benefits based on muscle control, proper breathing and concentration, and is currently a useful adjunct in the psychological intervention.

Keywords: Cervical Cancer, emotions and relaxation techniques

INTRODUCCIÓN

El cáncer es definido como el crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. Por lo tanto el cáncer cervicouterino es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento anormal de la célula provocando una alteración en el funcionamiento del tejido del cuello uterino. En cuanto a su origen se describe como una enfermedad multifactorial debido a que resulta de varios factores de riesgo agrupados en ; biológicos, socio-culturales, económicos, conductuales.

A nivel mundial es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer y en México es la primera causa en mujeres mayores de 25 a 64 años, actualmente se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo-efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino. Los avances en biología celular, molecular e inmunología han permitido conocer el rol del virus de papiloma humano en el desarrollo de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino. Los estudios de imagen se han convertido en un importante apoyo a la evaluación clínica del CaCu, cuando se integran los hallazgos clínicos y los hallazgos de imagen se puede optimizar el control del cáncer y ayudar en el desarrollo del plan terapéutico para cada paciente, el pronóstico de vida depende de la detección oportuna del diagnóstico y su tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos) el cual varía de acuerdo a la etapa del desarrollo de la enfermedad, la supervivencia está influenciada por el factor socioeconómico, lo que refleja la importancia del acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento.

La pérdida de la salud, quizás aparece desde el momento mismo del conocimiento del diagnóstico y del plan de tratamiento, la noticia de portar cáncer

puede sobrepasar los recursos emocionales de una mujer debido a que diversos factores se involucran tales como: la representación social que se tiene de la muerte, la sensación de incapacidad, el deterioro de la imagen corporal, todos estos factores generan una gran inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad, formando una amenaza constante, no solo para la vida, sino para la integridad física, familiar, económica de la paciente. Por lo tanto las emociones dan significado personal a las experiencias, además no sólo guían, sino que también ayudan a mejorar la toma de decisiones y la resolución de problemas, cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas, conocidas como manejo y control, es decir se preparan para la acción: las emociones actúan como un conexión entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo, delimitación del comportamiento futuro: influyendo en la asimilación de información que servirá para dar respuestas: dichas respuestas podrán ser de rechazo o de búsqueda de repetición del estímulo y regulación de la interacción social: son un espejo de nuestros sentimientos y su expresión permite a los observadores hacerse a una idea de nuestro estado de ánimo.

Los intentos por mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer y su adaptación emocional a una enfermedad que afecta a todas las esferas de su funcionamiento está apoyada por estudios que muestran elevados índices de alteraciones psicológicas en estos pacientes durante el curso de la enfermedad.

El objetivo de esta tesina es: al término del taller las pacientes con Cáncer Cervicouterino podrán autoplicarse técnicas de relajación y de respiración diafragmática para el manejo y control de sus emociones antes de iniciar su tratamiento de quimioterapia.

La presente tesina está estructurada en cuatro capítulos:

En el primer capítulo se mencionan diferentes conceptos del Cáncer Cervicouterino tomando como base aspectos clínicos y epidemiológicos, factores de riesgo, diagnóstico, cuadro clínico y tratamiento.

En el segundo capítulo se mencionan aspectos psicológicos por los que pasan las pacientes con cáncer cervicouterino, así como el impacto en el tratamiento con quimioterapia y trastornos asociados a la enfermedad.

El tercer capítulo menciona diferentes definiciones, así como aspectos de la emoción que han sido objeto de interés de estudio por diferentes autores desde una perspectiva biológica, fisiológica, conductual y cognitiva, además de sus componentes, manejo, asimismo las técnicas de relajación y de respiración diafragmática.

La propuesta se refiere a la descripción del taller para pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino consiste en cinco sesiones con una duración de tres horas cada una.

CAPITULO UNO

CÁNCER CERVICOUTERINO

El presente capítulo tiene la finalidad de dar a conocer diferentes conceptos del Cáncer Cervicouterino tomando como base aspectos clínicos y epidemiológicos (factores de riesgo, diagnóstico, cuadro clínico y tratamiento) de diferentes autores para comprender la importancia de la enfermedad, la cual es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la segunda causa de mortalidad en las mujeres, además es una patología que implica una gran complejidad en su evolución, cuyo pronóstico depende principalmente de la etapa clínica para su tratamiento.

Entender que es el Cáncer Cervicouterino es importante conocer primero ¿Qué es el Cáncer?, para López, González, Santos & Sanz (1999), lo describen como un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, se origina a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen.

La Organización Mundial de la Salud OMS, (2011), lo describe como la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.

Cómo ya sabemos que es el cáncer ahora vamos a comprender ¿Qué es Cervicouterino o cuello uterino? para Herrera y Gómez (2000), describen que el útero forma parte del aparato reproductor femenino, el cual tiene forma de pera invertida y está situado en la pelvis; la zona situada en el interior de la vagina llamada cérvix o cuello del útero, la mucosa que lo recubre se llama exocérvix y endocérvix.

Existen fundamentalmente dos tipos de cáncer del cuello del útero: el carcinoma epidermoide derivado del exocérnix y del fondo de la vagina el adenocarcinoma, por lo tanto el desarrollo definitivo del cáncer de cérvix puede aparecer años antes, denominando a estos cambios pre malignos en las células displasia o neoplasia intraepitelial cervical y además puede crecer de varias maneras: la primera es de forma local en donde se puede producir por extensión directa a la vagina y con menos frecuencia hacia el cuerpo del útero. La segunda por diseminación linfática y la tercera por diseminación hematógica, es decir a través de los vasos sanguíneos para invadir a otros órganos principalmente pulmones, hígado y hueso (Herrera & Gómez, 2000).

1.1 Concepto

Al describir qué es Cáncer y qué es Cervicouterino podemos entender el concepto del Cáncer Cervicouterino co base a la incidencia, diagnóstico, hallazgo citológico y experiencia clínica que han tenido durante la evolución de la enfermedad.

Para la Organización Panamericana de la Salud OPS, (2002), es una enfermedad en la que se presentan cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino (extremo inferior de la matriz que comunica con la vagina).

Torres (2004), lo describe cómo una neoplasia maligna que por lo general se origina en la unión escamocolumnar del cuello del útero o cérvix, por lo común de extirpe epidermoide y con menor frecuencia del tipo de adenocarcinoma, el cual se desarrolla por lo común a partir de las lesiones preexistentes en las que se identifican células displásicas y con gran frecuencia infección por el Virus del Papiloma Humano.

En México la Norma Oficial Mexicana (NOM 014-SSA2-1994) para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, lo describe como "pérdida de control del crecimiento, división de

las células que puede invadir, destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte”, esta norma es modificada con la finalidad de uniformar principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica, los cuales fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación el 31 de Mayo del 2007.

Medina, Pérez y Oliva (2013), lo refieren como la neoplasia maligna que se origina, por lo general en la unión escamo columnar del cuello uterino normalmente se encuentra asociada a la infección del virus del papiloma humano.

1.2 Antecedentes Históricos

Bulnes (2005), menciona que los antecedentes de las descripciones de Cáncer Cervicouterino se remontan hasta los años 460 a.C. con Hipócrates, quien hace una amplia descripción del cáncer, en su “corpus Hipocraticum”, sobre todo del cáncer de seno, útero y piel, y a él se atribuye la paternidad del término cáncer para designar esta enfermedad, para Celso 40 años a.C., en su obra “Ocho Libros de la Medicina”, narra la presencia de un cáncer en los genitales de una noble dama, mientras que Galeno, en el año 135 d.C., dedica una monografía completa al estudio del cáncer.

Señala Romero (2001), que Hans Hinselmann, en 1925, en Alemania, inventa el colposcopio, por otra parte Schiller, en 1933, introdujo la prueba de lugol en el examen del cérvix uterino, pero el gran mérito de George Papanicolaou y su escuela fue haber sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de alteración citológica relacionadas con el CaCu, publicando en 1954 como el Atlas de Citología Exfoliativa, además expresa el autor que en los últimos años, la mortalidad por CaCu ha disminuido, principalmente en los países desarrollados gracias al aumento en la disponibilidad de programas de detección oportuna a través del estudio citológico.

La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en Estados Unidos y Europa, lo que podría estar reflejando un aumento de detección por el uso de técnicas diagnósticas (Romero, 2001).

Además la sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que refleja la importancia del acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento. Se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cervicouterino y actualmente se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo-efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino. Los avances en biología celular, molecular e inmunología han permitido conocer el rol del virus papiloma humano en el desarrollo de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino.

Los estudios convencionales de imagen han sido reemplazados por estudios de imagen seccional, como son: el ultrasonido, la Tomografía Axial Computarizada, la Resonancia Magnética y la Tomografía por Emisión de Positrones (Romero 2001).

La Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994 (2007), menciona que el cáncer cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública, constituyendo la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años.

1.3 Epidemiología

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública y es considerada la segunda causa de muerte a nivel mundial reportándose 500,000 casos nuevos cada año y 250,000 defunciones anuales, acontece el 10% de todos los cánceres, es la tercera neoplasia más

diagnosticada. En países desarrollados se ha demostrado que la mejor opción para disminuir la mortalidad por CaCu es la detección (Papanicolaou) y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y lesiones malignas por medio del programa de detección oportuna del CaCu en donde el 50% de las mujeres recibieron este servicio pero también se ha demostrado que las zonas de alto riesgo incluyen Centro y Sur de América, Este y Sur de África y la India (Hughes & Steller, 2005).

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada de alto riesgo para desarrollar Cáncer Cervicouterino (CaCu), reportan cada año 68,000 casos nuevos, ejemplo de ello es Chile y México demuestran tasas de mortalidad por esta patología solo reportan el 5% de las mujeres se realizaron el estudio citológico llamado Papanicolaou, mientras que en Cuba, Puerto Rico y Argentina se reportan tasas bajas por esta enfermedad (Hidalgo & Martínez 2006),

En México realizaron un estudio epidemiológico que comprende del año 1980 al 2004 sobre la mortalidad del CaCu, utilizando estadísticas del INEGI en donde revisaron las causas de defunción por año, reportando una tasa de 12.8% de defunciones que aumenta a 15.6% en 1988 para disminuir gradualmente hasta el 2004 en que hay una tasa de 8.8% de muertes por 100,000 mujeres mayores de 25 años, las entidades federativas con mayor mortalidad fueron Colima, Nayarit y Yucatán y por lo tanto el total de defunciones registradas oficialmente por CaCu en el periodo estudiado fue de 99,262 casos, el año que presentó mayor número de casos fue el 2000 con 4,601 mientras que en el 2004 disminuyó a 4,223 (Tovar, Ortiz, Jiménez & Valencia, 2008).

Martínez (2004), refiere que la frecuencia de los estudios de citología exfoliativa encontrados por su estudio sobre la epidemiología del cáncer del cuello uterino son mucho más bajas en las zonas rurales (30%) que en la ciudad de México (64%), este estudio fue basado en datos obtenidos por el INEGI de 1980 al 2004, el cual indica que 66.3% de las defunciones por CaCu fueron en mujeres

analfabetas o con estudios de educación primaria incompletos, más agregando el sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y la falta de acceso a la información, entre otros factores socioculturales por lo cual mantienen a la población femenina en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de padecer CaCu y morir por ésta.

El identificar la causa principal del Cáncer Cervicouterino y estudiarla permitió a Jhingran (2008), señalar que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus DNA de doble cadena de la familia de los Papovaviridae. Está constituido por aproximadamente 8,000 nucleótidos. Se han identificado más de 100 genotipos, la identificación de los serotipos de alto riesgo ha sido importante para definir el blanco terapéutico en la prevención de carcinoma cervical, ya que estos grupos de alto riesgo se asocian hasta al 99.7%, en donde reportan que el VPH-8 es asociado a cáncer recurrente, el VPH-16 se ha asociado a tumores queratinizantes de células grandes, y estos tumores tienden a recurrir, además demostraron que los tumores asociados a VPH-18 tienen un riesgo de 2.4% de veces más alto de muerte y en pacientes con tumor asociado a VPH-16 hasta de 4.4% de veces más alto que en pacientes con tumores asociados a otro tipo de virus.

Para Warren, Gullett y King (2009), el importante papel que juega la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) en la etiopatogenia de esta enfermedad. La infección por VPH es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, con una prevalencia en mujeres jóvenes entre 30 al 46% en diversos países. La infección por VPH afecta a cerca de 20 millones de americanos y se estima que más del 50% de todos los adultos sexualmente activos contraerán esta infección en algún momento en su vida. Aproximadamente 6.2 millones de americanos son infectados con VPH anualmente. Estas infecciones pueden resolverse espontáneamente o progresar a la aparición clínica de la infección, manifestándose más notablemente como displasia cervical que puede progresar a cáncer.

La Secretaría de Salud en conjunto con la Dirección General de Epidemiología reportaron el perfil epidemiológico de los tumores malignos en México con una incidencia de Cáncer Cervicouterino de 7,840 casos que corresponden al 7.8% y se calcula que se produjeron de 12, 340 nuevos diagnósticos de cáncer cervical. Además señalan en estudios efectuados que para abatir la mortalidad por esta enfermedad es necesario alcanzar una cobertura de 80% en la detección en población blanco asegurando el diagnóstico, tratamiento adecuado y oportuno en mujeres con resultados anormales de la citología cervical, al respecto la cobertura actual en el país reportado que es sólo del 43%. (Fernández, León, Herrera & Salazar, 2011).

Las estadísticas mencionadas por la OMS (2012) reportan que más de 83,000 mujeres fueron diagnosticadas con Cáncer Cervicouterino y 26,000 fallecieron por esta enfermedad en América. Además comenta que si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes aumentará en un 45% en el año 2030

1.4 Factores de Riesgo

Para la NOM 014-SSA2-1994 (2007), son aquellos que afectan la probabilidad de padecer la enfermedad y de acuerdo con la Secretaría de Salud son considerados en el grupo de mujeres entre 25 y 64 años de edad, inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años de edad, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, múltiples parejas sexuales, tabaquismo, infección cervico-vaginal por el virus de Papiloma humano, desnutrición, pacientes con inmunodeficiencia y aquellas mujeres que nunca se practiquen el estudio citológico (Papanicolau).

Gien, Beauchemin y Thomas (2010), mencionan dos grupos importantes de factores de riesgo:

a) Comportamiento sexual: el inicio de la vida sexual a una edad temprana se ha asociado al incremento del riesgo de hasta 10 veces. Se ha postulado que antes de los 16 años la zona de transformación es más susceptible de infectarse por el virus del papiloma humano con lo que aumenta el riesgo de desarrollar el cáncer

cervicouterino invasor. Otros factores importantes incluyen; múltiples parejas sexuales, tanto de la mujer como de su pareja, las relaciones sexuales con prostitutas, historia reproductiva (en las multíparas de hasta 6.5 veces de padecer la enfermedad en relación a las nulíparas), el uso prolongado de anticonceptivos orales por más de tres años consecutivos.

b)Estilos de vida: hasta el momento existe tendencia en diferentes estudios que asocia la obesidad, además el Tabaquismo (fumar cigarrillos y la exposición ambiental al tabaco, se ha detectado en el moco cervical de las fumadoras carcinógenos, compuestos que se pueden adherir al ADN celular y dañarlo, cooperando de esta manera con el virus del papiloma humano para producir la transformación celular maligna), el estado Nutricional de la mujer por la deficiencia de Vitamina A, C y E, así como la desnutrición se han asociado a una inmunidad no competente lo cual puede favorecer la infección por virus del papiloma humano y por último la Inmunosupresión en donde la alteración del sistema inmune se ha asociado a un incremento en el riesgo de padecer cáncer cervicouterino invasor en relación en las pacientes que padecen VIH.

1.5 Cuadro Clínico

Para entender el Cuadro Clínico del Cáncer Cervicouterino, es necesario identificar los signos y síntomas, además poner atención a la expresión verbal de la paciente tal y como percibe el cambio físico en su organismo antes, durante la enfermedad.

Para Jhingran (2008) la presentación clínica va a depender de la etapa en la que se encuentra la enfermedad, es decir que las neoplasias preinvasivas y la invasión temprana pueden ser asintomáticas, por ello es necesario el tamizaje con evaluación citológica de endocérvix y exocérvix. Algunos síntomas que se pueden presentar son la molestia postcoital, sangrado intermenstrual o postmenopáusico, flujo vaginal con mal olor, urgencia para orinar, dolor pélvico que puede ser ocasionado por contracciones uterinas causadas por la acumulación de sangre

menstrual en pacientes con oclusión del canal endocervical. El sangrado crónico leve puede ocasionar anemia en algunas pacientes. Un sangrado mayor es raro, pero se puede presentar en estadios avanzados, además presentar dolor pélvico y edema de extremidades inferiores por oclusión linfática o trombosis venosa de la vena iliaca externa, en casos avanzados, así como problemas con la micción, defecación y se pueden presentar síntomas relacionados con metástasis a distancia.

1.6 Diagnóstico

Es un procedimiento sistemático para conocer y establecer de manera clara una circunstancia a partir de observaciones y datos concretos que conlleva siempre una evaluación con valoración de acciones, para detectar el cáncer cervicouterino se basan en el examen físico, historia clínica, estudios de laboratorio y gabinete para identificarlo y ofrecer a la paciente una alternativa de tratamiento.

Para Medina, Pérez y Oliva (2013), el examen físico debe de realizarse la palpación del hígado, supraclavicular, y ganglios de la ingle para descartar enfermedad metastásica. Además, el tacto vaginal para identificar que el cuello del útero se encuentre firme (excepto durante el embarazo), así como se debe de realizar el tacto rectal, que es también necesario para la detección de cualquier extensión de la enfermedad.

La Historia clínica es esencial para cualquier patología, poniendo especial interés en los factores de riesgo, así, como en los síntomas relacionados con la pérdida de peso, anemia, ausencia de periodo menstrual o hemorragias intermenstruales, así como los Estudios de laboratorio que se encuentran encaminados a identificar el estado del paciente y descartar enfermedad extrapélvica, normalmente se solicita biometría hemática, química sanguínea para valorar su estado hematológico y la de la función renal.

