



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

“INTERVENCION EN CRISIS DE 1er. ORDEN EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA”

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO QUE PARA
OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

SILVIA NAYELLI MARMOLEJO VALLE

Jurado de examen:

Tutor: Lic. Jorge Arturo Manrique Urrutia.
Lic Eduardo Arturo Contreras Ramírez.
Mtra. María Enriqueta Figueroa Rubio.
Mtro. José Alberto Monroy Romero.
Lic. Mario Alberto Patiño Ramírez.

MEXICO, D.F.

2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Nunca ha tenido hombre
alguno una necesidad más
profunda y apasionada
de independencia
que él.
Hermann Hesse.*

GRACIAS

A mi familia.

**Intervención en crisis de
1er. orden en pacientes
con diagnóstico de
Cáncer de Mama.**

INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1	
Psicoterapia breve en intervención en crisis.....	9
1.1 Antecedentes Históricos.....	10
1.2 Definición de crisis.....	12
1.2.1 Etapas del período de crisis.....	13
1.3 Tipos de experiencias para identificar la crisis.....	15
1.4 Principios clínicos.....	17
1.5 ¿Qué es un estado en crisis?	18
1.6 Características de la situación en crisis.....	18
1.7 Estado de crisis activo	19
1.8 Intervención de primer y segundo orden.....	20
1.9 Cinco componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos.....	21
1.10 Cinco subsistemas de la persona, un perfil CASIC.....	22
1.11 Tratamiento: cuatro tareas de la resolución de la crisis.....	26
Capítulo 2	
Aspectos generales del Cáncer de mama.....	28
2.1 ¿Qué es el cáncer?	31
2.2 Aspectos psicológicos del cáncer de mama.....	33
2.3 Tratamiento.....	34
2.4 Intervención	36
2.5 Evolución del impacto emocional.....	40
2.6 Psicoterapia Breve en la enfermedad física o cirugía	42
2.6.1 Díez factores específicos en el manejo terapéutico en la enfermedad física o cirugía.....	43
Capítulo 3	
Primeros auxilios psicológicos de 1er. Orden Y la Técnica de Solución de problemas	46
3.1 ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?	46
3.2 ¿Cuáles son los objetivos de la atención?.....	47
3.3 Intervención de Primer y Segundo Orden	48
3.4 ¿Cuál es el procedimiento?	49
3.5 Técnica de Solución de Problemas	54
3.6 Categorías de posibles consecuencias.....	56
3.7 Descripción de la Técnica de Solución de Problemas.....	58
3.8 Los componentes de la terapia	63
3.9Aportes de la Psicoterapia Breve en pacientes con	

cáncer.....	64
Caso Clínico	69
Conclusión.....	77
Bibliografía.....	80

Resumen

El cáncer de mama es una enfermedad que con el tiempo ha ido en aumento, sin embargo su incidencia y severidad hoy en día puede ser detectada y prevenible a tiempo aunque desafortunadamente los servicios de salud son insuficientes por la alta demanda de pacientes en los hospitales.

En este caso el cáncer de mama es un serio problema ya que constituye en nuestro país el segundo lugar de mortalidad aunque hasta el 2006, según la OMS, ha aumentado y se ha convertido en la primera causa de muerte en mujeres mayores de 25 años. Se debe de dar prioridad a los programas de pruebas para detectar el cáncer de mama y las mujeres deben de ser informadas ampliamente y de la mejor forma acerca del procedimiento y sus beneficios.

Según Auchincloss cit. Gynecologic (1998), aunque muchos de los problemas psicológicos de las pacientes con cáncer de mama, son similares a otros pacientes con otro tipo de tumores, las investigaciones sugieren que la naturaleza y tratamiento oncológico pueden proveer de estrés añadido para la mujer que lo padece. Muchas veces el cáncer de mama produce poco o ningún síntoma hasta que el tumor esta avanzado y aparece con mayor frecuencia en mujeres mayores, pero pueden ser diagnosticados en cualquier momento del ciclo vital.

El objetivo del presente trabajo es poder hacer una intervención en crisis a través de la técnica de Solución de Problemas en pacientes con cáncer durante su diagnóstico, ya que esta técnica tiene como finalidad dar herramientas de apoyo psicoemocional y una alternativa efectiva al paciente durante este proceso de asimilación de las malas noticias.

Introducción

Las relaciones emocionales que producen el cáncer sobre el individuo que lo padece dependen, entre otras cosas, del órgano afectado.

De ahí que el cáncer de mama suscite respuestas psicológicas específicas, generalmente relacionadas con aspectos íntimos de la femineidad, la sexualidad, la maternidad y la imagen corporal, afectando a la identidad femenina generalmente a niveles muy profundos. Desde la perspectiva de la biología, la función principal de la mama es producir leche y calostro durante el período de lactancia con el fin de nutrir al neonato. En estimulación produce placer en la mujer en las relaciones íntimas.

La incidencia de cáncer de mama ha aumentado gradualmente en los últimos años, siendo el más frecuente en los países económica e industrialmente desarrollados y afectando a mujeres cada vez más jóvenes. (Die Trill, 2003)

A pesar de ello, la modestia, la vanidad mal entendidas de las mujeres o el miedo a encontrar algo de gravedad, las llevan en muchos casos a ocultar durante largo tiempo tumores mamarios que al ser detectados se presentan en edades avanzadas. La falta de acceso a los servicios de salud y tratamientos adecuados de uno de los tipos de cáncer mas prevenible, detectable y tratable, se ha convertido en una causa importante de mortalidad entre las mujeres, particularmente en edades de entre 35 y 54 años. (Die Trill, 2003)

El efecto colateral es que la mujer se siente poco atractiva, ya que en nuestra sociedad considera a las mamas como parte esencial de la belleza femenina, por lo cual una cirugía en esta área suele producir inseguridad en la mujer en la relación sexual con su pareja. Luego de la mastectomía radical algunas mujeres suele tener dolor crónico en el pecho y hombro. Cuando la cirugía remueve solo el tumor, la mama

puede quedar cicatrizada con diferente forma y tamaño. (Seifer, 2001)

Es por ello que cuando la mama se ve afectada por una enfermedad maligna que altera su integridad, se ven violadas la seguridad y la confianza de los roles sexual, femenino, social y maternal, amenazando de este modo, no solo el autoconcepto de la mujer, sino también en las relaciones interpersonales que mantiene con personas significativas de su entorno. (Die Trill, 2003)

Este es un trabajo monográfico, donde se aborda la intervención en crisis con la técnica de solución de problemas en pacientes con cáncer durante su diagnóstico, sin importar el estadio en que se encuentra, ya que la noticia de tener cáncer es un impacto psicológico que requiere de un apoyo durante la consulta al ser atendida por el equipo medico.

La información en este trabajo se plantea en 3 capítulos, abordando por inicio la Intervención en Crisis, como una parte fundamental, pues es la estrategia que se toma durante una desorganización emocional, por el resultado de una crisis, en este caso el deterioro de la salud. En el capítulo 2 se describe los Aspectos básico y generales sobre el cáncer de mama, su importancia en la actualidad, sus tratamientos y el apoyo que se le puede dar al paciente durante el diagnóstico. En el capítulo 3 se aborda la Técnica de Solución de Problemas para dar una serie de herramientas y estrategias psicológicas durante su diagnóstico.

Capítulo 1

Psicoterapia Breve en Intervención en Crisis

A muchas personas, los problemas insuperables y las tensiones de la vida las conducen a un punto tal, que tienen que encontrar una válvula de escape. El daño físico, así mismo, la familia, los amigos o inclusive alguna persona ajena al problema puede ser resultado trágico. Sin embargo, históricamente, el concepto de crisis ha sido, entendido, también, con un sentido positivo. El ideograma chino de crisis indica lo mismo peligro que oportunidad. Webster lo define como el "punto de cambio" sugiriendo que el cambio puede ser sanar o enfermar, mejorar o empeorar. (Slaikeu, 2003)

¿Que hace que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes? Una consideración especial es la gravedad del suceso que la precipita. Algunas circunstancias, como la muerte de un ser querido o un ataque físico parecen tener por si mismos el potencial de una crisis. Los recursos personales integran un segundo grupo de variables clave. Sea que haya nacido así o que se hayan habituado a ello mediante la experiencia vital, algunas personas están mejor dotadas que otras para manejar las tensiones de la vida.