Para Foner y Lampe (2009), los estudios de gabinete son de gran importancia porque permiten ver a través de imágenes la forma, tamaño y localización del

tumor, los cuales son:

- Ultrasonido trans-abdominal para la evaluación de condiciones patológicas secundarias dadas por la invasión del tumor a estructuras vecinas.

- TAC abdominopélvica (Tomografía Axial Computarizada) esta permite una evaluación del hígado, tracto urinario, y las estructuras óseas.

- RMN (Resonancia Magnética) tiene un alto contraste y resolución capacidad de imagen multiplana y es una modalidad importante para determinar el tamaño del tumor, el grado de penetración del estroma, extensión de la vagina, la extensión cuerpo uterino, la extensión parametrial, y estado de los ganglios linfáticos.

- PET (Tomografía por Emisión de Positrones) tiene una alta sensibilidad en la detección de ganglios linfáticos metastásicos.

Torres et al. (2007), mencionan que la citología cervicovaginal también conocida como Papanicolaou con objetivo fundamental de ser utilizada y apropiada para detectar lesiones precursoras de Cáncer Cervicouterino de forma que se logre una reducción de la incidencia de lesiones invasivas, esta prueba consiste en la toma de una muestra de las células de la unión del epitelio escamoso y columnar del cérvix, fondo del saco vaginal posterior y del endocervix.

La Colposcopia para (Barbara, Apgar, Gregory, Brotzman & Spitzer, 2009), es una exploración y evaluación sistémica del aparato genital inferior femenino, a través de un colposcopio que permite ver con atención al epitelio superficial y los vasos sanguíneos del estroma subyacente. La función principal es localizar el epitelio de apariencia anómalo y dirigir biopsias a zonas en las que se sospecha la presencia de neoplasia intraepitelial cervical de grados 2 y 3 o de cáncer invasivo.

Además afirman los autores que la Biopsia es considerada un método más exacto, seguro para establecer el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical, el objetivo es remover un fragmento de tejido y mandarlo a estudiar para saber la etapa clínica en que se encuentra la enfermedad.

1.7 Etapa clínica

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, se realizará la etapa clínica conocida como estudio de extensión, en donde la International Federation of Gynecology and Obstetrics FIGO, (2009), especifica que para planificar el tratamiento, el médico debe de conocer la etapa clínica o estadio de la enfermedad entendiéndose ésta como la cuantificación de la extensión del cáncer en el cuerpo o el tamaño del tumor, además es habitualmente clínica ,se encuentra complementada con los estudios de gabinete y se clasifica de la siguiente forma (ver tabla 1).

Tabla 1. Estadificación Cáncer Cervicouterino, FIGO 2009

Etapa	Descripción del tumor
1	<p>Tumor confinado al cuello uterino.</p> <p>IA Tumor con invasión diagnosticada por patología (microscopía), con una profundidad de 5mm., medida desde la capa basal y extensión horizontal menor o igual a 7mm.</p> <p>IA1 Invasión estromal menor o igual a 3mm. y extensión horizontal menor o igual a 7mm.</p> <p>IA2. Invasión estromal mayor de 3mm pero menor de 5mm y extensión horizontal menor o igual a 7mm.</p> <p>IB. Tumor clínicamente visible, confinado al cérvix o etapas preclínicas mayores al estadio IA.</p> <p>IB1. Lesión clínicamente visible menor o igual a 4cm en su diámetro mayor.</p> <p>IB2. Lesión clínicamente visible mayor de 4cm en su dimensión mayor.</p>
II	<p>Tumor que se extiende más allá del cuello uterino sin llegar a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina.</p> <p>IIA. Tumor que invade fondos de saco vaginal sin invasión parametrial.</p> <p>IIA1. Tumor menor de 4cm.</p> <p>IIA2. Tumor mayor de 4cm.</p> <p>IIB. Tumor en invasión parametrial, sin llegar a la pared pélvica.</p>
III	<p>Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o involucra el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.</p> <p>IIIA. Tumor que involucra el tercio inferior de la vagina y no se extiende a la pared pélvica.</p> <p>IIIB. El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.</p>
IV	<p>Tumor que se extiende fuera de la pelvis o presenta involucro comprobado por biopsia de la mucosa vesical o rectal. El edema buloso no se considera enfermedad metastásica.</p> <p>IVA. El tumor invade a la mucosa de la vejiga o recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera.</p> <p>IVB. Metástasis a distancia.</p>

Nota: la nueva clasificación de la FIGO, no incluye Etapa 0, carcinoma in situ. (FIGO 2009).

1.8 Tratamiento

Los tratamientos oncológicos se determinan por el tipo de cáncer, en el caso del Cáncer Cervicouterino los más utilizados son: cirugía, quimioterapia y radioterapia (braquiterapia y tele terapia). Para este tipo de intervenciones se requiere de la participación de un equipo interdisciplinario como lo son: cirujanos oncólogos, radioterapeutas, oncólogos ginecólogos; entre otros.

1.8.1 Cirugía

Gien et al. (2010), señalan que en la cirugía sirve como modalidad diagnóstica y terapéutica, ya que brinda muestras de tejido para la histología, disminuye la carga tumoral antes del tratamiento adicional y puede ofrecer una curación para los tumores de bajo grado. La posibilidad de extirpar un tumor por completo depende de su tamaño y la localización, pueden realizarse diversos tipos de procedimientos quirúrgicos, dependiendo de la accesibilidad del tumor y la tolerancia del paciente a la cirugía.

Eifel , Berek y Markman (2008), mencionan diferentes tipos de cirugías las cuales pueden ser utilizadas en las primeras etapas del cáncer, puesto que la operación depende del estadio clínico del tumor. Su objetivo consiste en la eliminación de los tejidos anormales o el tumor primario.

Dentro de la cirugía se encuentra:

-Cirugía por láser: se emplea un rayo láser para ser usada sólo como tratamiento contra el cáncer pre-invasor del cuello uterino.

-Electrocirugía: se extrae del cuello uterino un pedazo de tejido en forma de cono para ser estudiado e identificar la lesión.

-Histerectomía simple: se extirpa el útero a través de una incisión en la parte delantera del abdomen o a través de la vagina. Después de esta operación, una

mujer no puede quedar embarazada.

-Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos de la pelvis: en este procedimiento, se extirpa el útero, así como los tejidos contiguos al útero, la parte superior de la vagina y los ganglios linfáticos de la pelvis. Esta cirugía también se puede hacer a través de una incisión en la parte delantera del abdomen o a través de la vagina. Después de esta operación, una mujer no puede quedar embarazada.

-Exenteración pélvica: además de extirpar todos los órganos y tejidos mencionados anteriormente, en esta operación también pueden extirparse la vejiga, la vagina, el recto y parte del colon. Esta operación se utiliza cuando el cáncer ha regresado luego de un tratamiento inicial.

Si se extirpa la vejiga, será necesario crear una vía para almacenar y eliminar la orina. Una porción pequeña de intestino pudiese usarse para hacer una nueva vejiga. Se puede eliminar la orina mediante la colocación de un pequeño tubo (catéter) en una pequeña abertura llamada una urostomía o a través de una bolsa plástica pequeña colocada en la parte delantera del estómago.

Si se extirpa el recto y parte del colon, se necesita crear una vía nueva para eliminar el desecho sólido. Esto se hace con una colostomía, una pequeña abertura en el abdomen a través del cual se pueden eliminar las heces fecales, o el cirujano pudiese reconectar el colon para que no haya necesidad de colocar bolsas fuera del cuerpo.

1.8.2 Radioterapia

Para Grigsby (2001), desempeña un papel fundamental en el tratamiento de tumores voluminosos malignos invasores del útero en los etapas I y II hasta IV por ser inoperables responden a la terapia de radiación, además se puede administrar

con una variedad de dosis y métodos, es decir la terapia tiene como objetivo primordial control local que permite que el tejido normal sane y las células tumorales se vuelvan más susceptibles al tratamiento.

Halperin (2006), menciona que dentro de la radioterapia se encuentra la teleterapia (externa), en la cual la fuente de radiación está lejos del paciente; mientras que en la braquiterapia (interna) “administra la dosis dentro del cuerpo”, se colocan pequeñas fuentes radioactivas en cavidades del cuerpo, es decir, está en íntimo contacto con el tumor. Las fuentes de radiación se colocan en el interior de un aplicador dentro del útero y la cavidad vaginal, además que el objetivo fundamental de una radiación paliativa es mejorar la calidad de vida de un paciente con cáncer incurable, atenuando o suprimiendo los síntomas más incapacitantes como el dolor, compresión u obstrucción y las hemorragias, es decir otro uso que se le da a este tratamiento es en los casos avanzados, donde no se utiliza para curar la enfermedad sino para aliviar el dolor.

1.8.3 Quimioterapia

Para entender cómo funciona la Quimioterapia Gullett y Gaddis (2004), mencionan primero que debemos saber el ciclo de vida normal de una célula del cuerpo. Todo tejido vivo está compuesto de células. Las células crecen y se reproducen para reemplazar aquellas que se pierden debido a lesiones o al envejecimiento normal. El ciclo celular consiste en una serie de fases por las cuales pasan, tanto las células normales como las cancerosas, para formar células nuevas.

El ciclo celular consiste en cinco fases que se designan con letras y números, cuando la célula se reproduce, el resultado son dos células nuevas idénticas y cada una de las dos células que se originan de la primera célula puede pasar por este ciclo celular otra vez cuando se necesitan células nuevas.

-Fase G0 (etapa de reposo): la célula aún no comienza a dividirse. Las células

pasan una gran parte de su vida en esta fase. Dependiendo del tipo de célula, la etapa G0 puede durar desde unas pocas horas hasta unos pocos años. Cuando la célula recibe una señal de reproducirse, pasa a la fase G1.

-Fase G1: durante esta fase, la célula comienza a sintetizar más proteínas y a crecer, para que las células nuevas tengan el tamaño normal. Esta fase dura aproximadamente de 18 a 30 horas.

-Fase S (Síntesis): los cromosomas que contienen el código genético (ADN) se replican para que ambas células nuevas tengan hebras iguales de ADN. La fase dura aproximadamente de 18 a 20 horas.

-Fase G2: la célula revisa el ADN y comienza a prepararse para dividirse en dos células. Esta fase dura aproximadamente de dos a 10 horas.

-Fase M (Mitosis): en esta fase, que dura sólo de 30 a 60 minutos, la célula se divide para formar dos células nuevas.

Este ciclo celular es importante porque muchos medicamentos quimioterapéuticos sólo ejercen su acción en células que se están reproduciendo activamente (no en las células que se encuentran en la fase de reposo, G0). Algunos medicamentos atacan específicamente las células en una fase particular de su ciclo (por ejemplo en la fase M o S). Al entender el funcionamiento de estos medicamentos los oncólogos pueden predecir las combinaciones de medicamentos que tienen probabilidades de un buen efecto. Los médicos también pueden planear la frecuencia de administración de las dosis con base en la duración de las fases celulares.

Cuando los medicamentos quimioterapéuticos atacan las células en reproducción, no pueden detectar la diferencia entre las células en reproducción de los tejidos normales y las células del cáncer. El daño a las células normales puede causar efectos secundarios. Cada vez que se administra la quimioterapia, se trata de encontrar un equilibrio entre la destrucción de las células cancerosas (para curar o controlar la enfermedad) y la preservación de las células normales (para aminorar los efectos secundarios indeseables).

Para Weiss (2005), los medicamentos quimioterapéuticos se dividen en varios grupos basándose en factores tales como su mecanismo de acción, su estructura química.

1.-Agentes alquilantes dañan directamente el ADN evitando la reproducción de las células cancerosas.

-Mostazas nitrogenadas: como Mecloretamina, Clorambucil, Ciclofosfamida, Ifosfamida y Melfalán.

-Nitrosoureas: que incluyen Estreptozocina, Carmustina y Lomustina.

-Alquil sulfonatos: Busulfan.

-Triazinas: Dacarbazina y Temozolomida .

-Etileniminas: tiotepa y altretamina (hexametilmelamina).

2.-Antimetabolitos: son una clase de medicamentos que interfieren con el crecimiento del ADN y del ARN al sustituir los elementos fundamentales de estas moléculas. Estos agentes dañan las células durante la fase S. Se usan comúnmente para tratar leucemias, tumores del seno, de ovarios y del tracto intestinal, así como otros tipos de cáncer.

4.-Antibióticos Antitumorales: interfieren con el DNA impidiendo su replicación y la producción del ARN.

-Antraciclina: interfieren con las enzimas involucradas en la replicación de ADN. Estos agentes ejercen su acción en todas las fases del ciclo celular por lo que se usan ampliamente para tratar varios tipos de cáncer. Una consideración importante que se debe tomar en cuenta en la administración de estos medicamentos es que pueden dañar permanentemente el corazón si se administran en altas dosis.

-La mitoxantrona este medicamento también actúa como inhibidor de la topoisomerasa II , y puede ocasionar leucemia relacionada con el tratamiento.

5.-Inhibidores de la topoisomerasa

Estos medicamentos interfieren con las enzimas llamadas topoisomerasas, que ayudan a separar las hebras de ADN para que se puedan copiar. Se usan para

tratar ciertas leucemias, así como cánceres del pulmón, de ovarios, gastrointestinales y de otro tipo.

6.- Inhibidores de la mitosis: son alcaloides de origen vegetal y otros compuestos derivados de productos naturales. Pueden detener la mitosis o evitar que las enzimas sintetizen las proteínas necesarias para la reproducción de las células. Estos medicamentos ejercen su acción durante la fase M del ciclo celular, pero pueden dañar las células en todas las fases, y se utilizan para tratar muchos tipos de cáncer como el seno, de pulmón, mielomas, linfomas y leucemias. Estos medicamentos se conocen por su potencial de causar daños en los nervios periféricos.

Freter y Perry (2008), mencionan que la Quimioterapia se usa como tratamiento sistémico, esto significa que los medicamentos viajan a través de todo el cuerpo para llegar hasta las células del cáncer a través de sus diferentes vías

- Oral (usualmente como pastillas).
- Intravenosa (IV) – se infunde a través de una vena por medio de sueros.
- Intramuscular (IM) – se inyecta en un músculo, principalmente en el glúteo.
- Subcutánea (SC) – se inyecta debajo de la piel.
- Intratecal: se inyecta en el espacio donde está el líquido cefalorraquídeo, generalmente en la zona baja de la espalda.

Además refiere Freter y Perry (2008), tres metas posibles para el tratamiento de la Quimioterapia:

- Curación:** significa que el tumor o el cáncer desaparece y no regresa.
- Control:** la meta puede ser controlar la enfermedad, reducir el tamaño de cualquier tumor y evitar el crecimiento y la propagación del cáncer, pero puede que el cáncer desapareció por un tiempo, pero se espera que regrese.
- Paliación:** cuando el cáncer se encuentra en una etapa avanzada, los medicamentos quimioterapéuticos se pueden usar para paliar los síntomas causados por el cáncer. Cuando la única meta de tratamiento es mejorar la calidad de la vida, se le llama tratamiento paliativo o paliación.

Por último Aguilar y De la Garza (2006), señalan el objetivo terapéutico y la relación tiempo-tratamiento principal de la Quimioterapia, se clasifica como:

1.- Quimioterapia Neoadyuvante: se administra al paciente antes de someterlo a tratamientos radicales, ya sean de cirugía o radioterapia, teniendo como objetivo: disminuir la masa tumoral, preservar órganos, lograr un eficaz control local y actuar de forma temprana las micrometástasis.

2.-Quimioterapia Adyuvante: se aplica después de un tratamiento radical de cirugía o radioterapia, para controlar de manera sistémica posibles metástasis, reduciendo el riesgo de eventuales recurrencias.

3.- Quimioterapia Concomitante: se emplea simultáneamente con radioterapia, buscando obtener efectos radiosensibilizadores y un mejor control local, así como el efecto sistémico.

4.- Quimioterapia Paliativa: se usa para prolongar el periodo libre de enfermedad y para aliviar síntomas (dolor), el criterio para su aplicación debe de ser valorando riesgo-beneficio, ya que las toxicidad puede deteriorar la calidad de vida de la paciente.

CAPITULO DOS

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER

En este capítulo se mencionarán aspectos psicológicos por los que pasan las paciente con cáncer cervicouterino, así como el impacto en el tratamiento con quimioterapia y trastornos asociados a la enfermedad, interpretándose estos como reacciones psicológicas que surgen cómo duda ante la calidad de vida en circunstancias personales, familiares, sociales, culturales, además de sus vivencias ante el significado que tiene del cáncer (dolor, sufrimiento y muerte), su comportamiento ante éste, la interacción con los demás.

Para entender las reacciones psicológicas que manifiesta la paciente ante su enfermedad es necesario conocer el significado de calidad de vida en donde Schwartzmann (2003), refiere que es una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, de pareja y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida.

Cano (2005), señala los aspectos psicológicos como eventos vitales que afectarán no sólo a la persona que lo padece, sino también en su entorno familiar, social, cultural y económico, considerándolo un suceso estresante que no produce el mismo impacto en todos los individuos en función de factores personales como edad, sexo, recursos y habilidades individuales.

2.1 Psicosociales

El cáncer es una de las enfermedades que mayor impacto tiene, como tal giran a su alrededor una serie de mitos, miedos en quien lo padece y no solo está dado en el diagnóstico sino que a su vez se presenta durante el tratamiento.

Pascau et al. (2006), señala que la paciente sufre alteraciones emocionales

negativas a nivel cognitivo y de comportamiento, afectando su calidad de vida. En relación a esto, encuentran que el impacto de un diagnóstico y posteriormente el tratamiento oncológico implica una disminución en el deseo sexual llevando esto a dificultades en sus relaciones de pareja, y a la alteración del esquema de creencias de las pacientes, además tienen ideas erróneas con respecto a su propia sexualidad específicamente sobre su maternidad ya que culturalmente se mantienen creencias sobre la estrecha relación entre útero, maternidad y feminidad, lo que causa en la mujer una idea de ausencia de útero, igual a, menos mujer.

2.1.1 Personales

La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno, la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, para Raich (2000) la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones que hacemos y sentimos, el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

Raich (2000), señala que la imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo en función de la interacción con los demás, no es fija e inamovible, va variando en función de las experiencias, por ello, la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos, juega un papel muy importante para facilitar la propia aceptación de la nueva imagen corporal.

El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen y facilitan la reintegración social (Die Trill M, Die Trill & Die Goyanes, 2003).

La paciente con Cáncer Cervicouterino presenta alteraciones en su sexualidad que se ven reflejadas en el vínculo con la pareja, en donde Seifer (2000), señala que la sexualidad "normal" puede cambiar y las disfunciones pueden ser más comunes durante el tratamiento, la respuesta sexual puede ser afectada de muchas maneras.

Para Vidal (2000), los factores sexuales más comunes para la paciente con cáncer son:

- Pérdida del apetito sexual.

- Dolor al tener relaciones sexuales.

- Pérdida de sensación y de llegar al orgasmo, la mayoría de las veces, las pacientes aún pueden llegar al orgasmo, sin embargo, puede ser demorado debido a los medicamentos y/o a la angustia.

2.1.2 Familia

El diagnóstico de cáncer, ocasiona un impacto en la familia provocando reacciones determinantes de afrontar la enfermedad en cada uno de los integrantes de la familia, es decir en la paciente, su pareja e hijos.

Soto, Planes y Gras, (2003) mencionan los autores que la noticia de la enfermedad irrumpe en la estabilidad de la familia, rompiendo el funcionamiento normal de la misma. Sus miembros deberán reestructurar y flexibilizar los roles que ocupaban para poder adaptarse a la crisis por lo cual atraviesan.

También señalan Soto, Planes y Gras, (2003), cuál sea la actitud que tomen los miembros de la familia frente a la enfermedad, el grado de flexibilidad, la capacidad para resolver los conflictos que se presenta y la emocionalidad de la misma, será el modo en cómo la familia afrontará la enfermedad, experimentará angustia y dolor, en donde se compartirán, a veces en modo silencioso, la incertidumbre acerca de lo que sucederá en el futuro en relación al temor a la muerte. En

algunos casos sus miembros se sentirán impotentes por no poder hacer más nada frente a la realidad que se les presenta.

Cada integrante se ve afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la vida cotidiana así como en la percepción del sentido de la vida, para Mesquita et al. (2007), las familias viven ciclos repetitivos de enojo, desamparo, frustración, falta de control, de ajuste y readaptación, en donde se percibe la enfermedad como potencial peligro de desintegración o como una oportunidad para el fortalecimiento, recuperación, adaptación, comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro.

2.1.3 Pareja e Hijos

La pareja es la persona con quien comparte la paciente ideales, metas, proyectos, considerándola importante pero a la vez expresa sus sentimientos de enojo, tristeza, miedo a través de hostilidad y la pareja lo toma como algo personal, se ofende aunque en realidad el enojo no es para él (García D, García, Ballesteros & Novoa (2003).

Para Haber (2000), en la pareja la mujer suele ser la única confidente del hombre y la enfermedad cambia esta relación, a continuación se mencionan reacciones emocionales más comunes por las que pasa la pareja:

- Aislamiento emocional; los hombres comparten sus necesidades emocionales y sociales con su pareja. Cuando ésta presenta cáncer, se pueden sentir aislados y experimentar síntomas como ansiedad, falta de concentración, trastornos del sueño o fatiga.

- Inversión de papeles; ahora es la pareja la que ha de cuidar de la enferma de cáncer y eso puede provocar una inversión de roles. La pareja adquiere nuevas responsabilidades domésticas y de cuidado de su mujer, que pueden ocasionar que se sienta incompetente, irritado o abrumado.

- Indiferencia emocional; puede que la pareja no se siente capacitada para afrontar las reacciones de la mujer enferma y no responda a las necesidades de ésta.
- Comunicación; muchas veces las parejas tienen miedo ante el hecho de hablar de la enfermedad porque creen que agravarán el estado de la enferma, por este motivo, cambian de conversación cuando se alude al tema.
- Fantasías sobre la muerte; como cuidador principal, la pareja puede desear que el problema termine o bien con la curación de su pareja o bien con su muerte.

Además para Haber (2000) no solo la pareja se ve afectada con la enfermedad sino que también la relación con los hijos y van a depender de diversas variables entre ellas la edad de los mismos.

- Los niños muy pequeños necesitan más cuidados que los mayores y se puede requerir la ayuda de familiares. Por otra parte, la situación estresante que vive la paciente puede ocasionar que sea menos controladora con sus hijos, pudiendo favorecer diversos problemas o trastornos infantiles como hiperactividad, retraso escolar o incluso depresión. Además, los padres pueden creer que sus hijos son demasiado pequeños para comprender lo que está pasando y pueden ocultar a sus hijos la verdad. Pero esto suele ser contraproducente porque se alimentan los miedos y fantasías de los niños.

-Los adolescentes pueden aprovecharse de la poca supervisión paterna o pueden negarse a ayudar. Suelen presentar mayores problemas emocionales y trastornos que los niños más pequeños por el normal estrés de la adolescencia más la dolorosa situación de la enfermedad. En las hijas adolescentes pueden recaer más responsabilidades, al tener que desempeñar un rol femenino adjudicado a su madre.

-Los jóvenes adultos, como son más independientes, tienen menos tiempo para atender a la paciente y en muchas ocasiones sus reacciones pueden denotar miedo ante la enfermedad, optando por reacciones evasivas.

Por lo tanto el proceso por el cual pasa la paciente, su pareja e hijos es sumamente difícil de afrontar, más cuando hay diferentes elementos que lo agravan de tal forma que con el paso del tiempo y según la evolución en algún momento ese cuidador o integrante de la familia desea el desenlace de la paciente, estos sentimientos pueden estar generados por la angustia y miedo; sin embargo no por ello le pueden dejar de producir culpa, malestar emocional.

2.2 Socioculturales

El cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas, aunque su asociación al sufrimiento, al dolor y a la muerte traspasa barreras geográficas que separan a la humanidad en muchas otras cuestiones, las actitudes y comportamientos que se exhiben ante esta enfermedad varían entre individuos.

Estas actitudes y comportamientos ante el cáncer dependen de factores culturales que, sumados a otras variables (sociales, de personalidad, etc.) explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigna a la enfermedad. Así, la cultura transmitida de una generación a otra, explicará en parte, por qué algunos emplean minerales molidos o “pastillas preciosas” para tratar el cáncer, mientras que personas de otras culturas intentan ahuyentar a los malos espíritus que invaden el cuerpo del enfermo o acuden a centros oncológicos especializados para controlar su enfermedad (Die Trill, 2000).

La cultura, unida a estas variables, ayuda a entender el significado atribuido al cáncer, en algunos individuos el sufrimiento de ser diagnosticado de cáncer puede conducirles a algún tipo de salvación generalmente espiritual produciendo un cambio positivo en sus vidas. Estas personas frecuentemente describen cómo el cáncer les ha ayudado a apreciar determinados aspectos de sus vidas que

tenían abandonados. Otras sin embargo, viven el cáncer como una experiencia intensamente negativa que no produce más que sufrimiento, amargura, incapacidad y deterioro. Ambas actitudes ante una misma enfermedad producirán respuestas muy diferentes que tendrán implicaciones diversas tanto para el individuo enfermo como para su entorno, y que estarán influidos por la cultura en la que se desenvuelve (Die Trill, 2000).

El grupo cultural al que pertenece un paciente oncológico determinará en parte, quién será su cuidador principal; quién es el miembro de la familia que tomará decisiones médicas; qué rol va a adoptar cada uno de los miembros familiares ante la enfermedad y cómo se va a implicar cada uno de ellos; cómo se va a transmitir la información médica y cómo va a reaccionar la familia como grupo (Die Trill, 2000).

Las creencias que la familia tenga acerca de la salud y de la enfermedad se transmitirán de una generación a otra a través de patrones inconscientes de comportamiento y de actitud, y estarán influidas no solo por el grupo cultural al que pertenece la familia, sino también por la misma cultura familiar (Die Trill, 2000).

En algunas culturas en las que se valoran la autonomía y la independencia individual estarán compuestas por familias en las que existen límites bien diferenciados entre sus miembros, en estas familias el paciente oncológico asumirá la responsabilidad de su cuidado médico por sí mismo, esto es, adoptará un papel activo en su lucha contra el cáncer, tomará decisiones médicas con mayor autonomía respecto a la familia, y tendrá una mayor percepción de control sobre la enfermedad y los tratamientos que recibe (Die Trill, 2000).

En otras culturas por el contrario, se valoran la dependencia en los lazos familiares, la comunicación estrecha entre sus miembros, la lealtad familiar por encima de las necesidades individuales y personales de cada miembro, en ellas la familia se convierte en la unidad de tratamiento. El enfermo con cáncer encontrará

apoyo familiar para afrontar la enfermedad, y la carga de la responsabilidad que genera la enfermedad será compartida, pero su percepción de control sobre ella puede verse reducida (Die Trill, 2000).

El acercamiento a la muerte ha variado a lo largo de la historia de la humanidad, por ejemplo: se solía afrontar la muerte atribuyéndole un sentido personal sin modificar su curso.

Con el desarrollo de las tecnologías médicas, el objetivo del tratamiento médico es, en muchos casos, prolongar la vida y facilitar el “bien morir”. A pesar de que la muerte es un hecho universal, no todos lo enfrentaran del mismo modo así como de una cultura a otra. Unos grupos culturales, influidos por la creencia de que la muerte es parte integral de la vida, se acercan a la muerte desde una perspectiva opuesta a la de aquellos grupos culturales en los que se mantiene una actitud de no aceptarla.

Con este panorama los seres humanos dotados de unas herramientas para vivir afrontan la pérdida de la salud de diversas maneras, en especial cuando la cercanía ante la muerte se convierte en algo casi seguro; de allí que podamos responder de maneras activas, es decir, buscando información y alternativas para continuar la vida o de manera pasiva resignándonos a la preocupación ansiosa, desesperanza y fatalismo esperando la inminente muerte.

2.3 Impacto Psicológico en el Tratamiento con Quimioterapia

Mate, Gil y Lluch (2003), refieren que el paciente necesitará tiempo para entender su tratamiento, en consecuencia, pueden tener dificultades para formular las preguntas que les permitan reconocer que no todas las pacientes experimentan los mismos efectos secundarios, la gravedad de los efectos varía en cuanto a la duración y tiempo del tratamiento.

El desconocimiento y la respuesta de miedo que la mayoría de las pacientes tiene sobre su tratamiento provocan actitudes negativas e interpretaciones erróneas sobre la quimioterapia; sus efectos secundarios, cambios físicos hacen que aparezcan sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad emocional (Mate et al. 2003). Uno de los momentos en el que surge la preocupación en el paciente, es cuando se está en espera de que comience el tratamiento inicial; expresan sentirse alteradas y preocupadas como parte del proceso, no obstante, algunas veces estos sentimientos pueden ir desde un nivel normal hasta un nivel intenso.

La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que presenta alteraciones a corto y largo plazo en todas las dimensiones de la calidad de vida, debido a la sintomatología que ésta provoca. Los efectos secundarios que presentan las mujeres sometidas a éste tratamiento dependen de la terapia utilizada, en cuanto a la ubicación de administración, esta dependerá de los medicamentos que se estén administrando, la dosis, las políticas del hospital y la recomendación del médico, así la quimioterapia puede aplicarse de forma ambulatoria o intrahospitalaria (Montes, Mullins & Urrutia 2006).

Andersen (2006), refiere que el paciente que se va hospitalizar por quimioterapia impacta de manera negativa en la calidad de vida de la paciente por las siguientes razones:

-Inhabilidad para trabajar durante ese tiempo.

-Separada de la familia.

Ambas limitan la capacidad física y funcional de la paciente, afectando directamente el no cumplimiento del rol cotidiano en el hogar.

Los signos y síntomas que presentan las pacientes durante su tratamiento con la quimioterapia corresponden a:

- Alopecia: La pérdida de cabello

- Náuseas: sensación desagradable, subjetiva que se localiza en la parte posterior de la garganta y en el estómago.

- Vómitos: contracciones potentes de los músculos abdominales que hacen que el contenido del estómago sea expulsado de forma violenta por la boca.
- Diarrea: daño producido a nivel de la mucosa del intestino delgado y del colon, produciendo un exceso de fluidos secretados en la luz intestinal.
- Cansancio: falta de energía que impide realizar incluso pequeños esfuerzos cotidianos o una falta de fuerzas generalizada que no encuentra alivio con el descanso.
- Anemia: se define como una disminución de los niveles de hemoglobina (Hb) por debajo de 12 g/dl, causada por la Disminución del apetito y pérdida de peso
- Flebitis: Consiste en la inflamación de la pared interna de una vena se siente un dolor localizado, edema y eritema, y la zona se nota caliente. Debido a que la sangre de la vena está coagulada, ésta se siente como una cuerda dura debajo de la piel, esta sensación puede abarcar toda la longitud de la vena.
- Mucositis: inflamación de la mucosa del tracto digestivo, extendiéndose desde la boca hasta el ano. Se manifiesta principalmente con enrojecimiento y/o úlceras de mucosas. Inicialmente suele aparecer sequedad bucal y sensación quemante, y pueden evolucionar a dolor severo (si aparecen grandes úlceras).

Asimismo las consecuencias directas de la hospitalización prolongada afectan también la calidad de vida de la paciente, ya que el permanecer en cama la mayor parte del día, se traducirá en una disminución de la capacidad física y aeróbica por efectos del reposo prolongado.

Aguilar y De la Garza (2006) mencionan que la mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de terminado el tratamiento, dado que las células sanas se recuperan rápidamente. El tiempo de recuperación varía de una persona a otra y depende de muchos factores, incluyendo su estado general de salud y los antineoplásicos que esté recibiendo, no obstante, aun cuando muchos de los efectos secundarios desaparecen con rapidez, algunos toman meses o años para desaparecer por completo, en ocasiones pueden durar toda la vida; tal es el caso cuando la quimioterapia causa daño permanente al corazón, pulmones, riñones.

Para Groshaus (2002), el cumulo de sentimientos, dudas y temores que surgen con la quimioterapia, con frecuencia se intenta disipar por parte del paciente en la sala de espera antes de recibir el tratamiento de quimioterapia al interactuar y relacionarse con otros pacientes que reciben tratamiento similar; este fenómeno, no obedece únicamente a la circunstancia de coincidencia en el espacio de pacientes con padecimientos similares, puesto que estas relaciones interpersonales están determinadas por una serie de personas afectadas por la misma problemática, que al reunirse “periódicamente”, crean un ambiente de bienvenida donde puedan desarrollarse la comunicación y las relaciones interpersonales entre los diferentes miembros que se identifican como parte de un grupo, en el cual el suceso traumático y su tratamiento, en este caso el cáncer y la quimioterapia, son los factores de identidad, en el que existen sentimientos de pérdida o peligro, los cuales están asociados a emociones negativas, sentimientos de vulnerabilidad y de falta de capacidad para manejar la situación, cuadro que favorece la desestructuración de los comportamientos habituales del individuo, aparece el estrés y da lugar a una progresiva pérdida de la autoestima.

En la actualidad se considera que el cuidado del paciente oncológico debe responder a una visión integradora, donde no solo se considere lo clínico, sino que también lo psicosocial. Es así que existe una perspectiva basada en la atención integral del paciente con cáncer, centrada fundamentalmente en el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de la persona. Este último concepto es considerado un índice global que incluye en una de sus dimensiones a la capacidad funcional, es decir, la habilidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones complejas que componen nuestro quehacer cotidiano y que requieren capacidad física, cognitiva y emotiva dentro de un entorno determinado (Fallowfield ,2006).

Finalmente, como lo menciona Arrivillaga (2007), es probable que el impacto psicológico sea persistente aún después de haber pasado el proceso de tratamiento y cura de la enfermedad, puesto que existe la posibilidad de que la

misma reaparezca y se hace recurrente el recuerdo de experiencias traumáticas relacionadas con su condición y los efectos secundarios del tratamiento.

2.4 Trastornos psicológicos asociados a la enfermedad.

El paciente oncológico experimenta el impacto del cáncer y su tratamiento como una avalancha de ideas que inunda el corazón y la mente, convirtiéndola en protagonista de una historia que hasta entonces pertenecía a otros. El miedo al sufrimiento, la muerte, lo inevitable, la inseguridad, el dolor, la incertidumbre, se adueñan de su persona, por lo tanto aún la palabra cáncer sigue acompañada de un sin fin de emociones muy difíciles de manejar, existe una conspiración de silencio social, además entre paciente y familiares en la que nadie quiere hablar abiertamente del tema. El cáncer supone una ruptura biográfica, un cambio brutal en la vida, que conlleva la necesidad de un cambio y en donde la vida nunca será la misma (Armstrong, 2000), por lo tanto se presentan los siguientes trastornos psicológicos:

◆ Ansiedad

Para Maté, Hollenstein y Gil (2004), describen la ansiedad como la forma más común en pacientes con cáncer y cuyas preocupaciones principales incluyen: el no sobrevivir para ver crecer a sus hijos, la infertilidad, su sexualidad más asociados al cambio en la apariencia físicos, además señalan tres formas de ansiedad: reactiva, relacionada con factores médicos y trastornos preexistente. En cualquiera de los tres tipos de ansiedad, la etiología más frecuente suele ser la amenaza a la integridad vital, el miedo a la mutilación, a la pérdida del control físico, a la pérdida de autonomía, a la muerte, la preocupación de dependencia y abandono o separación.

Mencionan los autores dos tipos de ansiedad; la primera la consideran adaptativa cuando es proporcional a la amenaza y si facilita la puesta en marcha de recursos de afrontamiento. La segunda desadaptativa, es decir cuando es

desproporcionada o mayor que la amenaza, generando un aumento anormal de la frecuencia e intensidad de los síntomas, se mantiene en el tiempo, produce efectos perjudiciales sobre las distintas áreas en las que se desenvuelve la paciente y en la adaptación. Los síntomas más comunes a través de los cuales se presenta la ansiedad son: “irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprensión, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta” (Maté, Hollenstein & Gil, 2004).