Un tercer grupo de variables incluye los contactos sociales concurrentes al momento de la crisis. ¿Quien esta disponible para ayudar con las consecuencias inmediatas al suceso de crisis, y que clase de auxilio proporcionan estos asistentes? Tanto que las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problemas, la ayuda externa es fundamental para determinar como sortearan los individuos estos puntos de cambio, es decir el apoyo social del paciente.

1.1 Antecedentes Históricos

El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores, tras el incendio del centro nocturno Coconuf Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942. Lindemann y otros colaboradores del hospital General de Massachussets desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes, aquellos que perdieron a un ser querido en el desastre. Los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que, el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida. Lindemann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel determinante en la ayuda a la gente afligida durante el proceso de duelo, de modo que se previnieran dificultades psicológicas posteriores. Desde sus inicios a finales de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo. Los servicios de las líneas telefónicas de urgencia entrenaban a trabajadores voluntarios para impedir que quienes llamaban cometieran un suicidio. La adecuada translaboración durante el proceso de duelo, se adoptó para prevenir una inadaptación posterior en la vida. (Slaikeu,2003)

En el entorno de la salud pública, la prevención puede tomar tres formas, la prevención primaria que se encamina a reducir la incidencia de trastornos, la prevención secundaria que busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos, y la prevención terciaria, encaminada a reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. En este contexto, la intervención en crisis es prevención secundaria puesto que es un proceso que tiene lugar después de los sucesos críticos de la vida que han ocurrido

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia (de intervención de 1ra., 2da. y 3ra.) circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria antes que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro a las estrategias de tratamiento prevención terciaria), bien

administradas después que los sucesos de crisis y sus consecuencias han ocurrido. La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis, esta se presenta en el momento en que el trastorno ha ocurrido y la reorganización se presentara para bien o mal.

La intervención primaria tiene lugar mucho antes de que ocurran los sucesos de crisis en realidad. La verdadera prevención significa evitar que sucedan algunos acontecimientos en primer lugar, por medio de cambios, políticas en la administración pública, y otras intervenciones en niveles del aparato social. Cuando los estímulos externos no se pueden alterar, las estrategias de mejoría se dirigen a la capacitación de los individuos para la resolución de sus problemas y el manejo de sus habilidades, de modo que estén mejor preparados para sobrevivir a los sucesos críticos de la vida.

El tratamiento o intervención terciaria incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de las crisis vitales.

Lo anterior expone una visión del como las formas de intervención se han transformado y adaptado a la vida cotidiana, teniendo como finalidad la salud mental del ser humano.

Dentro de estas adaptaciones, la intervención en crisis toma un valor importante; por ser un tratamiento breve la psicoterapia breve es más efectiva que la psicoterapia a largo plazo porque desde la teoría de la crisis, el proceso de ayuda debería llevarse tanto tiempo como el que toma a la mayoría de las personas recuperar el equilibrio después de un accidente de crisis, o alrededor de seis semanas. Mas importante aún es que tener menos sesiones plantea ventajas económicas clara y el proporcionar psicoterapia durante la proximidad de la crisis tiene también ventajas terapéuticas adicionales. (Slaikeu, 2003)

La crisis tiene comienzos identificables; algunos sucesos son tan universalmente devastadores, que casi siempre son capaces de

precipitar una crisis. La forma de intervención es variable y a continuación se expone de manera amplia el modelo de intervención en crisis.

1.2 Definición de Crisis

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis esta limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento mas altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de "otros significantes").

Desde un punto de vista teórico, si el estado de crisis no se distingue de que no lo son, el concepto íntegro carece de sentido. Desde un punto de ventaja práctica, es importante entender cuándo una persona está en crisis y cuándo no, para proporcionarle la ayuda apropiada.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y de desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la Solución de Problemas, y el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (Slaikeu, 2003)

Según Wainrib (2000), una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo tanto se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto

experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la habilita aún más para encontrar una solución, la intervención llevada a cabo por los profesionales de la salud mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer un equilibrio emocional, es decir:

- Un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis, para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés. Los objetivos principales de la intervención del clínico son:

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

1.2.1 Etapas del período de crisis

Una vez desencadenada la crisis, la persona puede pasar por varias etapas a partir de la presencia del evento de la cual ella emergió. Las reacciones psicológicas propias de este proceso no representan un trastorno mental; por el contrario, son respuestas más o menos típicas ante una amenaza de vida física o psicológica. (Slaikeu, 2003)

Caplan (1964) en Slaikeu, 2003), describe las etapas de la crisis:

- 1.- Desorden: es la primera reacción ante un hecho amenazante y puede manifestarse en llanto, angustia, gritos desmayo o lamentos.
- 2.- Negación: conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse por un entorpecimiento emocional no pensar en lo

sucedido o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.

3.- Intrusión: puede presentarse como intentos de explicación, recuerdos o pesadillas involuntarias. Comúnmente las personas la describen con frases como "aunque no quiera, todo me viene a la mente una y otra vez". Algunas personas pasan directamente de la etapa de impacto a la intrusión. Otras al llegar a la intrusión regresan a la negación y oscilan entre ambas fases, sin avanzar a las siguientes.

4.- Translaboración: es el proceso en el que se expresan, identifican, divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos progresan y translaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

5.- Terminación: es la etapa final de la experiencia de la crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo.

La terapia en crisis comprende experiencias facilitadas que incluyen: reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, la expresión de sentimientos, el mantener un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiada a la situación.

Balwin (1979) lo resume de esta manera:

1.- Definir problemas, tratar con los sentimientos, tomar decisiones o aprender nuevas formas de solucionar los problemas o nuevas conductas de enfrentamiento.

2.- Identificar y resolver por lo menos parcialmente conflictos subyacentes representados o reactivos por la crisis.

3.- Definir y movilizar recursos individuales externos e internos, hacia la solución de la crisis.

4.- Reducir afecciones desagradables o incómodas relacionadas con la crisis.

Para indicar que el propósito de la terapia en crisis incluye la integración del suceso dentro de la trama de la vida simplemente significa que la crisis se resuelva, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a la par de otros sucesos vitales y determinantes en la vida de la persona, para formar parte de una experiencia evolutiva. Lo contrario de esta integración es fragmentarla artificialmente, obstruirla fuera de la conciencia, haciéndole como si nada hubiera pasado o de algún modo negar su existencia.

1.3 Hay dos tipos de experiencias para identificar la crisis que son: Desarrollo y Circunstanciales.

1.- Circunstanciales: son situaciones accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental sus características principales son:

- Aparición repentina
- Imprevisión
- Calidad de urgencia
- Impacto potencial sobre comunidades enteras
- Peligro y oportunidad

Los tipos específicos de crisis se agruparon bajo encabezados de mayor trascendencia, como: Salud, Muerte Repentina, Crimen, Desastres Naturales y/o provocados por el Hombre, Guerra y Hechos relacionados, Familia y Economía, sin embargo solo nos enfocaremos al tema que estamos tratando: el de Salud.

Salud: desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones corporales son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y de su familia para enfrenarlos y adaptarse. El cómo se interpreten los sucesos y de modo especial en relación con la autoimagen y los planes a futuro y cómo se realicen los ajustes de

comportamiento, serán fundamentales para determinar el curso esencial de la resolución de la crisis. Las personas que tienden a negar o evitar las situaciones tensionantes no obtiene beneficios a partir de la información sobre la inminente experiencia dolorosa. La investigación en crisis que tomen en cuenta estas diferencias individuales en los estilos de afrontamiento.