◆ Depresión

Roudinesco (2000), menciona que el sufrimiento psíquico se manifiesta como depresión cuando existe una mezcla de “tristeza y apatía, búsqueda de identidad y culto de si mismo”, además lo relaciona con el debilitamiento de los lazos sociales.

Para Hornstein (2001), la depresión es una patología de la temporalidad “yo no tengo futuro”, de la motivación “yo no tengo fuerzas” y de los ideales “yo valgo poco”. Conceptualizando la oposición-relación entre yo, objeto y superyo.

Trask (2006), señala la dificultad de clasificación de la depresión desde el punto de vista médico. En un intento para identificar un método más o menos exacto de la evaluación de la depresión en los pacientes y los pacientes de cáncer en particular, los investigadores han empleado cuatro diferentes enfoques:

1.- Inclusivo; utiliza todos los síntomas de la depresión, independientemente de si pueden o no ser secundarios a una enfermedad física. Este enfoque se caracteriza por poseer una elevada sensibilidad (es decir, la capacidad para identificar correctamente a quienes están deprimidos), pero también una baja especificidad (es decir, la capacidad para identificar correctamente a quienes no están deprimidos). En otras palabras, este enfoque tiende a sobre diagnosticar la depresión debido a la falta de discriminación con respecto a la causa de los síntomas.

2.- Etiológico, este enfoque considera a un síntoma de depresión, sólo si éste no es claramente el resultado de una enfermedad física. Lamentablemente, es poco probable que el terapeuta pueda estar lo suficientemente familiarizado con todas las enfermedades físicas como para determinar, de forma confiable, si un síntoma de depresión (por ejemplo; fatiga) es el resultado de una enfermedad física. El resultado se convierte en una dependencia de algo que se infiere, transformándolo en un enfoque no muy fiable. Si dicha determinación es difícil para los psicólogos y psiquiatras, es probable que se convierta en imposible para otros profesionales que se ocupan de sujetos deprimidos.

3.- Sustitutivo; reemplaza los síntomas que pueden estar relacionados con la enfermedad física (fatiga) por los síntomas cognitivos adicionales (indecisión, desesperanza, pesimismo). Un problema con este enfoque es que ofrece gran variabilidad en la elección de los criterios específicos de definición de la depresión. En consecuencia, los evaluadores deben tener una formación minuciosa de los síntomas para garantizar a los pacientes una aplicación consciente de los criterios de clasificación.

4.- Exclusivo, elimina los síntomas de la fatiga, disminución de apetito/peso, por ser dos síntomas comunes de la depresión que con frecuencia son el resultado de una enfermedad física. Este enfoque es criticado por tener (en oposición al enfoque inclusivo) mayor especificidad, pero menor sensibilidad.

Además de mencionar el autor los problemas asociados con cada enfoque, es difícil concluir cuál de los cuatro enfoques es mejor para poder identificar correctamente a las personas con cáncer que están deprimidos y pueden beneficiarse de una intervención. La optimización del diagnóstico se puede lograr empleando lo mejor de cada enfoque para poder identificar la depresión en pacientes con cáncer.

◆ Intento de Suicidio

Kendal (2006), menciona que existen dos categorías principales para determinar los factores causales del comportamiento suicida en pacientes oncológicos. Una es el “modelo médico-psiquiátrico”, que incluye, factores físicos y psicológicos, este modelo contempla el suicidio como el resultado de un trastorno mental o padecimiento físico. La otra categoría es el “modelo estadístico-social”, que pone principal énfasis en las influencias ambientales como causas de estados mentales y físicos.

a) Modelo médico-psiquiátricos:

1.- Enfermedad física: cualquier enfermedad crónica que prive al individuo de su expectativa de una vida plena o preocupación hipocondríaca con enfermedad que pueda representar la pérdida imaginada de esa realización, son factores importantes en el suicidio (Kendal, 2006). Además de los efectos directos de la enfermedad física en el comportamiento suicida, se deben considerar los efectos secundarios de la enfermedad física, particularmente si el dolor o la cronicidad están presentes.

2.- Síntomas psiquiátricos: en términos de comportamiento suicida más frecuentemente en pacientes oncológicos son con trastornos afectivos, trastornos de adaptación y con relación significativa es la depresión mayor.

3.- Comportamiento suicida previo: los antecedentes de intento de suicidio son un importante predictor del riesgo futuro. Uno de cada 100 individuos que sobrevive a un intento de suicidio conseguirá su propósito en el período de un año desde el primer intento.

4.- Padecimientos psiquiátricos de la historia familiar: el abuso de drogas y el alcoholismo son trastornos frecuentemente encontrados en las familias de los pacientes oncológicos que han cometido suicidio o intentos suicidas. Parece ser

que la alta proporción de enfermedad mental en las familias de aquellos que intentan un suicidio durante la juventud, sugiere algún tipo de relación causal, ya sea genética, ambiental o ambas.

b) Modelo estadístico-social:

1.- Desacuerdo o rompimiento familiar: la falta de redes familiares de apoyo, producto de una muerte, separación de los padres, etc., está considerada como uno de los factores causales del comportamiento suicida. Las personas que están aisladas socialmente, son viudas, divorciadas o separadas, presentan tasas de suicidios superiores a las de las personas que poseen apoyo social de amigos o de otros familiares.

2.- Empleo: las familias experimentan tensión como resultado del desempleo y de los problemas económicos que esto genera, lo cual constituye un factor de riesgo en el comportamiento suicida de los individuos que padecen dicha tensión.

c) Factores sociodemográficos:

1.- Edad: existe un mayor riesgo de cometer suicidio en los ancianos o adultos mayores, que en los adultos jóvenes.

2.- Género: si bien las mujeres tienen más intentos suicidas, los hombres superan esa proporción en cuanto al suicidio consumado, por lo que tienen un mayor riesgo suicida.

3.- Ubicación geográfica: las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales.

CAPITULO TRES

MANEJO DE LAS EMOCIONES

El ser humano se ve afectado física y emocionalmente por situaciones que lo rodean, ya que crean juicios o ideas que no siempre reflejan la realidad de los hechos. Al creer que su pensamiento es “correcto o racional”, experimentan y emiten una serie de emociones y conductas que desembocan en otras creencias, también irracionales, elaborando una cadena de pensamientos disfuncionales, los cuales intensifican la insatisfacción emocional y las conductas (Sartre & Jean-Paul 2005).

La investigación psicológica como médica a lo largo de las últimas décadas han permitido identificar sus principales factores que afectan las emociones en el individuo y que pueden estar asociadas a la génesis, mantenimiento y desarrollo de diversas patologías que presentan reacciones fisiológicas afectando órganos, músculos, la sangre y las secreciones glandulares. Por ello cada vez es mayor el número de estudios que muestran la relación existente entre factores emocionales y patologías o trastornos, tales como los cardiovasculares, los digestivos, e incluso los derivados de un funcionamiento deficitario del sistema inmune (Tobal y Jiménez, 2000).

3.1 Antecedentes Históricos

Ostrosky et al. 2008), refiere que la emoción ha sido objeto de interés a lo largo de la historia y existen numerosos intentos de formalizar una teoría o modelos de interpretación de este fenómeno.

En la Grecia clásica, expresaban que la razón tenía el control de los impulsos afectivos representan un papel jerárquico inferior a la razón, además reflejaba la existencia de dos dimensiones una racional y otra irracional entendiéndolas como elementos de creencias.

En Edad Media, consideraban a las emociones "pecados" cuando se vinculaban con las pasiones y las personas que expresaban estas emociones eran condenadas al fuego. Los médicos de esta época (Huarte de San Juan y Sabuco de Nantes 1587), observaron que las emociones repercutían en la salud.

En la Edad Moderna, Descartes 1649, menciona en su dualismo mente-cuerpo, que la conducta humana es el resultado del alma racional, mientras que la conducta animal (propia de las emociones) es automática, además sostiene que el razonamiento, el juicio moral y el sentimiento pueden existir separados del cuerpo de la mente

Levav (2005) menciona que a comienzos del siglo XIX aparece Darwin que en 1872 publicó el libro titulado "La Expresión de la emoción en el hombre y los animales", en donde menciona los cambios en el cuerpo aparecen inmediatamente después de la percepción del acto emotivo, y lo que sentimos al mismo tiempo que suceden los hechos es la emoción, además propuso que el fenómeno emocional y su expresión están estrechamente relacionados al señalar que la expresión facial y el cuerpo son los medios primarios de la expresión emocional.

Además menciona Levav (2005) que las emociones, así como la expresión de las mismas, son innatas, aunque se ha considerado la posibilidad de que los factores de aprendizaje puedan ejercer algún tipo de influencia sobre la expresión; de tal forma que esto ha significado la evolución de las emociones a través del tiempo para incrementar y garantizar la probabilidad de que el sujeto y la especie se adapten a las características cambiantes del ambiente externo. De esta forma, la obra de Darwin marca el inicio de las posteriores investigaciones centradas en los aspectos evolutivos de las emociones.

Posteriormente nace la Psicofisiología haciéndose la pregunta central ¿qué es una emoción? en donde James 1884 y Lange 1885, en Solomon (2000), señalaron

que la emoción tiene lugar cuando el individuo interpreta sus respuestas fisiológicas o sensaciones físicas a los estímulos que provocan la emoción, tales como el aumento de nuestro ritmo cardíaco y los espasmos musculares. Esto conlleva a que cada emoción diferente debe tener su propio patrón fisiológico.

Desde una perspectiva Neurológica, Cannon (1927, en Aguado, 2005), demostró que las emociones son cambios fisiológicos relacionados que contribuyen al bienestar y auto-preservación del individuo y junto con Bard 1938, destacaron que las emociones están formadas por respuestas fisiológicas por la experiencia subjetiva de la emoción ante un estímulo.

Para Schachter-Singer (1962, en Aguado, 2005), la emoción se debe a la evaluación cognitiva del acontecimiento y a la de la respuesta corporal, es decir la persona nota los cambios fisiológicos, advierte lo que ocurre a su alrededor y denomina sus emociones de acuerdo a ambos tipos de observaciones, además menciona que la intensidad de la emoción está fundamentalmente determinada por los cambios fisiológicos.

Según Fernández, Jiménez y Martín (2003), señalan que las emociones pueden ser más rápidas que nuestras interpretaciones de una situación, lo cual implica que sentimos algunas emociones antes de pensarlas y algunas vías nerviosas implicadas en la emoción no pasan por las áreas corticales vinculadas al pensamiento.

Por otra parte Lazarus (198,1 en Fernández, Jiménez y Martín, 2003), menciona que la valoración e identificación de los acontecimientos también determinan nuestras respuestas emocionales.

Finalmente Lang (1984, en Aguado, 2005)., refiere que la emoción es una disposición a la acción que se manifiesta con un componente verbal, fisiológico, y conductual, además cada emoción está codificada en la memoria mediante un

esquema (representación mental) en el que se organizan tres tipos de información: una sobre los estímulos y el contexto en el que ocurren, otra sobre respuestas ante la situación (verbal, conductual y fisiológico) y por último Información cognitiva sobre el significado de la situación, los estímulos, y las respuestas.

3.2 Definición de emoción

A continuación se presentan diferentes conceptos de la emoción de acuerdo a estudios de investigación, a pesar de la diversidad de puntos de vista describen la emoción con base a componentes y sistemas de respuestas que intervienen en lo neurofisiológico, conductual y cognitivo.

Para la biología, suponen un complejo proceso hormonal, fisiológico e incluso muscular que sirve para establecer y asentar la vida en sociedad. Para la psicología es un impulso básico de la mente consciente. Desde la antropología son el centro donde se mueve la vida social, los tipos básicos de conductas relacionales sobre las que se da la comunicación necesaria para crear los diversos mundos culturales (Fericgla, Josep 2010).

Plasencia (2006) menciona que literalmente la palabra emoción significa movimiento hacia afuera, y que etimológicamente el vocablo emoción tiene su origen en la voz latina "motio", que significa movimiento por lo tanto la emoción es un fenómeno dinámico que implica movimiento, además no existe como un suceso aislado; se trata de un proceso complejo, en el que intervienen de manera simultánea y relativamente breve aspectos de la persona.

Carrillo (2001), argumenta que es un estado afectivo resultante de la percepción, que se acompaña de reacciones fisiológicas y tienen la capacidad de despertar, sostener y dirigir conductas específicas.

Para Ekman (2003), la emoción determina la calidad de vida y a su vez agrega

que existe un “banco de datos de alerta emocional” que opera por medio de una red neuronal que permite su identificación de forma básica.

De acuerdo a Palmero y Mestre (2004), la emoción son procesos episódicos por la presencia de un estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada o valorada como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dando lugar a una serie de cambios o respuestas en los planos subjetivo, cognitivo, fisiológico y motor; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, esto es con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente.

Damasio (2006), señala que son programas complejos de acciones automáticas que se llevan a cabo en el cuerpo, desde las expresiones faciales y las posturas, hasta cambios en las vísceras.

Filliozat (2007), refiere que la emoción es un impulso o sensación que nace en el interior y lo conecta con el mundo exterior, además puede ser suscitada por un recuerdo, pensamiento o un acontecimiento.

3.3 Componentes de las emociones

En la actualidad la existencia de las emociones en el ser humano están orientadas a la adaptación del organismo, así como a las condiciones cambiantes del medio ambiente, a través de un proceso llamado estímulo, percepción, evaluación/valoración, respuesta fisiológica, acción, expresión y es transmitido a los demás mediante la comunicación verbal, de signos, gestos o movimientos, por lo cual el cuerpo se ajusta a esos estados experimentados mediante la activación o desactivación fisiológica correspondiente en cada caso se debe haber que es conscientes de lo que ocurre en su organismo y vida (Palmero, 2001).

Es importante mencionar que las emociones tienen funciones que permiten guiar, proteger, regular y dar pautas para la convivencia con los demás y consigo mismo con la finalidad de equilibrar la forma de actuar el propósito de facilitar la respuesta a las circunstancias (Plasencia, 2006).

Carrillo (2001; en Plasencia, 2006) presentan cuatro dimensiones que especifican aspectos principales que intervienen en las emociones:

1.- Cognitivo: se refiere a la experiencia individual de cada persona y de cómo lo percibe, así como de sus ideas, de escuchar, de sentir e interpretar los acontecimientos.

2.- Fisiológico: representa a las respuestas orgánicas y viscerales, en donde interviene el sistema nervioso, endocrino y los cambios a nivel corporal (sistema cardiovascular y respiratorio, actividad ocular, tono muscular, piel).

3.- Motivación: representa el propósito, la necesidad de responder de manera apropiada al estímulo que la generó y la utilidad que tiene la emoción que se experimenta.

4.- Expresivo: es la manera en que se comunica dicha experiencia, ya sea de manera verbal o no verbal, como puede ser a través de las posturas corporales, las expresiones faciales, la mirada, éste aspecto, a su vez, se encuentra relacionado con la función social de la emoción.

El ser humano cuenta con un conjunto de emociones (Muñoz 1991; en Plasencia, 2006) por lo que es importante analizar lo que sucede cuando las experimenta, esto lo ayudara a poder identificar y saber qué hacer con respecto a ellas. Existen algunos aspectos y características específicas que se han podido identificar de cada reacción emocional, con los cuales se puede delimitar en particular y diferenciarla del resto, lo cual es sumamente importante para poder expresar lo que la persona siente.

Para Muñoz (1991; en Ramos, 2004), las emociones las clasifica en tres: - Primarias o innatas, promueven la supervivencia (miedo, tristeza, enojo, afecto y alegría).

-Existenciales o de desarrollo (soledad, frustración, arrepentimiento, impotencia, plenitud).

-Introyectadas o aprendidas provienen de la sociedad (depresión, lástima, culpa, vergüenza).

Otras emociones importantes son:

➤ Miedo

Para Plasencia (2006), contribuye a cuidar la integridad física, emocional, mental y espiritual, por lo que tiene una función protectora de alertar y guiar hacia lo que no daña, es decir protege del peligro como mecanismo de supervivencia y protección. Además menciona el autor que fisiológicamente, el ritmo cardíaco se acelera, se altera la respiración, la boca se seca, presencia de sudoración, contracciones musculares, la médula suprarrenal segrega dos hormonas: epinefrina y norepinefrina, que son las responsables de algunas de las reacciones que se producen en casos de pánico.

Por lo tanto se puede clasificar en tres tipos de acuerdo a su etiología:

- Particular, relacionado con experiencias personales y su entorno.
- Natural, tienen que ver con el medio ambiente.
- Social, se encuentran relacionado con la educación cultural.

Lange (2001), señala que se puede reaccionar al miedo de tres formas:

-Huida, es decir alejarse de lo que genera miedo, siempre y cuando sea posible.

-Ataque para defenderse de lo que produce el miedo.

-Parálisis por completo sin saber qué hacer frente a la circunstancia o estímulo que genere el miedo.

➤ Enojo

Plasencia (2006) menciona que es una reacción que es producida por la injusticias, abuso, agresión y cuando se encuentra un obstáculo o tropiezo en el camino que impide lograr los propósitos, así como metas planteadas, por lo tanto señala que se presenta a través de signos y síntomas corporales como el ritmo respiratorio aumenta, se dilatan las fosas de nasales, la temperatura se eleva, la musculatura se torna inflexible, aumenta la circulación sanguínea, la mente se ve bloqueada e impide el razonamiento, se siente la necesidad de ofender a lo que o a quien consideramos el origen de la ira o el enojo, se imposibilita la capacidad de dialogar.

Además considera Plasencia (2006) que es saludable si se utiliza como defensa, lo cual impulsa a actuar para proteger, motiva a luchar, por lo que brinda mayor energía física y fuerza, para salir adelante en la adversidad, pelear contra lo que ataca a la persona.

Por otra parte para Lange (2001), el enojo es peligroso tanto para la persona misma como para los que la rodean porque puede ser violenta, al grado de destruir cosas o siendo hiriente con las personas de manera indiscriminada. Incluso, el enojo ya sea desbordado o reprimido puede generar diversas somatizaciones o síntomas físicos como por ejemplo: problemas en el aparato digestivo, contracturas musculares en el cuello, la espalda y la mandíbula.

➤ Alegría

Para Plasencia (2006), se trata de un estado de satisfacción interno y personal, cuyos motivos pueden variar de una persona a otra, además que fisiológicamente se caracteriza por un aumento de vitalidad corporal, una sensación de mayor capacidad de actuar y moverse, es posible sentir una carga vital en el pecho o en la garganta. La musculatura se relaja sin perder su tono, se segregan endorfinas que pueden tener un efecto analgésico, puede ser acompañado de la risa o de una sonrisa, etc. Una persona con temperamento alegre por lo regular, encuentra

satisfacción valora los momentos maravillosos de la vida y se sobrepone fácilmente a la adversidad. La alegría, guía hacia el disfrute, motiva para vivir y permite orientar los esfuerzos de la persona hacia lo que le da felicidad, ayuda en la búsqueda del bienestar, la satisfacción, contribuye a disminuir el dolor, mejorar la salud, así también permite comunicar su éxito y darle sentido a su vida.

Para Hay (2002), el estado de alegría genera mejoría en los pacientes hospitalizados, además mencionan que la risa puede llegar a ser curativa al igual que un estado de alegría recurrente.

➤ Tristeza

Plasencia (2006), refiere que es un proceso generado por el duelo, pérdida, fracaso, desilusión o separación y es expresado por el llanto, considerado como reacción orgánica, el cual libera la tensión generada por alguna circunstancia, por lo cual es considerado como una expresión sana ya que puede contribuir a la curación y a superar las circunstancias que la propiciaron. Se caracteriza por la disminución del tono muscular, una expresión de abatimiento en el rostro, una posición corporal encorvada, con la cabeza agachada, los hombros y brazos caídos, disminución del ritmo cardíaco y poca energía para actuar.

Además el autor menciona que cuando la persona no expresa libremente la tristeza o sensación de pérdida (duelo), comienza a acumular emociones reprimidas generando un estado permanente de tristeza, valorando poco lo que tiene y vivido. La represión del llanto bloquea la energía corporal generando múltiples somatizaciones que afectan todo el cuerpo.

Afecto; es un estado momentáneo que tiene relación con la necesidad del ser humano de socializar, ayuda a crecer como persona, a crear un vínculo con otros, una familia, una relación, es considerada una energía vital que orienta hacia la autorrealización, así como curativa de enfermedades, además impulsa a mejorar las relaciones consigo misma, los demás y el medio (Plasencia, 2006).

3.4 Control de las emociones

En la vida cotidiana con frecuencia se experimentan diferentes emociones como la alegría, tristeza, enojo, miedo, etc., para reflexionar sobre qué la causa, qué pensamos, qué sentimos y qué hacemos bajo estos estados emocionales, podremos entender este fenómeno que activa el organismo provocando cambios importantes en el curso de la conducta (Zeman, Cassano, Perry-Parrish & Stegall, 2006).

Además cuando una persona se encuentra contenta o enojada, alegre o triste, tranquila o temerosa, generalmente es debido a alguna causa, que seguramente se encuentra en una situación o algún suceso reciente, situación que probablemente habrá tenido consecuencias positivas o negativas para dicha persona (Zeman et al. 2006).

Por otra parte la interpretación de esta situación y de sus consecuencias es parte responsable de la reacción emocional, esta interpretación y las ideas que la acompañan pueden estar presentes durante algún tiempo en el pensamiento con lo que se prolongará así el recuerdo de los distintos aspectos de la situación, mientras esto sucede, la actividad fisiológica del organismo se ve alterada, de manera que suele aumentar la actividad de algunas respuestas fisiológicas, como aumento del latido cardiaco, de la respiración, la tensión de los músculos, la sudoración por lo cual algunos de estos cambios se pueden percibir, otros no.

De acuerdo a Thompson (1994: en Zeman et al. 2006), el manejo emocional consiste en aquellos procesos que permiten el monitoreo, la evaluación y la modificación de las relaciones emocionales, específicamente la latencia en que surgen, en su magnitud y duración. Dichos procesos pueden ser intrínsecos (neurofisiológicos, cognitivos, subjetivos) o pueden también ser extrínsecos (conductuales y sociales), manteniendo relaciones entre sí, de modo que es posible que al cambiar uno, cambie el otro.

El hecho de que existan múltiples procesos a través de los cuales es posible la

regulación emocional, pone de manifiesto la necesidad de revisar brevemente algunas de las principales estrategias implicadas en el manejo de las emociones.

Para Zeman et al. (2006) las estrategias funcionan de manera interrelacionada a:

- Componentes internos.- Se encuentran, en primer lugar en aquellos que tienen relación con lo neuropsicológico y que posibilitan la regulación emocional por medio del tono vagal, del funcionamiento del eje hipotálamo-pituitaria-adrenocortical, del procesamiento cortical prefrontal y de la inhibición cortical. En segundo lugar, se mencionan aquellos componentes cognitivos tales como el manejo de la atención, el cambio en la forma en que se interpretan o codifican estímulos emocionales o la selección de estrategias regulatorias, y en tercer lugar aspectos subjetivos donde se destacan la capacidad de identificar y/o nivelar los sentimientos subjetivos y del sentido de control sobre la intensidad de los sentimientos.

- Componentes externos.- Se ha señalado la importancia del contexto sociocultural en el control de las emociones, particularmente, por medio del significado que adquieren ciertas consideraciones culturales para regular la conducta, las que pueden ser específicas ante determinadas situaciones, de igual forma las estrategias de regulación emocional que generan un impacto en el ambiente, lo cual influye en el significado social de ciertos comportamientos.

- Componentes conductuales.- Los individuos regulan sus emociones por medio de las expresiones faciales y de sus acciones; en el caso de las expresiones, los sujetos pueden modificarlas a través de enmascararlas, suprimirlas e incluso sustituirlas por otras expresiones, en el caso de sus acciones se ha señalado que la regulación emocional es posible cuando, se buscan recursos externos o cuando se cambian las demandas ambientales.

Zeman, Shipman y Penza, (2001; en Zeman, Cassano, Suveg, Adrian y Parrish, 2005), mencionan tres aspectos conductuales por los que pasa el individuo antes

de llegar a manejar sus emociones:

La primera de estas, denominada inhibición emocional, corresponde cuando los individuos no demuestran sus emociones y pueden pasar desapercibidos por los otros, esta forma de regular las emociones, se activaría ante situaciones de incertidumbre que implican alta intensidad emocional para el individuo, como por ejemplo, cuando se tiene miedo ante un castigo.

La segunda se da cuando los individuos intentan regular sus emociones, llamada afrontamiento emocional, la cual comprende aquellos esfuerzos adaptativos que realiza el individuo para tolerar emociones que pudiesen provocarle estrés, de manera que es capaz de responder de manera constructiva y positiva, cambiando la fuente de estrés o disminuyendo su efecto.

En lo que respecta a la tercera, se refiere a un escaso control sobre las emociones que se relaciona con una expresión impulsiva, además se distingue cuando un individuo ante una emoción intensa de enojo, golpea puertas y objetos, maldice, insulta o ataca aquello que lo hace enfadar, así mismo, se observa cuando una persona con pena o excesiva preocupación, llora y se queja continuamente, incluso llegando a hacer un escándalo.

Además Zeman et al. (2005) señalan tres estrategias a seguir para identificar las emociones y permitirle al individuo saber manejarlas ante cualquier evento en su vida.

- 1.- Tomar conciencia de la emoción que surge, la cual se origina en nuestro interior a partir de un estímulo externo.
- 2.- Una vez identificada se debe encontrar el origen de la misma, una alternativa sería escribir la emoción y el motivo que la ha generado. El escribir las cosas muchas veces permite aclarar puntos en los que no habíamos observado, de esta forma, podemos ver la situación desde otro punto de vista.

3.- Tomar responsabilidad de la emoción que se siente, en donde puede ser que otra persona haya sido el detonante, pero de nosotros depende decidir sentir esta emoción.

3.5 Técnicas de Relajación

La Relajación hace referencia a un estado del organismo definible como ausencia de tensión o activación, tiene como objetivo obtener en la persona control muscular por medio de ejercicios específicos, produciendo reposo físico y psíquico al que se llega por medio de diversas técnicas, en base a control muscular, respiración adecuada y concentración, siendo en la actualidad un complemento útil en la intervención Psicológica, con importantes beneficios en el campo de la salud (Cautela & Groden, 2002).

Se manifiesta en tres niveles: fisiológico incluye los cambios viscerales, somáticos y corticales, conductual incluye los actos externos directamente observables del organismo (inactividad, hiperactividad, lucha, huida, expresiones corporales y faciales de tensión, etc.), y subjetivo se refiere a la experiencia interna del propio estado emocional.

Entre las técnicas clásicas de relajación, la de Jacobson ocupa un lugar particularmente relevante al haber sido objeto de numerosas investigaciones y aplicaciones clínicas. Sus supuestos básicos son los siguientes:

1· Pretende ser una técnica fisiológica centrada en la relajación de la musculatura esquelético-motora: la tensión se define específicamente como la activación y contracción de las fibras musculares esqueléticas mientras que la relajación se define como el proceso opuesto de desactivación y alargamiento de las fibras musculares.

2· El programa de entrenamiento se debe basar en la discriminación de las señales de tensión en los distintos músculos del cuerpo a través de ejercicios sistemáticos de tensión-relajación.

3· La relajación de la musculatura esquelético-motora conlleva automáticamente la relajación del sistema autonómico-vegetativo y la relajación del sistema nervioso central.

4· La relajación fisiológica produce efectos paralelos de relajación emocional (a través de sus efectos en el sistema nervioso vegetativo) y de relajación cognitiva (a través de sus efectos en el sistema nervioso central)

Los beneficios de la relajación: disminución de la ansiedad, estabilización de la función cardiaca y respiratoria, aumento de la velocidad de reflejos, así como la capacidad de concentración y de la memoria, aumento de la tendencia natural de conocerse a sí mismo, incremento de la capacidad creativa, aumento de la facilidad de pensar en positivo y mejora en la calidad del sueño.

Condiciones para la relajación:

El lugar; ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.

-Temperatura adecuada; ni alta ni baja para facilitar la relajación.

-Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

La posición:

1.-Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.

2.-Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.

3.-Sentados en una silla.

La ropa cómoda; es recomendable que el sujeto que no lleve prendas de vestir demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento o que sean fuente de una tensión extra.

La relajación, como procedimiento de autocontrol, permite a la persona desarrollar su capacidad para observar y reconocer cuáles son las partes de su cuerpo o grupos musculares que se tensan especialmente como respuesta al estrés, pudiendo relajarse antes del suceso que considere que puede desencadenar ansiedad, durante el suceso generador de ansiedad o después del mismo, está dirigido a niños, adolescentes y adultos, de todas las edades, se benefician enormemente con esta técnica, aplicada a personas con necesidades especiales como parte de su tratamiento integral, observándose en ellos mejor auto concepto, mayor sentimiento de autoestima, además de incrementar el tono muscular y desarrollar un mejor control sensorio motor. Y la técnica de relajación son instrumentos psicoterapéuticos para el tratamiento de alteraciones emocionales, psicósomáticas que puede auto aplicarse con la finalidad de un mejor control y manejo de emociones con beneficios observables a corto plazo.

3.5.1 Relajación Muscular Progresiva

Edmund Jacobson (1938 en Cautela y Groden 2002), es el creador del método de Relajación Muscular Progresiva (RMP), cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares.

Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo, es decir tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.

El Modelo de Cautela y Groden (2002), tiene una duración:

- Sesión de 10 a 20 minutos
- Dos sesiones diarias durante dos semanas.
- Tensión de cada músculo durante 10 segundos y distensión durante 20-30 segundos. Cuando se domina el proceso, con 5 minutos puedes inducir un buen estado de relajación.

Procedimiento:

Cuando usted se encuentra emocionalmente alterado, ciertos músculos de su cuerpo están tensos. Si pudiera aprender a identificar estos músculos podría relajarlos y experimentaría una sensación opuesta a la tensión, se sentiría relajado porque sus músculos están relajados. Nosotros enseñamos la relajación haciendo que ponga tensos ciertos músculos del cuerpo y después los relaje. Los mismos músculos que usted tensa deliberadamente son los que se ponen tensos cuando está angustiado o nervioso. Si usted aprende a tensar ciertos músculos de su cuerpo, conseguirá identificarlos cuando estén tensos; después aprenderá a relajarlos. Si aprende a relajarse tal como le indicamos y practica siguiendo nuestras instrucciones, al cabo de cierto tiempo podrá relajarse en cualquier situación que le provoque ansiedad.

De igual modo, si usted se dirige hacia una situación que prevé desencadenante de ansiedad (poner un ejemplo), puede relajarse justo antes de entrar en dicha situación. Si se ha encontrado en una situación que le ha provocado ansiedad y aún se siente perturbado (poner un ejemplo), puede relajarse y minimizar el efecto de dicha ansiedad. En otras palabras, usted va a usar la relajación como una técnica de autocontrol para el resto de su vida.

- ✓ La posición de relajación.

Siéntese en una silla lo más cómodo que pueda, mantenga la cabeza recta sobre los hombros, no la incline ni hacia delante ni hacia atrás, su espalda debe estar tocando el espaldar de la silla, coloque adecuadamente las piernas sin cruzarlas y

apoye totalmente los pies en el suelo, ponga las manos sobre los muslos y ahora puede comenzar a intentar relajarse.

Tensor y relajar grupos de músculos; cuando tense un músculo, intente notar en qué zona particular siente la tensión, es importante que consiga el máximo grado de tensión posible, después concéntrese que siente cuando los músculos están relajados.

A continuación se presenta una descripción de cómo tensor y relajar cada grupo muscular, las ilustraciones ayudan a seguir las instrucciones.

✓ Frente.

Arrúguela subiéndola hacia arriba, note dónde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja), ahora relájela muy despacio poniendo especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas. Tómese unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos, es como si los músculos hubieran desaparecido, están totalmente relajados. La idea es que al tensor una cierta zona de su cuerpo, note dónde está la tensión, y al relajar despacio esa zona pueda identificar qué músculos está relajando.

✓ Ojos.

Cierre los ojos apretándolos fuertemente, debe sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, en cada párpado, sobre los bordes interior y exterior de cada ojo, ponga especial atención a las zonas que están tensas. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda y, muy despacio, entreábralos, note la diferencia entre las sensaciones.

✓ Nariz

Arrugue su nariz, el puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos, ponga atención en estas zonas, gradualmente relaje su nariz, despacio, dejando toda la tensión fuera. Note cómo ahora siente esos músculos como perdidos, sin tensión, totalmente relajados, debe de notar la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación.

✓ Sonrisa.

Haga que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada, los labios superior e inferior así como ambas mejillas deben estar tensos y rígidos, los labios deben estar fuertemente apretados sobre los dientes. Gradualmente relaje los músculos de cada lado de sus mejillas y cara note la sensación que experimenta cuando todos estos músculos dejan de hacer presión, olvide toda la tensión para relajarse, ahora están totalmente relajados y usted puede sentirlo.

✓ Lengua.

Coloque su lengua de forma que apriete fuertemente el paladar, dese cuenta del lugar donde siente la tensión (dentro de la boca, en la lengua así como en los músculos que están debajo de la mandíbula), poco a poco relaje este grupo de músculos, vaya dejando caer gradualmente la lengua sobre la boca, apóyela ponga especial atención a las zonas que están particularmente tensas, note cómo siente relajarse estos músculos, experimente la diferencia entre tensión y relajación.

✓ Mandíbula.

Apriete sus dientes (los músculos que están tensos son los que están a los lados de la cara y en las sienes), poco a poco relaje la mandíbula y experimente la sensación de dejarla ir, sienta cómo esos músculos se relajan. de nuevo sienta y note la diferencia con respecto a la tensión.

✓ Labios

Arrugue sus labios fuertemente, note la tensión en los labios superior e inferior y en toda la zona alrededor de los labios, ponga atención en todas estas zonas que ahora están tensas. Gradualmente relaje sus labios, note cómo siente estos músculos relajados.

✓ Cuello

Apriete y tense su cuello, compruebe dónde siente la tensión (en la nuez de Adán y también a cada lado del cuello, así como en la nuca), concéntrese en las zonas que ahora están tensas, relaje poco a poco su cuello, note cómo los músculos pierden la tensión y se relajan paulatinamente. Si tiene problemas con este procedimiento a veces resulta útil mirarse a un espejo para que le permita ver cómo lo está haciendo. Si después de alguna práctica usted todavía tiene alguna dificultad y nota tensión en los músculos del cuello, existe otro procedimiento para conseguir el mismo efecto.

✓ Posición hacia delante y hacia atrás.

Incline la cabeza hacia delante hasta tocar el pecho con la barbilla, compruebe cómo siente tensión en la parte delantera del cuello pero muy especialmente en la nuca, ahora relaje gradualmente estos músculos y coloque su cabeza en una

posición confortable, sienta la agradable sensación de relax en todos estos músculos, note lo placentero de la relajación y su diferencia con la tensión. A continuación realice el ejercicio opuesto, es decir, incline la cabeza hacia atrás repitiendo el ejercicio anterior.

✓ Posición lateral.

Mientras está todavía en la posición de relajación incline su cabeza hacia la derecha de forma que se dirija hacia su hombro, sentirá alguna tensión en el lado derecho del cuello pero donde especialmente notará la tensión será en el lado izquierdo, lleve de nuevo su cabeza a la posición de relajación, note las diferentes sensaciones que experimenta en su cuello. Ahora incline su cabeza hacia la izquierda de forma que se dirija al hombro izquierdo, sentirá alguna tensión en el lado izquierdo del cuello pero donde la sentirá especialmente será en el lado derecho, gradualmente lleve la cabeza a la posición de relajación, note la diferencia de sensaciones cuando estos músculos pasan de la tensión a la relajación, y entonces relájese.