2.- Desarrollo: son sucesos precipitantes, están inmersos en los proceso de maduración. Este enfoque ve más allá del suceso de crisis particular y se enfoca sobre el individuo bajo la luz de su historia personal de desarrollo. Su objetivo es dar información para el proceso de intervención durante las etapas de desarrollo del individuo.

- La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambios continuos. El cambio se caracteriza el estado de crisis es único porque es extremista, no por el cambio en sí mismo.
- El desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones o etapas, para cada una caracterizada por ciertas etapas. Las familias, así como los individuos, se desplazan a través de etapas del desarrollo de transición o predecibles.
- Las transiciones del desarrollo de la edad adulta son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y adolescencia. Pues las necesidades y demandas del individuo van cambiando por cada etapa.
- Se deben de tomar en cuenta el grupo socioeconómico y el género de cada etnia.
- La identidad de cada individuo en cada etapa de su desarrollo, tomando en cuenta la interacción sobre tres aspectos de la vida: profesión, económico, familiar.
- Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el entorno de la historia personal del individuo
- Una crisis es la versión extrema de una transición. Estas son puntos decisivos o regiones límite entre dos períodos de mayor estabilidad. Las crisis para el desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y de hecho, lo hacen posible.

Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo, se perturba o dificulta. Una etapa de desarrollo puede ser frustrada por la falta de habilidad, conocimiento o la incapacidad para correr riesgos.

Las carencias de información y habilidad, son mas fáciles de tratar para el médico clínico, que aquellas en que la dificultad implica el asunto más complicado de tomar riesgos, que se relacionan de modo directo con cuatro subsistemas de la personalidad: conductual, afectivo, cognoscitivo e interpersonal. Además se deben de agregar los recursos materiales (económicos) y sociales (amigos, apoyo externo), que pueden ser factores determinantes o no. Un déficit en alguna de estas cinco variables (habilidades, conocimiento, disposición al riesgo, recursos materiales y apoyos sociales) pueden tomar una transición predecible en una crisis. (Slaikeu, 2003)

1.4 Principios clínicos

OPORTUNIDAD La terapia breve, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis. Se sugiere que el proceso de ayuda debería llevarse tanto tiempo como el que toma la mayoría de las personas en recuperar el equilibrio después de un incidente de crisis, o alrededor de seis semanas, la mayoría describe a la intervención en crisis como algo que se lleva, en cualquier parte, de 1 a 6 semanas, como distinción de las intervenciones que continúan por meses a años en psicoterapia de largo plazo. Más importante aún es que la terapia breve no se ve como el segundo mejor enfoque. La oportunidad se calcula para reducir el peligro y al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar algún nuevo padecimiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse como las circunstancias de la vida.

META La intervención en crisis tiene como meta principal ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis. Algunos definen esto como restauración

del equilibrio mientras que otros se enfocan en la reorientación de la capacidad del individuo para enfrentar la situación. Al translaborar y resolver de manera exitosa una crisis vital, la persona aprende nuevos caminos para salir adelante. El paciente debe terminar por conceptualizar la vida de un modo diferente que antes que la crisis ocurriera (la más de las veces de un modo más realista) y puede ser capaz de proyectar direcciones nuevas por completo para el futuro.

VALORACION Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada uno de los sistemas implicados en la crisis. Este principio de la intervención se desarrolla de la perspectiva de los sistemas generales sobre las crisis vitales, la información acerca de que mal en la vida de una persona (como el desmoronamiento de la relación matrimonial) se complementa con la información acerca de qué es aún funcional (como un sistema apoyador de amigos). La fuerza y recursos sociales pueden utilizarse para ayudar a una persona con la aflicción de la crisis. Con fundamento en el hecho de cada crisis personal ocurre dentro del entorno de los sistemas familiar, del trabajo, vecindario y comunidad, la tarea del médico clínico es determinar cuáles variables ambientales precipitaron la crisis, cuáles mantienen la desorganización y el sufrimiento, y cuáles pueden movilizarse para facilitar el cambio constructivo en la situación.

La intervención a cabo por un profesional de la salud mental puede ofrecer una ayuda inmediata, administrando la dosis de medicamentos y/o iniciando un trabajo terapéutico de reajuste mental. Con el propósito de restablecer el equilibrio emocional que prepare o evite al tratamiento especializado, es necesaria una primera intervención generada, de una terapia breve, cuyo principal objetivo es dar apoyo psicológico, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

1.5 ¿Qué es un estado en crisis?

Es un momento de trastorno y desorganización (emocional, cognitiva y conductual), caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones conflictivas, donde debiera utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas y lograr un estado de adaptación.

1.6 Características de la Situación en Crisis.

Evento Peligroso: Acontecimiento, interno o externo a nuestro mundo personal, que ocurre en el curso de la vida, que inicia una serie de reacciones en cadena. Los eventos pueden ser anticipados y predecibles o bien inesperados y accidentales.

Estado Vulnerable: Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso, la persona responde según sea su percepción del evento.

Factor Precipitante: Eslabón entre los eventos causante de la tensión y el estado vulnerable, convirtiéndolo en un estado peligroso lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente.

1.7 Estado de Crisis Activo.

El individuo se encuentra en estado de desorganización, la tensión excitante lo que ha invadido, su proceso homeostático se desequilibra; la duración será de 1 a 4 horas; puede experimentar "visión en túnel", exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteración cognoscitivas, acompañando por precauciones o ideas distorsionadas por los eventos. Posteriormente se llega a un período de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.

Agotamiento: La persona puede haber manejado efectivamente y durante tiempo prolongado, la situación de emergencia pero llega a un punto de

agotamiento en el cual no tiene más fuerza para afrontar la situación y sus mecanismos adaptativos "casi se desintegran".

Choque: Un cambio repentino en el entorno de la persona provoca que las emociones sean liberadas de manera explosiva, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento. Como no existe un aviso previo que permita al individuo asumir el impacto, cae en estado de choque emocional.

Los primeros auxilios psicológicos, es la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.

La técnica de los primeros auxilios psicológicos, se construye a partir de un proceso teórico-técnico de trabajo multidisciplinario, el cual, incorpora las siguientes experiencias metodológicas:

- De las aportaciones de la psicología de emergencia, difundida en la Unión Americana y en países de Latinoamérica
- Las teorías de Lindemann y Caplan conceptos ampliados, desarrollados y modificados por Rapport, Parad, Caplan, Jacobson, Strickler y Sifneos.
- El modelo de intervención en crisis planteado por Slaikeu.

Objetivos

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Restauración de un nivel de funcionamiento mínimo: cognitivo, afectivo y somático, interpersonal y conductual (**CASIC**).
- Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: personales, familia, profesionales, comunidad, etc. Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo hasta ahora sucedido.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima,

asertividad y solución de conflictos.

- Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

1.8 Intervención de Primer y Segundo Momento

Podemos comenzar por describir los Primeros Auxilios Psicológicos, que abarca la asistencia inmediata y de modo usual lleva sólo una sesión (encuentro interpersonal). Los primeros auxilios psicológicos pretenden ofrecer apoyo emocional, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda. Aún más, esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad en el momento y lugar en que aquella surge. Se puede instruir a los hijos, padres, maestros o estudiantes, del mismo modo, para que se den primeros auxilios físicos en situaciones de urgencia médica. En el cap. 3 se mencionaran las características que se evalúan durante los primeros auxilios y la terapia de solución de problemas durante el diagnóstico de las pacientes con cáncer de mama.

La intervención en crisis de segundo momento o terapia psicológica, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato, y se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida en la persona alterada. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

1.9 Existen cinco componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos

1.- Realizar contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica. Así mismo, se invita a la persona a hablar, ya escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de

sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. Existen varios objetivos del primer contacto psicológico; primero es que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de sus ansiedades, el primer contacto psicológico puede servir para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2.- Analizar las dimensiones del problema: la indagación se enfoca a tres áreas:

a) Presente: El presente hacer referencias a "que sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer".

b) Pasado inmediato: El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y su indagación implica preguntas como: "¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo?".

c) Futuro inmediato: El futuro inmediato se enfoca hacia ¿Cuáles son los eventuales riesgos para la persona? y prepararse para las soluciones inmediatas.