✓ Brazos

Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado, ejerza tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro, realice el máximo de tensión. Compruebe cómo se incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y en los dedos, gradualmente relaje y baje el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Ahora compruebe cómo estos músculos están relajados, experimente la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez, ahora es todo mucho más agradable. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.

✓ Piernas.

Levante horizontalmente su pierna derecha arqueando el pie derecho hacia atrás en dirección a la rodilla, debe ejercer el máximo grado de tensión. Compruebe dónde siente la tensión (glúteo, pantorrilla, muslo, rodilla y pie). Relaje lentamente todas estas zonas y baje despacio la pierna hasta que el pie derecho descansa sobre el suelo, relaje también la rodilla. Asegúrese que sus piernas están en posición de relajación, note la sensación de relajación en estos músculos, observe cómo la tensión ha desaparecido y están totalmente descansados, experimente la diferencia entre tensión y relajación. Repita el mismo ejercicio con la pierna izquierda.

✓ Espalda.

Incline hacia delante su cuerpo en la silla, eleve los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia delante, note dónde siente particularmente la tensión (en los hombros y algo más abajo de la mitad de la espalda). Relájese gradualmente llevando de nuevo el cuerpo hacia la silla buscando la posición original y vuelva a poner los brazos sobre los muslos en posición de relajación. Ahora note y sienta cómo se ha perdido la tensión en todos estos músculos, ha desaparecido la tensión para dar paso a la relajación, ahora están totalmente relajados y experimente la diferencia entre la tensión y la relajación.

✓ Tórax.

Tense y ponga rígido el pecho, intente constreñirlo como si quisiera reducir sus pulmones, note dónde siente la tensión (hacia la mitad del tórax y en la parte superior e inferior de cada pecho), relaje gradualmente su tórax y note cómo desaparece la tensión en estos músculos. Ahora están relajados, experimente la diferencia entre la tensión y la relajación.

✓ Abdomen.

Tense fuertemente los músculos de su abdomen comprimiéndolos hasta que lo ponga tan duro como una tabla, note dónde siente la tensión (en el ombligo y alrededor de éste, en un círculo de unos diez centímetros de diámetro), relájelos gradualmente hasta que su abdomen vuelva a su posición natural, sienta cómo estos músculos están relajados. No olvide que la idea es tener una zona de su cuerpo muy tensa para que pueda notar la tensión en esa zona y la pueda relajar despacio hasta identificar los músculos que usted mismo está relajando.

✓ Región pelvica.

Tense todos los músculos que están debajo de la cintura, además debe notar que se tensan las piernas un poco. Observe las zonas particularmente tensas (abdomen, gluteos y muslos), relaje lentamente estos músculos, observe cómo ha desaparecido la tensión en estos músculos. Experimente la sensación de relajación, compruebe la diferencia existente entre la tensión y la relajación.

Es importante que la persona sea consciente de concentrarse y reconocer las sensaciones contrarias de tensión-relajación, hasta conseguir una relajación muscular profunda.

3.5.2 Técnica de respiración.

Para Vázquez (2001), la respiración es un proceso mecánico que se produce por la contracción rítmica de los músculos respiratorios, originando aumentos y disminuciones de la cavidad torácica. Consiste en primer lugar, en la entrada de aire a través de los conductos respiratorios desde la atmósfera hacia el pulmón (inspiración), que es donde se produce la verdadera función del aparato respiratorio, es decir el intercambio de gases entre la sangre y el aire. Posteriormente, la sangre cargada de oxígeno llega a los diferentes órganos, produciéndose a continuación el transporte de dióxido de carbono por la sangre, desde los tejidos hasta el pulmón, desde donde el aire es expulsado fuera de los

pulmones (expiración) hacia el exterior. A este proceso que se produce una vez tras otra se le denomina ventilación pulmonar.

La ventilación pulmonar va a depender entre otras cosas de la concentración de gases en el aire, de la cantidad de hemoglobina (sustancia o que se encarga de fijar el oxígeno al hematíe o glóbulo rojo), de la frecuencia cardiaca, etc. En reposo, por ejemplo, la respiración normal tiene un ritmo en el que la inspiración y la expiración son similares en duración, de tal forma que la función respiratoria se reduce al mínimo, ya que son mínimas las necesidades de oxígeno en ese momento, mientras que durante, por ejemplo, un esfuerzo físico, las necesidades de oxígeno de los músculos aumentan, y también la necesidad de eliminar el dióxido de carbono o anhídrido carbónico, formado en mayor cantidad por el esfuerzo. En estas situaciones de ejercicio, se produce un aumento de la frecuencia respiratoria, de la misma manera que se produce también ante determinadas situaciones de alta activación o inquietud.

Por lo tanto, la misión principal de la respiración, es asegurar a los tejidos el aporte suficiente de oxígeno y la eliminación del dióxido de carbono. La respiración puede considerarse una de las funciones más importantes del organismo, ya que es esencial para la vida. La influencia de la civilización, las costumbres y ciertas actitudes perniciosas aprendidas, han habituado a los sujetos a un tipo de respiración incorrecta y no natural, que ha dado como resultado, en muchas ocasiones, a un aumento de algunas enfermedades respiratorias.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de alteraciones emocionales, y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por éstas (Vázquez, 2001).

Para Vázquez (2001), el funcionamiento de la respiración consiste en el ser humano el aporte de oxígeno se realiza por medio del aparato respiratorio que

está compuesto por las fosas nasales, la boca, la faringe, la laringe, los bronquios y los pulmones.

Cuando inspiramos, el aire entra por las ventanas de la nariz, estas ventanas están tapizadas por una membrana mucosa que calienta el aire, lo humedece y retiene las pequeñas partículas perjudiciales que puede llevar, las cuales se eliminan en la siguiente espiración.

El diafragma es un músculo que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal, cuando inspiramos, se contrae y permite que la cavidad torácica aumente de volumen y entre el aire en los pulmones, cuando se relaja presiona los pulmones y el aire es expulsado al exterior.

Los bronquios y sus ramificaciones (bronquiolos) son los conductos a través de los cuales se transporta el oxígeno del aire a los capilares y de estos a las venas y arterias.

Para obtener energía, nuestro organismo utiliza el oxígeno y a través de los mecanismos bioquímicos, las sustancias nutritivas (hidratos de carbono, grasas o proteínas) que obtenemos de los alimentos, se produce CO_2 .

Cuando la sangre sale de los pulmones tiene un alto contenido de oxígeno, esta sangre llega al corazón que la “bombee” a los diferentes órganos de nuestro cuerpo. La sangre va dejando el oxígeno para que los órganos puedan generar energía y se lleva los productos de desecho (CO_2), después llega de nuevo al corazón que la bombea otra vez a los pulmones. Cuando inspiramos el oxígeno del aire se pone en contacto con esta sangre las células toman el oxígeno y liberan el CO_2 . Una vez que la sangre se ha purificado vuelve a distribuirse por todo el organismo.

La respiración controlada, es un procedimiento que ayuda a reducir la activación fisiológica y, por tanto, a afrontar las emociones. La técnica consiste en aprender a

respirar de un modo lento: 8 ó 12 respiraciones por minuto (normalmente respiramos entre 12 y 16 veces por minuto), no demasiado profundo, empleando el diafragma en vez de respirar sólo con el pecho (Vázquez, 2001).

a) Lenta y regular: Todos hemos observado que cuando una persona duerme o está a punto de hacerlo respira de forma más lenta y regular de lo normal. Esto facilita que descendan las constantes vitales: el ritmo cardiaco, la tensión sanguínea, la tensión muscular, etc. Por tanto, cuando estamos nerviosos, conviene respirar más lentamente.

b) Respiración Diafragmática: aumentará el volumen de O₂ que llega a los pulmones debido al descenso de este hacia la zona abdominal, facilitando que el aire descienda hasta la parte baja de los pulmones y ocupando de forma racional todo el espacio de almacenaje de los mismos de manera progresiva, primero se llena la parte más baja de los pulmones (fase abdominal), luego la parte intermedia (fase torácica) y por último la más alta (fase clavicular) realizando una respiración total.

El uso del diafragma durante la respiración permite eliminar una mayor cantidad de CO₂ gracias al empuje que realiza el diafragma del mismo hacia arriba durante la fase espiratoria.

c) No demasiado profunda: Es importante inspirar una cantidad de oxígeno suficiente para que nuestro cuerpo tenga la energía necesaria, pero tampoco conviene hiperventilar.

Vázquez (2001), refiere para realizar estos ejercicios se debe aplicar la preparación que se ha descrito para las técnicas de relajación, es decir, sin ruido, la posición, ropa cómoda, etc.

Para llevar a cabo esta práctica de la respiración diafragmática hay que seguir una serie de pasos:

a) Sentarse cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración. Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original. Para que le sea más fácil realizar la respiración abdominal, debe intentar llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones. También puede serle de ayuda intentar presionar el “cinturón” con el abdomen al inspirar. Recuerde que se trata de llevar el aire hasta la zona final de los pulmones, no de inspirar mucha cantidad de aire.

Si no puede respirar diafragmáticamente en posición sentado, puede comenzar por una posición reclinada o boca arriba. Si le es necesario, puede colocar un pequeño libro sobre su abdomen y comprobar cómo sube y baja.

b) Inspirar por la nariz y espirar por la boca. Si existe algún problema que impida inhalar bien por la nariz, puede hacerse por la boca, pero sin abrirla demasiado.

c) Inspirar por la nariz durante 3 segundos utilizando el diafragma, espirar por la boca durante 3 segundos y hacer una breve pausa antes de volver a inspirar. Puede ser aconsejable que se repita mentalmente y de forma lenta la palabra "calma", "relax" o "tranquilo" cada vez que espira o bien imaginar que la tensión se escapa con el aire espirado. Para mantener el ritmo, puede serle útil contar de 1 a 3 (inspiración), volver a contar de 1 a 3 (espiración), contar 1 para la pausa y volver a empezar. Hay algunas personas a las que les resulta más cómodo hacer la pausa después de inspirar. Es decir, inspiración-pausa-espiración.

Si respira más despacio, no hay problema. Si, por el contrario, el ritmo de 8 por minuto fuera demasiado lento para usted, tendría que empezar por uno más rápido de 12 por minuto (la inspiración y la espiración durarían 2 segundos cada una) o más; luego, habría que aproximarse más o menos gradualmente al ritmo de 8 por minuto. Recuerde que las inspiraciones no deben ser demasiado profundas.

El entrenamiento en respiración controlada es un aprendizaje que empieza por la situación más fácil y gradualmente vamos aprendiendo a utilizar la técnica en situaciones más complejas, hasta que pueda aplicarla, de forma correcta, en las situaciones reales que le provocan alteración emocional. El número de pasos a seguir y la duración de los mismos pueden variar de una persona a otra. Una posible secuencia podría ser la siguiente:

- . Practicar en posición de sentado.
- . Practicar de pie en una situación tranquila sin hacer nada
- . Practicar de pie haciendo alguna actividad.
- . Practicar en situaciones en las que hiperventile o experimente las sensaciones de activación.

Respiración controlada:

- . Es aconsejable empezarla a aplicar antes de afrontar la situación conflictiva.
- . Practicarla al notar la alteración emocional.
- . Practicarla al menos durante dos minutos.
- . Mientras aplica la respiración controlada puede ser beneficioso que repase el nivel de tensión de los diferentes grupos musculares (especialmente de los que usted tiene habitualmente más tensos) y que intente reducir la tensión de los mismos,

Respiración profunda:

- . Utilizarla en situaciones de especial tensión (bien por las características de la situación o bien porque no se ha aplicado la respiración controlada y el nivel de tensión ha aumentado).
- . Hacer entre 2 y 5 ciclos de respiración profunda.
- . Pasar a la respiración controlada.
- . No utilizarla durante un periodo de tiempo demasiado largo. Podría provocar hiperventilación.

Se sugiere no aplicar esta técnica: personas que se sofocan, así como con problemas de claustrofobia, eventos traumáticos y con experiencias de ahogamientos.

PROPUESTA

Taller de técnicas de relajación para el manejo y control de emociones en pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino aplicado antes de iniciar su tratamiento de quimioterapia.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública constituye la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años de edad. La pérdida de la salud aparece en el momento mismo del conocimiento del diagnóstico y del tratamiento, la noticia de portar cáncer sobrepasa los recursos emocionales de una mujer debido a que diversos factores se involucran tales como, la sensación de incapacidad, el deterioro de la imagen corporal, incluso pensar en la muerte. Todos estos factores generan una gran inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad, formando una amenaza constante, no solo para la vida, sino para la integridad física y familiar de la paciente.

Objetivo general:

Al término del taller las pacientes con Cáncer Cervicouterino podrán autoplicar técnicas de relajación para el manejo y control de sus emociones antes de iniciar su tratamiento de quimioterapia.

Objetivos específicos:

- Brindar información a las pacientes de su enfermedad para evitar juicios erróneos y caer en mitos sociales.
- Identificar y controlar sus emociones para que logren autoplicar técnicas de relajación antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia.

- Comprobar la técnica de relajación muscular progresiva a fin de que la utilicen como una herramienta de relajación antes de iniciar tratamiento de quimioterapia.
- Conocer la técnica de respiración diafragmática para que la apliquen como una herramienta de relajación antes de iniciar tratamiento de quimioterapia.

Participantes:

Este taller está dirigido a un grupo de 15 a 20 pacientes con los siguientes criterios de inclusión:

- Diagnóstico Cáncer Cervicouterino.
- Etapa clínica I, II, III, IV.
- Edad de 25 a 64 años.
- Estado civil indistinto
- Nivel escolar mínimo de primaria.
- Tomar el taller por lo menos una semana antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia.

Para impartir el taller se requiere de un Licenciado en Psicología Clínica que tenga experiencia con pacientes oncológicos, principalmente con diagnóstico de cáncer cervicouterino y durante el mismo actuará como facilitador.

Materiales:

Nombre		Descripción	Cantidad
1.	Laptop	Reproductor de CD-DVD, paquetería office, bocinas.	1
2.	Proyector		1
3.	Grabadora	Con reproductor de disco compacto	1
4.	silla	Plástico, metal, respaldo rígido	20
5.	Hoja blanca	Tamaño carta	120
6.	Hoja bond	Blanca de 90cm X120cm	20piezas
7.	Pluma	Tinta negra	20
8.	Revistas	Espectáculos	20
9..	Tijeras	Punta redonda	6
10.	Resistol	Barra	6
11.	Cartulina	Rosa	3 pliegos
12.	Cinta testigo	Trasparente y de 5cm. de ancho	3
13.	Plumones	De diferentes colores	15
14.	Libreta de forma italiana	Rallada	20
15.	Lápiz	N. 2 1/2	20
16.	Goma	Blanca de 2cm. X 5cm.	20
17.	sacapuntas	Forma redonda	20
18.	Porta gafete	Transparente de 7cm. X 10cm.	20
19.	USB	Capacidad de 4GB	1
20.	Sobres para carta	De 7.5cm X 10cm.	40
21.	tarjetas	De trabajo de 5cm. X 7.5cm.	40

Escenario:

INSTITUCIÓN		
Descripción: aula anexa del auditorio, ubicada en la planta baja del servicio de Oncología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga,		
AULA		
Dimensiones		Min.: 10mts Máx.:20mts
Mobiliario	Mesas	3
	Sillas	20
	Pizarrón	1
	Tomas eléctricas	3
Iluminación	Adecuada, cuenta con seis lamparas empotradas en el techo del aula y manejo manual por apagadores.	
Ventilación	Aire acondicionado automático capta la temperatura registrada en el aula por lo cual no cuenta con ventanas.	
Equipo necesario	Laptop, proyector de cañón, grabadora, CDS	

Instrumento de evaluación.

Cuestionario de Evaluación sobre emociones y técnicas de relajación (CETRAR), fue diseñado por la autora de la tesina prospectivamente para complementar la propuesta del taller; está construido para poder ser autoaplicado, consta de 20 preguntas que evalúan como se percibe la paciente en relación a sus emociones y el beneficio de las técnicas de relajación, teniendo cinco opciones de contestar; muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo. (ver anexo 1.).

Criterios de calificación.

Para llevar a cabo la calificación del cuestionario se deben de conocer primero la puntuación; la categoría para la escala son: (5)Muy bueno, (4)Bueno, (3)Regular, (2)Malo y (1)Muy malo,

Puntaje crudo	Calificación
100-69 (alto)	Muy favorable se percibe la paciente en relación a sus emociones y beneficios de las técnicas de relajación..
52-68 (normal)	Corresponde a las características generales en relación a su percepción de las emociones y beneficios de las técnicas de relajación.
20-51 (bajo)	No favorable se percibe la paciente en relación a sus emociones y beneficios de las técnicas de relajación.

Nota: Dicho instrumento está sujeto a futuros juicios y a todos los procesos de estudios de evaluación, estandarización, confiabilidad y validez.

Cartas descriptivas

A continuación se describirán las cartas descriptivas del taller que consisten en cinco sesiones con una duración de tres horas cada una.

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo específico: brindar información a las pacientes de su enfermedad para evitar juicios erróneos y caer en mitos sociales.						
SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	FORMA DE EVALUAR	INSTRUCTOR
1.	Registro de asistencia.	-Las participantes se registrarán en la listas de asistencia. -Entrega de material.	-Hoja blanca tamaño carta, pluma tinta negra. -El kit consta de: Libreta de forma italiana de rayas. Lápiz N.2 ½ Pluma de tinta negra. Goma. Sacapuntas. Porta gafetes.	15min.		
	Bienvenida.	-El facilitador se presentará ante el grupo mencionando su nombre, formación profesional, utilizará la presentación power point para dar el objetivo del taller y el desarrollo del programa. El facilitador pedirá a las participantes formar un círculo con la finalidad de aplicar la dinámica de integración.	-Presentación PP del taller.	5min.		
	“ La telaraña “	Comenzará el facilitador tomando la madeja de estambre, el cual dice su nombre, a que se dedica y pasatiempo favorito, se queda con la punta de la misma y lanza la madeja a una participante, quién a su vez debe presentarse de la misma manera, toma una parte del estambre sin soltarla y lanza la bola a otra participante y así hasta que todos se hallan presentado. -La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña, una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la madeja debe regresársela aquella que se la envió, repitiendo los datos por esa persona; este último hace lo mismo, de manera que la bola va recorriendo la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta regresar al facilitador quién inicialmente lo lanzo.	Madeja de estambre.	20min.		