3.- Sondar posibles soluciones: implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica llevar o "acompañar" a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4.- Iniciar pasos concretos: implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5.- Verificar el progreso: implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de

ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara o por teléfono o correo electrónico. El objetivo es, ante todo, completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

1.10 Los cinco subsistemas de la persona, un perfil de CASIC

Para la valoración del paciente se esta basando en la propuesta de Slaikeu (2003), quien maneja cinco subsistemas dentro del paciente: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva, todas estas englobados en el perfil CASIC, a continuación se describe cada una:

- a) El sistema conductual, al valorar esta área dentro del paciente, se da atención a los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad. Por ejemplo, el ejercicio, el sueño, la dieta, vicios, etc.
- b) Las variables afectivas incluyen un rango completo de los sentimientos que un individuo puede tener acerca de estos comportamientos, de un incidente traumático o de la vida en general. También se da atención a la valoración de la adecuación social o a la competencia entre el efecto y distintas circunstancias de la vida. Como con el comportamiento, es importante valorar la condicionalidad de diferentes sentimientos (antecedentes y consecuencias). Los sentimientos a valorar pueden ser de ansiedad, ira, alegría, depresión, etc.
- c) El funcionamiento somático de un paciente se refiere a todas las emociones corporales, que abarcan la sensibilidad al tacto, el sonido, la percepción, el gusto y la visión, los datos sobre el funcionamiento en general, que incluye los dolores de cabeza, las molestias estomacales y salud en general. En situaciones de crisis, se interesa en lo particular lo referente a las cuestiones somáticas correlativas a la angustia psicológica, los problemas físicos o ambos, que puedan haber precipitado la crisis.

d) La modalidad interpersonal incluye datos sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre un paciente y su familia, amigos, vecinos y trabajadores. En particular el papel que juega el paciente con distintos allegados.

e) En la modalidad cognoscitiva se codifican los distintos procesos mentales. Aquí se incluyen las imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, los recuerdos sobre el pasado y las aspiraciones para el futuro, así como las reflexiones no controladas de manera relativa, tales como los sueños diurnos y nocturnos. Es importante valorar tanto las imágenes y representaciones mentales, tanto como los procesos de pensamientos y verbales de concepto de las persona realizan acerca de sus comportamientos, sentimientos y acontecimientos que ha ocurrido a lo largo de su vida.

Supuestos de la valoración:

Para Slaikeu (2003), la valoración en la terapia para crisis se fundamenta en las siguientes suposiciones.

1. - Se debe ser capaz de valorar el impacto del incidente de crisis en todas las cinco áreas del CASIC antes mencionadas. El desatender alguna de ellas llevara solo a una comprensión parcial de la crisis.

2.- Los cinco subsistemas CASIC, aunque valorados por separado, se interrelaciona de manera que se pueda esperar que los cambios en uno conduzcan al cambio en los otros.

3.- Es importante valorar tanto las fortalezas como las debilidades en el funcionamiento CASIC durante la crisis y, siempre que se pueda, movilizar las primeras para apuntalar a las segundas.

4.- La valoración de la crisis de un individuo debe incluir las variables del entorno del ambiente familiar/social, la comunidad y la cultura, puesto que estas variables supra sistémicas tienen un peso directo sobre el éxito o fracaso de las estrategias de intervención.

5.- Los procesos de valoración deben organizarse para permitir la evaluación al final de la terapia y en varios puntos del seguimiento.

6.- La meta de la valoración no es crear una clasificación diagnostica, sino, mas bien, proporcionar un perfil de funcionamiento CASIC, para que

se puedan producir pautas concretas para la selección de estrategias de entrenamiento.

Fundamentación CASIC previo a la crisis:

El interés principal es identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento CASIC del paciente durante la infancia, la pubertad, la adolescencia, la edad adulta joven, la edad adulta y la jubilación, en tanto puedan relacionarse con el incidente de crisis.

Slaikeu (2003), señala que la valoración de funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye:

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas.
2. Los recursos personales y sociales patentes.
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC.
4. Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente.
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida.
6. La etapa del desarrollo previa a la crisis.
7. Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC.
8. Metas y estructuras vitales para lograr objetivos.
9. Bondad del ajuste ante el estilo de vida y los suprasistemas familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad, instituciones.
10. Otras tensiones anteriores al incidente.

Funcionamiento CASIC durante la crisis:

El principal objetivo es determinar el impacto del incidente precipitante en todas las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo, Slaikeu (2003), propone las siguientes:

Conductual

- ¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, a la escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el incidente de crisis?
- ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?

- ¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado por la crisis?
- ¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cual fue el relativo éxito/fracaso de cada uno?

Afectiva

- ¿Como se siente la persona con las secuelas del incidente de crisis?
¿Airado?
¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido?
- ¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos?
¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?
- ¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de translaboración de las crisis?

Somática

- ¿Existen molestias físicas asociados con el incidente de crisis? ¿Es esto una
- Reactivación de problemas anteriores o es algo "totalmente nuevo"?
- Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad) ¿Cuál es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuales son los efectos de esta sobre otros funcionamientos del organismo?
- ¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis? ¿Requiere medicación alguna?

Impersonal ó interpersonal

- ¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?
- ¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?
- Valorar la ayuda disponible de la familia o amigos.

- ¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis por ejemplo aislamiento, dependencia, etc.?

Cognoscitivas

- Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis.
- Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales.
- El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida.
- Presencia de los "debería", tales como "yo debería haber sido capaz de manejar esto".
- Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables.
- Los patrones usuales para hablarse a sí mismo.
- El estado del dormir.
- Imágenes de una fatalidad inminente.
- Fantasías destructivas.

1.11 Tratamiento: Cuatro tareas de la resolución de la crisis.

La tarea inicial del tratamiento, según Slaikeu (2003), es traducir el perfil CASIC de crisis en un lenguaje de tareas, este es como una guía para la actividad del paciente estas tareas pueden ser:

- La supervivencia física en las secuelas de la crisis: la primera tarea es para los pacientes, que permanezcan vivos y tan bien en el aspecto físico como sea posible, durante el período de tensión extrema y desorganización personal. Puesto que el suicidio es uno de los posibles resultados de la crisis vital, se deben dar pasos para valorar posibles tendencias suicidas y ejecutar medidas preventivas apropiadas. Mas allá de esto, el paciente necesita regular sus patrones de dieta, ejercicio, descanso, sueño, a fin de trabajar en las áreas de resolución de crisis.
- Expresión de sentimientos relacionados con la crisis: El objetivo de la segunda tarea para la resolución de la crisis es asistir para que exprese, de alguna manera socialmente apropiada, los intensos sentimientos que acompañan a la crisis, para de este modo libere la energía emocional,

para utilizarla de modo constructivo en otros aspectos de la vida.

- Dominio cognoscitivo de experiencia completa: La principal estrategia terapéutica para identificar los sentimientos del paciente es escuchar de manera activa, donde el terapeuta escucha tanto lo que ha pasado el paciente como el cómo se siente éste con respecto a los acontecimientos. Fuerte dosis de comprensión empática de parte de los consejeros puede servir para ayudar a los pacientes a reconocer una variedad de sentimientos molestos e incómodos. Los sentimientos sirven como un reflejo de los procesos de pensamiento del paciente, lo cual abre la puerta para la tarea del dominio cognoscitivo.

- Adaptaciones conductuales/interpersonales que se requieren para la vida futura: La acción oportuna y constructiva puede hacer que una persona se sienta mejor y también mejorar la autoimagen y el sentido de dominio. Dentro de las cuatro tareas de resolución de la crisis es capital la cuestión de si, con el tiempo, la persona pueda regresar a trabajar, comprometerse en el desempeño de un papel y participar en relaciones significativas. Dependiendo de cuales sean las nuevas conductas que se prueban y cuales se convierten en parte integral del repertorio de comportamiento del paciente, las actividades dentro de estas cuatro tareas pueden señalar el comienzo de nuevas habilidades, asociadas con el crecimiento conductual, o de construcciones asociadas con el debilitamiento.

Capítulo 2

Aspectos epidemiológicos del Cáncer de Mama

Si bien existen enfermedades que han ido en aumento a nivel mundial, en nuestro país ocupan los primeros lugares de mortalidad por ejemplo Diabetes Mellitus (21.4%), el VIH-Sida (47%), obesidad(15.5%), cáncer cervicouterino (14.5%) y cáncer de mama (25.2%), en edades de aprox. 25-60 años, una edad en la cual las personas están en la plenitud de su vida, en el presente capítulo abordaremos uno de los cánceres más diagnosticados en los últimos años en México, por lo que es importante mencionar sus características generales.

Lozano–Kanaul (2008), menciona lo siguiente: A nivel internacional una de cada ocho mujeres tiene o va a desarrollar el cáncer de mama en el lapso de su vida, es decir, que el 12 por ciento de la población femenina actual en el mundo va a presentar esta enfermedad, cada año se reporta un millón de nuevos casos, de los cuales aproximadamente la mitad ocurren en los países desarrollados y es en éstos donde se registran la mayoría de las muertes por esta causa. En México los registros epidemiológicos muestran que el número de casos nuevos reportados de cáncer mamario va en aumento, así como la tasa de mortalidad por esta causa, actualmente ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en las mujeres mayores de 25 años y es un grave problema de salud pública en nuestro país.

Cada año son detectados en México por lo menos 16 mil casos nuevos de mujeres con cáncer de mama, el reto principal es elevar el porcentaje de las mujeres que son diagnosticadas en etapas tempranas, ya que actualmente sólo cinco de 100 son detectadas a tiempo o en fases tempranas.

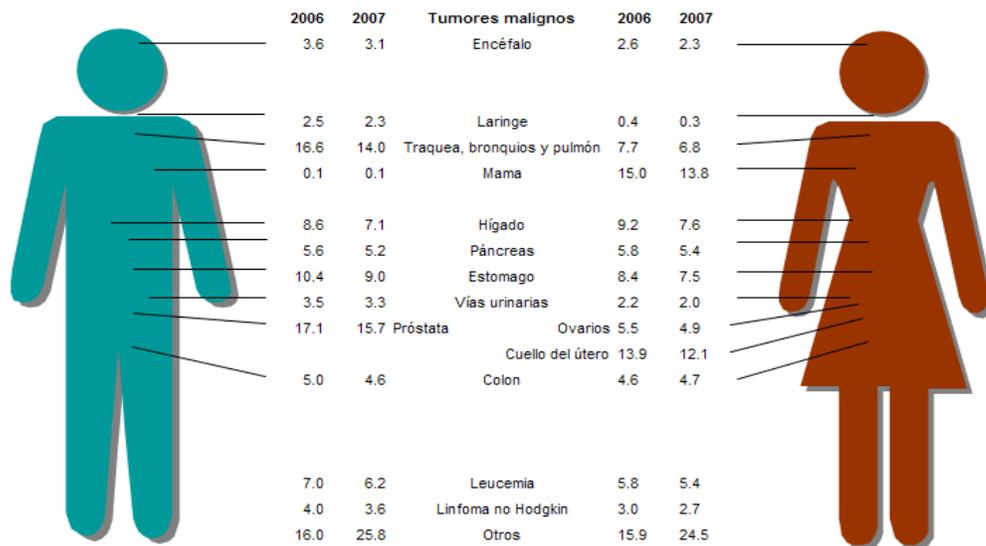
Aspectos epidemiológicos

En México, el cáncer de mama constituye a partir de 2006, la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad con más de 4000

defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por cien mil mujeres, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el año 2000.

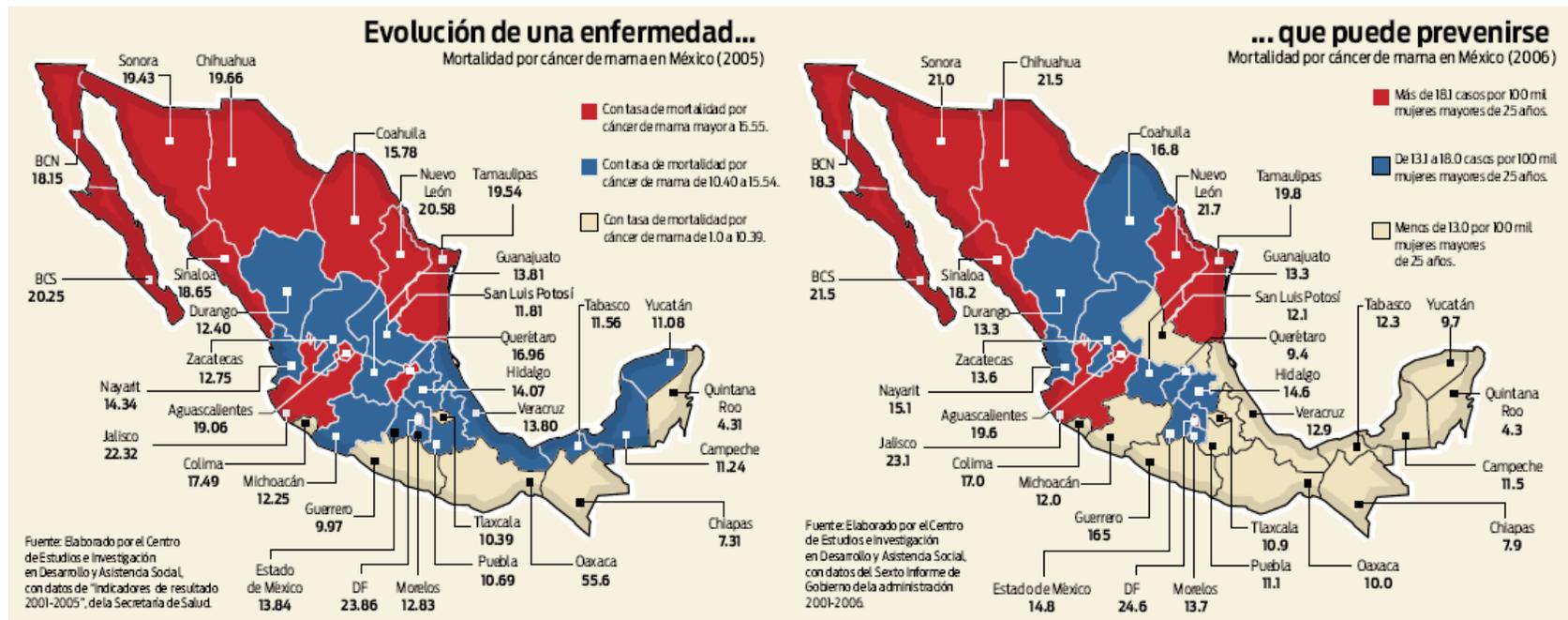
Las defunciones en números absolutos, continúan en ascenso. En seis años han aumentado 28.5%, al pasar de 3455 en el año 2000, a 4461 en 2006, lo anterior significa que en promedio fallecieron 12 mexicanas por día, es decir, una cada dos horas.

Distribución porcentual de las defunciones por tumores malignos para cada sexo 2006-2007



Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales. Defunciones 2006 y 2007. Base de datos.

Mortalidad por cancer de mama en México (2005 – 2006)



INEGI: Estadísticas Vitales. Mortalidad por Cáncer de Mama en México, (2005-2006)

El análisis de la mortalidad por cáncer de mama en 2006 muestra variaciones importantes por entidad federativa. Once estados de la República concentran 50% de las muertes por esta causa. Los estados se ubican principalmente en el norte, occidente y centro del país y se caracterizan por tener mejor nivel socioeconómico, estos son: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Guanajuato y Distrito Federal.