Continuación de la sesión 1.

Expectativas.	-El facilitador planteará en lluvia de ideas preguntas al grupo de forma verbal ¿Para qué estoy aquí?, ¿Qué espero del taller?, ¿Qué estoy dispuesta aportar? , el cual anotará en una hoja bond las respuestas de las participantes para que al final del taller se analice si se cumplieron las expectativas.	Hoja bond. Plumones de colores.	15min.		
Acuerdos para el taller.	-El facilitador pedirá a las participantes que se enumeren del uno al cuatro para formar cinco equipos, cada integrante pensará en una regla con la finalidad de respetar acuerdos durante el desarrollo del taller, al terminó se leerán en voz alta y una vez de acuerdo quedaran por escrito en una hoja bond pegada en la pared como recordatorio de las mismas.	Hoja bond. Plumones de colores.	20min.		
Aplicación de cuestionario.	-El facilitador dará a las participantes el cuestionario y pedirá que lo resuelvan con la finalidad de evaluar su conocimiento sobre la enfermedad, las emociones y técnicas de relajación como pre-test y post-test y al terminó de contestar el cuestionario las participantes lo entregarán.	Cuestionario impreso en hojas, lápiz., goma	30min.	Cuestionario de evaluación de emociones y técnicas de relajación (anexo 1).	
Conociendo mi enfermedad.	-El facilitador utilizará la presentación power point (el CaCu) con la finalidad de que las participantes conozcan su enfermedad y eviten caer en mitos sociales.	Presentación PP el CaCu.	25min.		
“ Lo que dicen los abrazos”	El facilitador realizará la dinámica “Lo que dicen los abrazos” pidiendo a las participantes tomar un sobre, el cual contiene una tarjeta escrita la mitad de una frase y deben de encontrar el complemento leyendo su frase con el de otra compañera. Una vez unida la frase harán una mini-entrevista de unos 3 minutos en el que van a preguntar: ¿Cuándo fue la última vez que recibiste o diste un abrazo?, Por parte de quien o a quien le diste el abrazo y expresar el significado de la frase. Al término de la dinámica se darán un abrazo fuertemente y agradecerán por compartir ese momento (anexo 2).	Tarjetas, sobres	30min.		
Cierre	-El facilitador preguntará a las participantes dudas o comentarios; agradeciendo su participación.		10min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo específico: identificar y controlar las emociones para que logren aplicar técnicas de relajación antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia.						
SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	FORMA DE EVALUAR	INSTRUCTOR
2	Registro de asistencia.	-Las participantes se registrarán en la listas de asistencia.	-Hoja blanca tamaño carta, pluma tinta negra.	15min.		
	Bienvenida.	-El facilitador saludará a las participantes, además utilizará la presentación power point para dar una sinopsis de la primera sesión.	Presentación PP el CaCu.	25min.		
	“ La detección de mis emociones ”	-Para está dinámica el facilitador dirá a las participantes que formen tres grupos con la finalidad de trabajar el contenido temático. -Cada integrante del grupo debe mencionar en una sola palabra que significa las emociones y anotarla en la hoja bond. En este paso, el facilitador pasara a cada equipo para observar como están trabajando las participantes y si tiene dudas conducir con preguntas como: ¿Por qué las emociones son importantes? -Al terminó deben de elaborar su definición y exponerla ante el grupo.	-Hojas bond, plumones de diferentes colores	40min.		
	“ Collage de emociones ”	El facilitador pedirá a los participantes para la dinámica, formar cuatro grupos con la indicación de que no sea con los mismos integrantes de la primera dinámica que se realizó con la finalidad sintetizar aspectos centrales del tema.	-Revistas, tijeras, resistol, cartulina, plumones de diferentes colores.	40min.		

Continuación de la sesión 2.

		<p>-Integrados los equipos el facilitador pedirá a cada participante del equipo que deben expresar su opinión de las emociones, así como sus componentes y formas de manejarlas sin entrar en debate, al llegar a una conclusión tienen que hacer una representación del tema usando imágenes de revistas.</p> <p>-Al terminar de elaborar su trabajo, los integrantes del equipo deben explicar su collage ante el grupo.</p>				
	El complemento	El facilitador utilizará la presentación power point (las emociones) para que los participantes retroalimenten su conocimiento e identifiquen sus componentes y manejo.	Presentación PP las emociones	40min.		
	Cierre	-El facilitador preguntará a los participantes dudas o comentarios; agradeciendo su participación.		20min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo específico: conocer la técnica de relajación muscular progresiva para que la utilicen como una herramienta de relajación antes de iniciar tratamiento de quimioterapia.						
SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	FORMA DE EVALUAR	INSTRUCTOR
3	Registro de asistencia.	-Las participantes se registrarán en la listas de asistencia.	-Hoja blanca tamaño carta, pluma tinta negra.	15min.		
	Bienvenida.	-El facilitador saludará a las participantes. -Utilizará la presentación en power point para dar una sinopsis segunda sesión.	Presentación PP las emociones.	20min.		
	Aplicación de inventario de indicadores de tensión	El facilitador dará a las participantes el inventario de indicadores de tensión, además pedirá que lo resuelvan con la finalidad de identificar que parte de su cuerpo esta tenso.	Hoja impresa del inventario, lápiz, goma.	20min.	Inventario de indicadores de tensión de Josep Cautela (anexo 3).	
	“ Robot ”	-El facilitador pedirá a las participantes que se levanten de su lugar y coloquen las sillas pegadas a la pared del aula para tener espacio. -Para la dinámica el facilitador dirá a las participantes que se deben de mover y caminar de acuerdo a las instrucciones verbales que se les estará dando con la finalidad de identificar la sensación de tensión muscular (anexo 4). -El facilitador pedirá a los participantes que coloquen en su lugar las sillas.		30min.		

Continuación de la sesión 3.

	<p>“ Aprendiendo a relajarme ”</p>	<p>-Permanecer sentadas lo más cómodas posible.</p> <p>-Para esta dinámica el facilitador utilizará la presentación power point sobre la relajación.</p> <p>-Guiará a las participantes a través de imágenes de paisajes y música suave para identificar la sensación de relajación.</p>	<p>Presentación PP relajación, grabadora, CDS.</p>	<p>30min.</p>		
	<p>Técnica de relajación muscular progresiva.</p>	<p>El facilitador guiará paso a paso para realicen la dinámica de la relajación, tensando y relajando los diferentes músculos del cuerpo.</p> <p>-Posteriormente les dará el Formulario de relajación para que lo apliquen en casa con la finalidad de que practiquen la secuencia y distingan la tensión y relajados y relajación de los músculos.</p>	<p>Presentación PP. Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.</p> <p>Formulario de relajación</p>	<p>45min.</p>	<p>Formulario de relajación de Joseph Cautela.(anexo 5).</p>	
	<p>Cierre</p>	<p>-El facilitador preguntará a las participantes dudas o comentarios; agradeciendo su participación.</p>		<p>20min.</p>		

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo específico: conocer la técnica de respiración diafragmática para que la apliquen como una herramienta de relajación antes de iniciar tratamiento de quimioterapia.						
SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	FORMA DE EVALUAR	INSTRUCTOR
4	Registro de asistencia.	-Las participantes se registrarán en la listas de asistencia.	-Hoja blanca tamaño carta, pluma tinta negra.	15min.		
	Bienvenida.	-El facilitador saludará a las participantes. -Utilizará la presentación en power point para dar una sinopsis de la tercera sesión. -El facilitador solicitará a las participantes su hoja de formulario de relajación, además preguntará si pudieron discriminar entre los músculos que están tensos y los que están relajados y relajar todos los músculos sin tensarlos.	Presentación PP. Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson	35min.		
	“ La liga del saber ”	El facilitador pedirá a las participantes: -Formar cinco equipos -Poner nombre al equipo. -Escoger un representante del equipo. Posteriormente el representante del equipo tomará un sobre que se encuentra en la mesa y el cual contiene adentro la tarjeta con las actividad que van a realizar (anexo 6).	Sobre, tarjeta, hojas bond, plumones de diferentes colores.	50min.		
	El arte de respirar.	-El facilitador utilizará la presentación power point (la respiración) la cual contiene: -Funcionamiento del aparato respiratorio -Definición de la respiración -El facilitador guiará paso a paso a las participantes a que realicen el ejercicio de la respiración diafragmática.	Presentación PP.	60min.		
	Cierre	-El facilitador preguntará a las participantes dudas o comentarios; agradeciendo su participación.		20min.		

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo específico: practicar la técnica de relajación muscular progresiva y de respiración diafragmática a fin de que la dominen para que la utilicen antes de iniciar su tratamiento de quimioterapia.						
SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	FORMA DE EVALUAR	INSTRUCTOR
5	Registro de asistencia.	-Las participantes se registrarán en la listas de asistencia.	-Hoja blanca tamaño carta, pluma tinta negra.	15min.		
	Bienvenida.	-El facilitador saludará a las participantes, además utilizará la presentación en power point para dar una sinopsis cuarta sesión.	Presentación PP la respiración. Presentación PP la respiración.	25min.		
	Lo aprendido.	-El facilitador solicitará a las participantes su hoja de formulario de relajación, además preguntará si pudieron discriminar entre los músculos que están tensos y los que están relajados y relajar todos los músculos sin tensarlos, escuchará comentarios de las pacientes ante la experiencia. El facilitador pedirá a las participantes que formen parejas para realizar el ejercicio de relajación muscular progresiva, -Formadas las parejas una de las participantes dará las instrucciones y la otra realizará el ejercicio y cuando terminen, la que realice los ejercicios ahora dará las instrucciones. -Finalmente el facilitador pedirá a las participantes compartir la experiencia, señalando principalmente lo que sintieron en cada etapa de los ejercicios. -Posteriormente cambiarán de pareja para que realicen el ejercicio de la respiración diafragmática.		60min.		

Continuación de la sesión 5.

		<p>-Formadas las parejas una de las participantes dará las instrucciones y la otra realizará el ejercicio y cuando terminen, la que realizó los ejercicios ahora dará las instrucciones.</p> <p>-Finalmente el facilitador pedirá a las participantes compartir la experiencia, señalando principalmente lo que sintieron en cada etapa de los ejercicios.</p>				
	Aplicación de cuestionario	<p>El facilitador dará a las participantes el cuestionario "evaluación de emociones y técnicas de relajación" y pedirá que lo resuelvan con la finalidad de evaluar su conocimiento sobre su enfermedad, de las emociones y técnicas de relajación como post-test, al terminó de contestar el cuestionario las participantes lo entregarán al facilitador.</p>	<p>Hoja tamaño carta impreso el cuestionario, lápiz, goma.</p>	30min.	<p>Cuestionario de evaluación de emociones y técnicas de relajación (anexo 1).</p>	
	Análisis de expectativas	<p>-El facilitador planteará en lluvia de ideas las preguntas al grupo de forma verbal ¿Para qué estoy aquí?, ¿Qué espero del taller?, ¿Qué estoy dispuesta aportar?, después hará la comparación con las respuestas en la primera sesión como evaluación de cumplimento de expectativas.</p>	<p>Hoja bond, plumones de colores.</p>	20min.		
	Cierre del taller	<p>-El facilitador Integrará los temas vistos en las cinco sesiones, por medio de una reflexión grupal que permitirá a las participantes identificar qué se llevan de esta experiencia y cómo les ayudará a superar los problemas emocionales derivados del CaCu.</p> <p>-Daré las gracias por su participación y asistencia al taller.</p>	<p>Presentación PP conclusiones.</p>	30min		

DISCUSIÓN

Las emociones surgen repentinamente en respuesta a un determinado estímulo, duran segundos o minutos ocasionando una alteración en el equilibrio emocional; Damasio (2006) refiere que las emociones sirven como una primera evaluación en el sentido de ver si la situación es beneficiosa o perjudicial y una segunda que juzga la capacidad de enfrentarnos con ella, además apuntan hacia los acontecimientos significativos para motivar los comportamientos que permitan manejarlos, por lo tanto establecen prioridades que organizan la acción o procesos que guían nuestras vidas para la satisfacción de necesidades.

La alteración emocional por la que pasa la paciente con diagnóstico de CaCu no son nuevas, así como su calidad de vida; la percepción de su vida en el contexto cultural, el sistemas de valores y preocupaciones, para entender las reacciones psicológicas que manifiesta la paciente ante su enfermedad es necesario conocer el significado de calidad de vida en donde Schwartzmann (2003), refiere que es una reacción humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, así como con el sentido que le atribuye a su vida, además Cano (2005) señala que también se ve afectado el entorno familiar.

El CaCu es una enfermedad que implica una gran complejidad porque tiene un impacto social, el cual continua relacionándose cáncer es igual a muerte, sufrimiento y dolor, así como la ausencia de útero la hace menos mujer; aunado a esto el impacto del tratamiento principalmente el de quimioterapia, explica porque tienen ideas erróneas con respecto a su enfermedad, sexualidad e imagen corporal y actitudes negativas, por tanto es válido el aporte de la psicología como disciplina científica, en función del diseño, aplicación de instrumentos y programas de intervención como respuestas a la alteración emocional que presentan las pacientes con este diagnóstico, coincidiendo con Cautela y Groden (2002) quienes refieren la utilización de la relajación como procedimiento terapéutico aporta beneficios físicos y psicológicos por medio de ejercicios específicos hasta llegar a

un control muscular, respiración adecuada y concentración, siendo en la actualidad un complemento útil para el tratamiento médico.

Por otra parte las pacientes con este diagnóstico constantemente se encuentran en un estado de tensión emocional que hace que realicen una inadecuada respiración, por el acelerado ritmo de su enfermedad olvidando respirar adecuadamente, por lo anterior refiere Velázquez (2001) que es necesario enseñar al individuo ejercicios respiratorios para proporcionar satisfactoriamente aporte de oxígeno a los tejidos del organismo a través de la técnica de respiración la cual es considerada un excelente apoyo terapéutico de autocontrol para disminuir la tensión emocional.

ALCANCES y LIMITACIONES

El CaCu es considerado un problema de salud pública por falta de difusión, información y orientación a quien lo padece, por lo cual hace que los pacientes se predispongan a una alteración emocional provocando una toma de decisión inadecuada para su salud, siendo vulnerables a las críticas de los demás por la sintomatología que presentan, llevándolas a un aislamiento social por la disminución del nivel de actividad física y sobreprotección familiar, por lo cual creen que son las únicas que tienen el problema de su enfermedad, aunado a esto el tratamiento médico principalmente el de quimioterapia lo describen de forma negativa y con interpretaciones erróneas sobre sus efectos secundarios ya que surgen como duda ante la calidad de vida, asimismo la preocupación cuando están en espera de que comience el tratamiento inicial; expresando sentirse ansiosas como parte del proceso, no obstante, algunas veces, estas emociones pueden ir desde un nivel normal hasta un nivel intenso.

La intervención psicológica en las pacientes con diagnóstico de CaCu es importante ya que la mayoría de las pacientes se verá afectada emocionalmente y físicamente, es posible enseñarles técnicas de relajación para que tenga una mejor calidad de vida adecuándonos al estado físico o al tratamiento que estén llevando, los intereses de la paciente, el apoyo familiar y social que se tenga, además tiene como finalidad ayudarla a que se sienta mejor anímicamente, saber que no es la única que tiene la enfermedad, así como conocer y aprender métodos para mejorar y controlar sus emociones en diversas situaciones, le ayudarán a reestablecer la comunicación con su familia, disminuir los miedos y alentar a que haga sus actividades de antes o nuevas.

Las limitaciones que se pueden encontrar son:

- El familiar no acepta que la paciente acuda al taller debido a que muchas veces no le informan a la paciente sobre el CaCu, de tal manera que al acudir al taller se va enterar de su enfermedad y posiblemente sea un sufrimiento emocional inesperado que no va a poder controlar.
- La paciente no logre concentrarse para manejar y controlar sus emociones por continuar con ideas y pensamiento negativos arraigados socioculturalmente del CaCu.
- No concluir el taller por circunstancias propias de la enfermedad, el trabajo, el cuidado de los hijos o de algún miembro de la familia.
- No apliquen las técnicas de relajación antes de iniciar su tratamiento de quimioterapia por presentar lesiones en la columna, rodilla o problemas respiratorios.

REFERENCIAS

- Aguado, L. (2005). Emoción, afecto y motivación. Cap. 1: Introducción al estudio de la emoción (17-48). Madrid: Alianza.
- Aguilar P. J., De la Garza S. J., (2006), Quimioterapia. En Herrera G. A.; Granados G. M., González B.M. Manual de oncología, Procedimientos médico quirúrgicos. México, Mc Graw Hill, pp 105-111.
- Andersen C. (2006), The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy—the use of semi-structured diaries. Eur J Oncol Nurs;10:247-262.
- Armstrong Lance (2000), Mí vuelta a la vida. Ed. RBA. Barcelona.
- Arrivillaga M. (2007). Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Bogotá: el manual moderno.
- Barbara S. Apgar, Gregory L. Brotzman, Mark Spitzer. (2009). Colposcopia, Principios y Práctica. 2da edición. Editorial Elsevier Saunders; 4: 45-56.
- Bulnes R. (2005). El cáncer en Centroamérica. Reseña Histórica. Rev/Med Hondur; 73: 54-63.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Revista Psico-oncología. 2 (1): 71-80.
- Carrillo, R. (2001). Como desarrollar Inteligencia motivacional. México: Pax.
- Cautela Joseph, Groden June (2002). Técnicas de relajación (Manual Práctico para adultos, niños y educación especial), Editorial Martínez Roca.
- Damasio A. (2003), El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano. Crítica, Barcelona.
- Damasio, Antonio (2006), El error de Descarte. La emoción, la razón y el cerebro humano, Crítica, Barcelona.
- Darwin, C. R. (1872/1965): The Expression of the Emotions in Man and Animals. University of Chicago Press, Chicago.
- Descartes, R. (1649/1985): Pasiones del Alma. Meditaciones Metafísicas. (Juan Gil Fernández, traductor). Orbis, Madrid.
- Die Trill M. (2000), Cultura y cáncer. En MR Dias y E Dura, editores. Territorios da Psico-Oncologia. Manuaies Universitarios, Lisboa; p. 639-51.
- Die Trill M, Die Trill J, Die Goyanes A. (2003). Tumores de cabeza y cuello. En: Die Trill M, editor. Manual de Psico-oncología. Madrid: Editorial Ades; 145-63.
- Eifel PJ, Berek JS, Markman, M. (2008). Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: Principles and Practice of Oncology 8th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 1496-1543.
- Ekman, P. (2003). Emotions Revealed. New York: Times Books.