El análisis por municipio muestra que Guadalajara, Jal. tiene el primer lugar en defunciones, el segundo lugar lo ocupan dos delegaciones políticas del Distrito Federal, Iztapalapa y Gustavo A. Madero y el tercer lugar, Monterrey, N. L.

De las 4461 muertes que se produjeron en 2006 en todas las edades, el 68% ocurrió en mujeres mayores de 50 años, con una edad promedio al morir de 58.3 años. El mayor riesgo de morir por cáncer de mama se encuentra en mujeres que tienen arriba de los 40 años, principalmente en aquellas de 50 y más.

Para poder conocer mejor de que estamos hablando, sobre el cáncer de mama es importante conocer o más bien tener un concepto general de ¿qué es el cáncer?

2.1 ¿Qué es el cáncer?

Más del 70% de las muertes por cáncer registradas en 2005 se produjeron en países de bajos y medianos ingresos, se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones de habitantes en el 2015 y 11,4 millones de habitantes en 2030.

El cáncer de mama ha incrementado su frecuencia en los últimos treinta años, como causa de muerte ha pasado del decimoquinto al segundo lugar en general, y en las mujeres a partir de de los 35 años ocupa el 1er.

lugar convirtiéndose en un grave problema de salud pública. Cada año se diagnostican en nuestro país más de 11,000 pacientes con esta enfermedad lo que representa un incremento del 18% en los últimos años, así mismo fallecen anualmente cerca de 4,000 mujeres aproximadamente, lo que significa un aumento del 50% en la mortalidad en los últimos 10 años. El grupo de edad más afectado se encuentra en la 5ta y 6ta década de vida y solo en un 5 a 10% de los casos se diagnostican en etapas clínicas tempranas, es decir durante la primera etapa de la enfermedad. (Rodríguez, 2006)

Como principio básico es importante saber que el cáncer no es una enfermedad, sino más bien muchas enfermedades, de hecho hay más de 100 tipos de cáncer, todos empiezan en las células, ya que estas son las unidades básicas que forman los tejidos del cuerpo, para entender mejor qué es el cáncer, es necesario saber cómo las células normales se vuelven cancerosas.

El nombre del cáncer depende del órgano o tipo de célula donde empezó u originó. Por ejemplo, el cáncer que empieza en el estómago se llama cáncer de estómago. Algunos cánceres no forman tumores. Por ejemplo, la leucemia es un cáncer de la médula ósea (el tejido esponjoso dentro de los huesos).

El cuerpo está compuesto de muchos tipos de células, estas crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita, cuando las células envejecen, mueren y éstas son reemplazadas por células nuevas. Pero a veces, este proceso ordenado de división de células se descontrola, células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita, cuando esto pasa, las células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias pueden formar una masa de tejido. Esta masa de tejido es lo que se llama tumor; no todos los tumores son cancerosos, los tumores pueden ser benignos o malignos. (www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica, Publicación: 05/17/2007)

Los tipos de cáncer más frecuente en todo el mundo son por orden de mortalidad:

- En las mujeres: mama, pulmón, estómago, colon y recto, y cuello uterino.
- En los hombre: pulmón, estómago, hígado, colon y recto, esófago y próstata.

2.2 Aspectos psicológicos del cáncer de mama

Como se mostró anteriormente el cáncer de mama es uno de los más diagnosticados a nivel mundial y en México no es la excepción; la incidencia y la mortalidad aumentan con la edad; la incidencia por edad en México aumenta, la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se encuentran en edad entre los 35 y 54 años de edad aproximadamente. En países occidentales la incidencia aumenta en forma considerable después de la menopausia. Las lesiones benignas mamarias también se consideran, aunque en menor grado, como factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.

Las manifestaciones clínicas son variables desde la enfermedad que solo son detectables por medio de estudios radiográficos o de imagen, hasta la enfermedad florida (bultos notorios al tacto). (Maffs, 2003)

Se desconocen en la actualidad las causas exactas del cáncer de mama aunque se han identificado algunos factores de riesgo. La incidencia del cáncer de mama parece correlacionar con variaciones en la dieta, especialmente con la ingestión de grasas, aunque no se han establecido factores específicos en ésta que afecten directamente a la enfermedad, investigaciones recientes se están centrando en el rol del ejercicio físico sobre el cáncer de mama.

Se ha demostrado que la historia familiar tiene una profunda influencia en el cáncer de mama. El riesgo varía en función de su incidencia en la

familia, sobre todo en cuanto a la edad y número de parientes de primer grado afectados (mamá, hermana, abuela materna).

De ahí la importancia de obtener una historia familiar oncológica detallada. El riesgo es mayor en mujeres con familias en las que ha habido cáncer mamario a edades tempranas, con enfermedad bilateral o multifocal, y en mujeres en las que dos o más parientes de primer grado han padecido cáncer de mama y/o cáncer de ovario. Se estima que entre el 5 y 10% de todos los cánceres de mama que son diagnosticados, son hereditarios. (Die Trill, 2003)

El carcinoma mamario generalmente se ha descubierto por la misma mujer o por su médico y su primera manifestación suele ser una tumoración generalmente el tumor es indoloro y puede tener cierta movilidad, puede aparecer, así mismo, síntomas de inflamación tales como enrojecimiento de la piel, además de endurecimiento del tejido mamario, un buen examen clínico la mamografía y la biopsia (tomar un poco de tejido en el área de la mama afectada), son las pruebas para diagnósticas inicialmente a las que se ha de someter una mujer con una sospecha de cáncer de mama, con el fin de identificar las características de las células tumorales se emplean pruebas moleculares que indican como se comporta el tumor.

2.3 Tratamiento

Por lo regular, el tratamiento de la paciente con cáncer de mama recurre a un grupo multidisciplinario, que incluye a cirujanos oncólogos, radioncólogos, oncólogos médicos, cirujanos reconstructores, imagenólogos, psicólogos oncólogos, patólogos y grupo de apoyo. Sin embargo, el tratamiento específico de una mujer con cáncer además depende en esencia del conocimiento de los factores pronósticos y predictivos, lo que se traduce en una atención individualizada. Las principales modalidades terapéuticas del cáncer de mama son la resección, la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, las dos

primeras dirigidas al control locorregional, mientras que las últimas tienen finalidad alcanzar el control sistémico. (Maffs, 2003)

A continuación se describen cada una:

Las decisiones terapéuticas del cáncer de mama se deben formular de acuerdo con las categorías del sistema de clasificación histopatológica de los carcinomas mamarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS); condiciones generales de salud de la paciente, etapificación de la enfermedad, estado hormonal de la mujer, recursos humanos y materiales con que se cuente, considerando la voluntad y libre decisión de la paciente. Se debe contar con el consentimiento firmado de la mujer, previa información completa, veraz y basada en evidencias, de acuerdo con la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>) del expediente clínico.

Los métodos terapéuticos que en la actualidad se basan para tratar el cáncer mamario son: cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. De ellos la cirugía y la radioterapia tienen una acción local o locorregional; en la quimioterapia y la hormonoterapia su acción es sistémica.

Cirugía.

Todas las mujeres que requieran cirugía de mama u otro tratamiento deben tener una evaluación por el equipo multidisciplinario, clínica, imagenología y de anatomía patológica, discutida y documentada en reuniones pre y postoperatorias regulares.

El cirujano oncólogo debe asegurarse de que las mujeres reciban la información sobre las opciones del tratamiento y estén enteradas de que la cirugía conservadora es el tratamiento de opción para la mayoría de los cánceres pequeños detectados por tamizaje. Cuando sea apropiado,

debe ofrecerse a las pacientes una opción del tratamiento que incluye la reconstrucción inmediata o retrasada cuando la mastectomía se requirió.

Los tratamientos quirúrgicos son: conservador, radical, curativo radical paliativo y reconstructivo.

Radioterapia.

En el tratamiento de la paciente con cáncer se debe procurar el control local de la enfermedad, ya que con ello se logra un aumento de la curación por lo que la radioterapia forma parte del tratamiento multidisciplinario del cáncer mamario y sus indicaciones principales son como tratamiento complementario al quirúrgico, como tratamiento inicial y en su modalidad de paliativo.

Quimioterapia.

Esta se refiere al uso de agentes químicos no hormonales, su indicación es en los casos en que no hay respuesta a otro tratamiento, por tal motivo se debe realizar una determinación de receptores hormonales en el tumor mamario o en sus metástasis.

Hormonoterapia

El tratamiento hormonal del cáncer mamario se sustenta en la recepción clínica de los receptores hormonales en el tumor y en sus metástasis que permiten predecir la respuesta tumoral en sus fases adyuvante y paliativa. La selección de las pacientes candidatas al tratamiento hormonal, en ausencia clínica de actividad tumoral, se realiza idealmente al conocer que el tumor o sus metástasis tienen un alto contenido de receptores estrogénicos. En ellas la respuesta esperada es mayor en el 80% de los casos. Cuando se dispone del auxilio de los marcadores tumorales es posible predecir la respuesta sobre bases clínicas.

2.4 Intervención

Oiz (2005), sugiere en una Intervención psicológica en la Universidad de Pamplona ciertos aspectos psicológicos para apoyar a las pacientes con cáncer de mama y dice que:

Los aspectos generales en las pacientes masectomizadas presentan una variedad de síntomas físicos y psicológicos que deben ser atendidos con prontitud y que están determinados, en gran medida, por su edad, capacidad intelectual, educación adquirida, modo de vida, relaciones familiares y de pareja, empatía establecida con los profesionales que las atienden, etc.

Desde un acercamiento psicológico, debemos conocer esos datos y tener presente además cuáles son sus mayores preocupaciones, que generalmente están relacionadas con:

1. La distorsión de su perfil somático sexual.
2. El posible comportamiento familiar (sobre todo el relacionado con su pareja).
3. Las limitaciones en sus compromisos sociales y laborales.

Frecuentemente la aparición de reacciones emocionales negativas, que pueden ser tan solo adaptativas, no se hacen esperar tras la cirugía y deben ser vigiladas para evitar que se agudice. La aportación del psicólogo es importante a la hora de prevenir estos trastornos, detectar a tiempo su aparición y finalmente abordados cuando existan. Con este fin se recomienda actuar en el momento del diagnóstico y si ello no fuera posible, inmediatamente tras la cirugía, incluso antes de que la propia paciente haya tomado contacto con su nueva situación.

El objetivo de la terapia psicológica no es la estigmatización, sino que constituya parte del tratamiento integral del paciente oncológico. Sirve para beneficiar a quienes tienen dificultad para afrontar el estrés derivado del cáncer como quienes presentan alguna alteración psicopatológica a excepción de los pacientes psicóticos. (Olivares, 2004)

El cáncer de mama puede modificar la estructura de la vida diaria en el caso en los que las secuelas de la enfermedad, por ejemplo el linfedema (acumulación de líquido en el brazo de lado de la lesión postquirúrgica), limiten las actividades físicas de la mujer, por ejemplo realización de determinadas tareas (el quehacer de la casa, manejar un auto, ir de compras, etc.). Los efectos secundarios adicionales producidos por el tratamiento médico, tales como la alopecia (caída del cabello), náuseas y vómitos y el cansancio afectan adversamente a la calidad de vida de la enferma, aislándola de sus seres queridos y de sus actividades sociales usuales. Emocionalmente, el cáncer de mama, como otros tipos de cáncer, produce reacciones de ansiedad, tristeza y depresión, temor, ira y preocupaciones acerca de la posibilidad de recidiva y de muerte, entre otras. Al impacto psicológico se pierde una mama o parte de ella hay que añadir el efecto devastador que tiene padecer una enfermedad que potencialmente amenaza la vida de una mujer.

Los efectos de cáncer de mama sobre la autoestima pueden ser igualmente devastadores, especialmente en aquellas mujeres que basan su autoconcepto en sus atributos físicos y que se consideran más mujeres, más bellas y atractivas, y en general, mejores personas si están intactas, igualmente impactante puede ser el resultado del cáncer mamario en las relaciones de pareja y sexualidad.

Aunque la adaptación emocional al cáncer de mama y sus tratamientos depende en gran parte de muchas variables individuales específicas a cada mujer, varía en función de diversos factores psicológicos y médicos, ya que las necesidades emocionales de la mujer varían durante el curso del cáncer y por tanto, se tendrán que monitorizar cuidadosamente en cada una de las etapas del proceso oncológico; serán diferentes las necesidades psicológicas de una mujer recién diagnosticada, que es el tema central de este trabajo, y más adelante se explicará, a la de una superviviente o las de una con una enfermedad recidiva (que regreso al mismo sitio o que no hay una disminución de la misma), mientras que el duelo por la pérdida de una mama y la amenaza de muertes son universales, la intensidad con la aparecen otras secuelas psicológicas es

variable.

Oíz (2005), desde un acercamiento psicológico, se deben de conocer datos y tener presente las mayores preocupaciones que generalmente están relacionadas con:

- 1.- La distorsión de su perfil somático sexual.
- 2.- El posible comportamiento familiar (sobre todo el relacionado con su pareja).
- 3.- Las limitaciones en sus compromisos sociales y laborales.

Frecuentemente la aparición de reacciones emocionales negativas. La aportación del psicólogo es importante a la hora de prevenir estos trastornos, detectar a tiempo su aparición y finalmente abordarlos cuando existan. Con este fin se recomienda actuar en el momento del diagnóstico. La intervención debe ir dirigida a conocer las características individuales de la paciente, dotarle de las herramientas adecuadas para hacerle frente a su problema y facilitar la superación del proceso de la manera más eficaz, con el menor costo posible.

Los objetivos se concretan en:

- a) Obtener una imagen satisfactoria de sí misma, teniendo en cuenta el alto valor simbólico de feminidad y belleza que las mamas tiene en la mujer, que se mantiene a lo largo de su vida.
- b) Garantizar el funcionamiento de las relaciones de pareja sobre todo las relaciones sexuales.
- c) Lograr una afrontamiento lo más positivo posible de la parte de los tratamientos (cirugías, quimioterapias y radioterapias).
- d) Fortalecer las relaciones familiares y de amigos.
- e) Restablecer la situación socio-profesional que disfrutaba previamente al evento ocurrido.

Para alcanzar estos objetivos se debe proceder interviniendo sobre los diferentes aspectos de los cuales depende de su consecución. Por ejemplo:

- a) Abordar las respuestas emocionales negativas de ansiedad o depresión que pueden contribuir al rechazo de su propio cuerpo e influir en su relación sexual y de pareja.
- b) Indagar sobre estilos de afrontamiento, previamente desarrollados, bien centrados en el problema y en las emociones.
- c) Examinar los estilos de atribución de control que les caracterizan: atribución de control interno o atribución de control externo.
- d) Trabajar a nivel de autoestima que influye en el concepto de la propia imagen.
- e) Fomentar habilidades de comunicación que garanticen una relación adecuada en el contexto familiar e igualmente en su entorno mas próximo (personal hospitalario, amigos, etc).
- f) Atender y orientar a los familiares mas próximos si fuera necesario.

El apoyo emocional y social, es decir la disponibilidad afectiva y la capacidad de comunicación con las personas influirá en la capacidad para afrontar la enfermedad y tratamientos altamente agresivos.

Rebolledo (2005), difícilmente se puede predecir la manera en que las personas reaccionarán frente al cáncer, sin embargo existen ciertos factores que pueden influir en la adaptación en la enfermedad:

- **Factores derivados del cáncer:** tipos de cáncer, su estadio y pronóstico.
- **Factores derivados del paciente:** el diagnóstico, el tratamiento y la recidiva.
- **Factores derivados de la sociedad:** incluyen las opiniones de la sociedad general sobre el cáncer (estigma: cáncer = muerte)

REACCIONES PSICOLÓGICAS ESPERABLES

FASE I. La respuesta inicial: Incredulidad, el rechazo y el impacto que la noticia es verdad, tal vez muchos pacientes no comprendan o recuerden esta.