- Fallowfield L. (2002), Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer*; 2 :873-900.
- Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (2002.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.
- Fernández-Abascal, E. G., Jiménez, M. P., & Martín, M. D. (2003). *Emoción y motivación*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández C. S. B., León A. G., Herrera T. M.C., Salazar S. E. (2011). Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México DF. (SINAIS/SINAVE/DGE/Salud); 46-138.
- Fericgla, Josep Ma (2010), "Cultura y emociones. Manifiesto por una Antropología de las emociones" en [www.etnopsico.org] 21/07/2010.
- Figueroa García diego, Víctor (2010), *El poder de las emociones*, Talento Zetta, México.
- Filliozat, Isabelle (2007), *El corazón tiene sus razones. Conocer el lenguaje de las emociones*, Urano, Barcelona.
- Fornier DM, Lampe B. (2009). Intestinal Complications After Pelvic Exenterations in Gynecologic Oncology. *Int J Gynecol Cancer*; 19(5): 958-962.
- García D., García M., Ballesteros B., Novoa M (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Univ. Psychol, Bogotá*; 2(2): 199-224.
- Gien L, Beauchemin M, Thomas G. (2010). Adenocarcinoma: A unique cervical cancer. *Gynecologic Oncology*; 116.
- Grigsby (2001). Cancer cervical: combined modality therapy. *Cancer*; 7: 47-50.
- Groshaus CM. (2002). Habitando los pasillos: grupos de sala de espera de quimioterapia. Asistencia a pacientes oncológicos y condiciones de existencia en una cultura negadora de la enfermedad y la muerte. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Argentina*; 12(2): 5-8.
- Gullatte MM, Gaddis J. (2004). *Chemotherapy In: Varrichio CG, Ed. A Cancer Source Book for Nurses*. 8th ed. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett; 103-130.
- Haber (2000). *Cáncer de mama. Manual de tratamiento psicológico*. España: Barcelona: Paidós. Pag. 220.
- Halperin EC, Perez CA, Brady LW (2008). *Principles and Practice of Radiation Oncology*, Fifth Ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hay, L. (2007). *Tú puedes sanar tu vida*. Mexico:Diana.
- Herrera-Gómez (2000). *Manual de Oncología, Procedimientos Médico Quirúrgico*, México: Interamericana Mc Graw Hill.
- Hidalgo-Martínez A. (2006). El cáncer cervicouterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed*; 17: 81-4.
- Hornstein L. (2001), *Depresiones e incertidumbre*. *Rev Actualidad Psicológica* #292.

- Hughes H.S., Steller M. A. (2005) Radical gynecologic surgery for cancer. *Surg Oncol Clin N Am*; 14: 607-631.
- Jhingran A. (2008). *Abeloff: Abeloff's Clinical Oncology*. 4th. Ed. Chap. 91. Cancers of the cervix, vulva, and vagina.
- Kendal, W.S. (2006), Suicide and cancer: a gender comparative study *Ann als of Oncology*, doi:10.1093/annonc/mdl385
- Lane, R., Nadel, L., Allen, J. J. B., & Kaszniak, A. (2000). The study of emotion from the perspective of Cognitive Neuroscience. En D. Richard, & L. Nadel (Eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp.3-11). New York: Oxford University Press.
- Lange, S. (2001). *El libro de las emociones*. España: Psicología Personal.
- Levav, M. (2005). Neuropsicología de la emoción. Particularidades en la infancia. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 5, 15-24.
- López F., González C., Santos J., Sanz A., (1999). *Manual de Oncología Clínica* Valladolid, Secretaría de publicaciones e intercambio científico, Universidad de Valladolid.
- Maté MJ, Gil MF, Lluch SP. (2003), Quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia. En: *Die TM. Psicooncología*. 1ª ed. ADES; 283-289.
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Martínez F. (2004). Epidemiología del cáncer del cuello uterino. *Medicina Universitaria*; 6(22): 39-46.
- Medina Villaseñor E. A., Pérez Castro J, Oliva Posada J. C. (2013), *Atlas Oncología Ginecológica*, 1a. Edición, México D.F., p 68-89.
- Mezquita E., Magalhães Da Silva R., De Dlmeida A. M., Carvalho Fernández F., Motta Rego C. Comportamiento de la Familia frente al Diagnóstico del Cáncer de Mama. *Rev. Electrónica semestral de enfermería*. Mayo 2007.Nº10.ISSN 1695-6141. Disponible www.um.es. (Consultado en mayo/2009).
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. *Secretaría de Salud*, 2007; 10-14.
- Montes L. M., Mullins M. J., Urrutia M. T. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*; 71(2):129-134.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Cáncer*. Fact sheets num. 297. Octubre, 2011. Recuperado el 9 de enero de 2012, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Cáncer*. Nota descriptiva N°297, febrero 2012. Recuperado el 13 de enero de 2013, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Programa para una tecnología apropiada en salud, Planificación de programas apropiadas para la prevención del CaCu, 3a. Edición, p1-39.

- Ostrosky-Solís, F., Vélez-García, A., Santana-Vargas, D., Pérez, M., & Ardila A. (2008). A middle aged female serial killer: a case report. *Journal of Forensic Sciences*, 53, pp. 1223-1230.
- Palmero, F. y Mestre, J. (2004). Emoción. En F. Palmero y J. Mestre. *Procesos Psicológicos Básicos*. España: Mac Graw Hill.
- Pascua L., Pérez L., Piret T., Viada C., Ramos M., Silveira J (2006). Una propuesta de programa de capacitación educativo, preventivo para la educación de la sexualidad de las pacientes operadas de cáncer de mama y útero. [Versión electrónica]. *Psicología y humanidades*, n. 3.
- Plasencia, J. J. (2006). *Vive tus Emociones*. España: Urano.
- Raich RM. (2000) ¿Qué es la imagen corporal? En: Raich RM, editor. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones.Pirámide; p. 17-26.
- Raich RM. (2000). Trastornos de la imagen corporal. En: Raich RM, editor. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide; 27-64.
- Ramos, L. (2004). Los sentimientos en psicoterapia Gestalt. Velasco, L., Herrejón, C. y Jarquín, M. (Coords) Miriam Muñoz Polit. *Una figura de la Gestalt*. México: Desafío Editores.
- Romero N. (2001). Reseña histórica de la cito patología y los orígenes del Papanicolaou. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Anales de la Facultad de Medicina*; 62: 342-346.
- Roudinesco E. (2000). ¿Por qué el psicoanálisis?(traducción de Virginia Gallo). Buenos Aires: Paidós, pp: Hornstein L. *Depresiones e incertidumbre*. *Rev Actualidad Psicológica* #292, Noviembre 2001.
- Sartre, Jean-Paul (2005), *Bosquejo de una teoría de las emociones*, Alianza Editorial, Madrid.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionado con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm* 2003; 9(2): 9-21.
- Seifert C (2000). Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico. Recuperado el 10 junio del 2007 en http://www.psicooncología.org/articulos_detalle. Cfm?Art_ID=30.
- Solomon, R. (2000). The philosophy of emotions. En M. Lewis, & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions*, pp 3-16, 2da. ed... Nueva York: Guilford Press.
- Soto J., Planes M., Gras M.E. (2003) Las emociones como variables relacionadas con el cambio de hábitos de salud en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer. *Psicooncología*. 0,(1), 75- 82.
- Tesis de licenciatura en psicología, Facultad de psicología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México. Ramos, L. (2004).
- Tobal Miguel, J.J. y Jiménez, G. (2000). Ansiedad y Depresión. En C. Sandí y J.M. Calés (Eds.).
- Torres L. A., Gómez G, Piñon R. A., Torres R. A., Ortiz J. Róman E. (2007). Cáncer cervicouterino en el Hospital General de México, OD, frecuencia de sus etapas clínicas y su correlación con la edad. *GAMO*; 6(2):28-32.
- Torres Lobatón Alfonso (2004). *Cáncer Ginecológico Diagnóstico y tratamiento*, Mc Graw Hill, p 131-168.
- Tovar G. V. J., Ortiz C. F., Jiménes G. F. R., Valencia V. G. (2008) Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México (1980-2004). *Rev Fac Med UNAM*; 51:47-51.

- Trask P. (2004). Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monog*; 32:80 – 92.
- Vázquez I.M. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: editorial síntesis, S.A.
- Vidal M. (2000). La conducta sexual del paciente oncológico: ¿Un tema inadecuado? *La Prensa Médica Argentina*; 86(2): 623-632.
- Warren JB, Gullett, H, King V. (2009). *Cervical Cancer Screening and Update Guidelines*. 2009 Primare Care: *Clinics in Office Practice*; 36.
- Weiss RB. (2005). Miscellaneous toxicities. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams Wilkins; 2602-2614&
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27 (2), 155- 168.
- Zeman, J., Shipman, K., Penza-Clyve, S. (2001). Development and initial validation of the Children's Sadness Management Scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25 (3), 187-205.

ANEXOS

Anexo 1.

Cuestionario de Evaluación sobre emociones y técnicas de relajación. (CETRAR)

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: marque con una X la respuesta que más se ajuste a su caso.

		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
1.	Durante el último mes, ¿Cómo considera su bienestar físico?					
2.	Durante el último mes, ¿Cómo considera su bienestar emocional ?					
3.	¿Cómo valora la relajación respiratoria para su bienestar físico ?					
4.	¿Cómo valora la relajación muscular para el manejo de sus emociones ?					
5.	¿Cómo considera el apoyo emocional en su pareja?					
6.	¿ Cómo valora la técnica de relajación para el control de sus emociones a través de la respiración?					
7.	Durante el último mes, ¿Cómo interpreta su sensación de tristeza ?					
8.	¿ Cómo valora las técnicas de relajación como una alternativa para el manejo de sus emociones ?					
9.	¿Cómo interpreta su sensación de tensión a nivel muscular?					
10.	¿Cómo considera sus emociones ?					
11.	Durante el último mes, ¿Cómo interpreta su sensación de enojo ?					
12.	¿Cómo considera el apoyo emocional de sus hijos hacia usted?					
13.	¿Cómo valora el apoyo social para el manejo de sus emociones ?					
14.	Durante el último mes, ¿Cómo interpreta su sensación de miedo ?					
14.	¿Cómo valora el apoyo emocional de su familia hacia usted?					
16.	Considera su sensación de enojo como un factor importante para tomar decisiones en su vida.					
17.	Actualmente ¿Cómo interpreta la palabra Cáncer con muerte ?					
18.	Considera que su sensación de tristeza es un factor importante para tomar decisiones en su vida.					
19.	Actualmente ¿ cómo interpreta lo que dice la gente de los pacientes con cáncer?					
20.	Considera su sensación de miedo como un factor importante para tomar decisiones en su vida.					

Anexo 2.

“Lo que nos dicen los abrazos “

Dinámica: animación y emociones.

Objetivo: ampliar nuestro contacto y mejorar nuestras relaciones a través de dar y recibir abrazos.

Materiales: tarjetas en las que previamente se han escrito fragmentos de frases sobre los abrazos y dividida en dos partes.

1 Abrazar es un instinto universal	2 así como una respuesta natural a los sentimientos.
1 Abrazar se convierte en un instrumento de comunicación no verbal	2 por que expresa y otorga un poder beneficioso no solo por parte de quien lo ofrece sino por quien lo reciben.
1 No requiere de un lugar especial, cualquier sitio es	2 el lugar idóneo para dar y recibir abrazos.
1 Busco en esta vida un abrazo	2 para darle a mi alma alegría.
1 Los abrazos transmiten	2 cariño y amor
1 Nada funciona mejor	2 que un abrazo.
1 Abrazar es	2 dar vida al corazón
1 Todo ser humano	2 necesita un abrazo.
1 Los abrazos son gratis, ecológicos, no tienen fecha de caducidad,	2 por lo tanto son sencillos de utilizar y están siempre para ser utilizados.
1 Un abrazo provoca	2 una mejoría en nuestros estados emocionales y físicos.

Desarrollo: El facilitador realizará esta dinámica pidiendo a las participantes tomar un sobre, el cual contiene una tarjeta escrita la mitad de una frase y deben de encontrar el complemento leyendo su frase con el de otra compañera. Una vez unida la frase harán una mini-entrevista de unos 3 minutos en el que van a preguntar:

¿Cuándo fue la última vez que recibiste o diste un abrazo?

Por parte de quien o a quien le diste el abrazo

Expresar el significado de la frase.

Al término de la entrevista se darán un abrazo fuertemente y agradecerán por compartir ese momento.

Anexo 3

Inventario de indicadores de tensión de Joseph Cautela.

Nombre: _____

Fecha:

Instrucciones: por favor marque con una X aquella forma de tensión que aplique en su caso.

1. Usted siente tensión en:

- a. la frente ()
- b. la parte de atrás del cuello ()
- c. el pecho ()
- d. los hombros ()
- e. el estómago ()
- f. la cara ()
- g. otras partes del cuerpo

2. Usted suda ()

3. Su corazón late deprisa ()

4. Puede sentir los latidos de su corazón ()

5. Puede oír los latidos de su corazón ()

6. Siente rubor o calor en la cara ()

7. Siente su piel fría y húmeda ()

8. Le tiemblan:

- a. las manos ()
- b. las piernas ()
- c. otras partes del cuerpo

9. Nota en su estómago una sensación similar a la que siente cuando se para de repente un ascensor ()

10. Siente náuseas en el estómago ()

11. Nota que sujeta con demasiada fuerza las cosas (por ejemplo, el volante del auto o el brazo de la silla) ()

12. Se rasca una parte del cuerpo (). Zona que se rasca:

13. Cuando tiene las piernas cruzadas mueve la que está encima, arriba y abajo ()

14. Se muerde las uñas ()

15. Le rechinan los dientes ()

16. Tiene problemas con el lenguaje ()

Anexo 4

“ Robot ”

Dinámica: de concentración.

Objetivo: tratar de tensar los distintos grupos musculares del cuerpo

Desarrollo: para la dinámica el facilitador dirá a las participantes que se deben de mover y caminar de acuerdo a las instrucciones verbales, así como concentrarse en lo que están haciendo y sintiendo con la finalidad de identificar la sensación de tensión muscular.

Instrucciones verbales:

- ◆ No pueden mover el cuello y cabeza, debe de estar completamente rígidos.
- ◆ No pueden expresar emociones.
- ◆ La vista debe de ser hacia delante.
- ◆ Caminar en el espacio de la aula, deben de permanecer sus brazos al cuerpo y tener cerrados los puños de las mano además las piernas tiene que estar completamente rígidas sin flexionar rodillas.
- ◆ Quedarse estáticos por 2 minutos.
- ◆ No establecer ninguna comunicación con los demás.
- ◆ Ya pueden ver para todos lados, mover el cuello, separar los brazos del cuerpo y flexionarlos, abrir sus manos y caminar normal.

Finalmente el facilitador pedirá a las participantes compartir la experiencia, señalando principalmente lo que sintieron en cada etapa.

Anexo 5

Formulario de relajación de Joseph Cautela

Nombre: _____

Fecha: _____

Una vez que haya practicado todo el procedimiento y sea capaz de:

- 1.- Discriminar entre los músculos que están tensos y los que están relajados.
- 2.- Relajar todos los músculos sin tensarlos.
- 3- Dominar los ejercicios de respiración.

Rellene este formulario después de cada sesión de relajación, además intente hacerlo a la misma hora todos los días y practíquelo durante una semanas de 15 a 20 minutos dos veces al día.

Código: NA=No Aplica

Escala de 1 a 5

1=Bajo: 5=Alto

	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
POSICIÓN DE RELAJACIÓN							
POSICIÓN DE TENSIÓN							
Frente							
Ojos							
Nariz							
Sonrisa							
Lengua							
Mandíbula							
Labios							
Cuello							
Brazo derecho							
Brazo izquierdo							
Pierna derecha							
Pierna izquierda							
Espalda							
Tórax							
Estómago							
Debajo de la cintura							
RELAJACIÓN SIN TENSIÓN Y RESPIRACIÓN							
Hora	Comienzo						
	Terminación						

Anexo 6

“Liga del saber “

Dinámica: comprensión

Objetivo: Evaluar el conocimiento y manejo del tema.

Desarrollo:

a) Para la realización de la dinámica el facilitador debe de tener preparadas las tarjetas y estas estarán dentro en un sobre, las cuales tienen escrito la actividad que deben de realizar cada equipo:

Tarjeta 1: dibujar la nariz, explicar las partes que la componen y funcionamiento.

Tarjeta 2: dibujar la tráquea, explicar las partes que la componen y funcionamiento.

Tarjeta 3: dibujar los pulmones, explicar las partes que la componen y funcionamiento.

Tarjeta 4: dibujar los bronquios, explicar las partes que la componen y funcionamiento.

Tarjeta 5: dibujar el aparato respiratorio, explicar las partes que la componen y funcionamiento.

b) Formar cinco equipos.

c) Poner nombre al equipo.

d) Escoger un representante del equipo, el cual explicará el tema.

El facilitador pasara a cada equipo para observar cómo están trabajando las participantes y si tiene dudas conducirlos con ideas o ejemplos.

Finalmente el facilitador pedirá a las participantes compartir la experiencia, señalando principalmente que aprendieron, comprendieron, se les dificultó, fue sencillo.