FASE II. La disforia: Síntomas en forma de depresión, ansiedad, insomnio, anorexia, concentración deficiente e incapacidad para funcionar en sus actividades cotidianas. Pensamientos molestos sobre la enfermedad y la muerte se presentan con alta frecuencia y parecen ser incontrolables.

FASE III. Adaptación a mayor plazo: Utilización de diferentes estrategias y estilos para la adaptación establecidas a plazos más prolongados de adaptación a muchos eventos anteriores de la vida.

2.5 Evolución del Impacto Emocional

La evolución inicial del paciente comienza por la lectura de la información demográfica y médica de que se dispone. Con respecto al impacto emocional, lo que interesa saber principalmente es la localización del tumor y de las posibles metástasis (si es visible, si afecta órganos vitales o sexuales, si afecta la imagen corporal, etc.) la fecha del diagnóstico, la información que ha recibido la enferma y la que ha recibido la familia, el pronóstico según las estadísticas médicas, y el índice de Karnofsky, que da una idea del grado de autonomía que tiene el enfermo y la severidad de la enfermedad. También es importante saber la edad y el genograma familiar, especialmente para identificar al cuidador principal, el soporte social, la presencia de hijos pequeños o de otras personas dependientes en la familia, el nivel educación, etc. (Die Trill, 2003)

Algunos indicadores de vulnerabilidad psicológica

- Rol familiar de alta responsabilidad.
- Presencia de hijos pequeños.
- Problemas familiares que afectan al paciente.
- Conspiración de silencio/sobreprotección.
- Duelos recientes y/o procesados con dificultad.
- Trastornos psicopatológicos premórbidos.
- Alteración de la auto imagen.
- Pérdida de autonomía.
- Indicadores visibles de deterioro.
- Dificultad en el control de síntomas físicos.
- Dificultad en la comunicación por patología física.

Síntomas de impacto emocional

- Nerviosismo
- Tristeza
- Llanto
- Euforia
- Enfado
- Autocompasión
- Culpabilidad
- Desesperanza
- Aburrimiento
- Cansancio emocional
- Problemas para dormir
- Sueños desagradables
- Miedo a la agonía
- Miedo a la muerte
- Deseos de morir
- Ideación suicida
- Sensación de pérdida de control
- Sensación para pensar
- Desinterés por las cosas
- Atención centrada en la enfermedad/síntomas
- Quejas y demandas desmesuradas
- Mutismo obstinado
- Valoraciones negativas actuales
- Valoraciones negativas de la vida
- Crisis de creencias

2.6 Psicoterapia breve en la enfermedad física o cirugía

Bellak (1993), menciona que un paciente que se encuentra en estado de pánico cuando se le informa de la posibilidad de un tumor maligno o cuando se le habla de la necesidad de un procedimiento quirúrgico. La intervención psicoterapéutica breve puede ser necesaria en forma preoperatorio o postoperatoria o en el momento en que la enfermedad física o secuela de la cirugía se han convertido en un trastorno crónico, psiquiátricamente incapacitante.

Principios generales: se puede responder al impacto de las experiencias atemorizantes con negación seguida de una depresión, o se puede responder mediante una ansiedad o depresión reactiva inmediata. Por otra parte se puede no responder a la amenaza con ninguna reacción emocional manifiesta sin traducida en forma psicósomática o psiquiátrica crónica, o conducir a una mejora completa o a falta de comunidad con las instrucciones médicas. En el caso de cirugía inminente, el terapeuta debe explorar los temores generales específicos del paciente acerca de la cirugía.

La cirugía implica tanto un trauma psicológico como físico. Este tipo de situación crítica, con frecuencia se llama al terapeuta para que actúe como vínculo entre el paciente, su familia, el cirujano y el personal del hospital que participa con ellos. Puede fungir como foco para el desplazamiento de las ansiedades de todos los involucrados y puede ayudar a abrir vías de comunicación que de otra manera permanecerían cerradas. Aunque el terapeuta se debe involucrar con todos los aspectos de la situación de crisis, su énfasis principal estará en el paciente y la familia de éste.

El terapeuta no puede reemplazar al médico principal ante los ojos del paciente, sin embargo, un conocimiento suficiente acerca de procedimientos quirúrgicos provee una base para la comunicación. Con frecuencia, el paciente es reacio a discutir ciertos aspectos de la cirugía con su médico, inclusive cualquier ambivalencia que pueda tener, debido

al hecho de que su vida depende del cirujano. El terapeuta puede ayudar a ilustrar al paciente acerca de ciertas áreas que, de otra forma, no estaría dispuesto a discutir.

Las expectativas del paciente acerca de la cirugía y de sus efectos secundarios representan claves valiosas para el terapeuta. Éste debe desarrollar una fuerte relación preoperatorio con el paciente. Este se encontrará mejor preparado médicamente para enfrentar la cirugía, si de antemano se le ha preparado psicológicamente.

2.6.1 Díez factores específicos en el manejo terapéutico en la enfermedad físico o cirugía.

1.- Explorar el concepto del paciente acerca de la enfermedad o cirugía inminente. Debe identificarse el significado específico de la enfermedad o cirugía para el paciente, y lograr un insight en forma terapéutica. En cada caso, se necesita analizar la enfermedad tanto con respecto al significado real como al simbólico.

2.- Explorar el significado personal y el papel de la enfermedad (ganancias secundarias, etc.). Forma una investigación de las ansiedades del paciente debe incluir un examen del significado superficial que la enfermedad posee para el paciente, junto con los factores que se derivan de conceptos previos que sean reprimido profundamente y encuentran una representación contemporánea en la cubierta psíquica. La pasividad obligatoria, en especial de una naturaleza prolongada, puede plantear una espantosa amenaza para un paciente y, para otro representar una gratificación infantil de la cual obtiene el mayor provecho.

3.- Educar al paciente. La estructura de la noción inconsciente, preconsciente o aun consciente del paciente acerca de su lesión o enfermedad, debe establecerse a través de la historia, con frecuencia mediante la ayuda de técnicas proyectivas. Si el médico tratante no cumple el papel de "educador", se vuelve tarea del psicoterapeuta instruir al paciente y obtener esta variedad de alianza terapéutica.

4.- Establecer contacto con el médico o cirujano tratante. Si los cirujanos se encuentran especialmente preocupados acerca del estado mental del paciente o si han tenido experiencia propia con la psicoterapia, pueden tener un punto de vista relativamente conocedor acerca de las visitas del terapeuta. Si los médicos perciben al psicoterapeuta como un "auxiliar", su papel se puede facilitar. El terapeuta tendrá que familiarizarse con las particularidades de estados médicos o quirúrgicos especiales.

5.- Explorar el significado de la anestesia. El terapeuta debe estar familiarizado con los procedimientos preoperatorios, inclusive los de sedación, y con los tipos de anestesia disponibles. Terapeuta y pacientes deben requerir al cirujano que se comprometa en cuanto a los procedimientos y anestésicos a utilizar, con lo permite que terapeuta y paciente anticipen ansiedades particulares.

6.- Conceptos y temores específicos acerca de la muerte. La muerte tiene diferentes significados para las personas. El proceso de morir se puede temer como una forma de tortura o, principalmente, por el miedo a la pérdida de control. En cada paciente que se preocupa por este temor particular hacia la muerte y morir, es esencial explorar el significado específico del temor.

7.- Tipos específicos de enfermedad y cirugía. El terapeuta debe explorar las fantasías del paciente acerca de que procedimientos se realizaran, las amputaciones se encuentra al principio de la lista de procedimientos que precipitan las psicosis, lo mismo que la diálisis y la diabetes.

8.- Órganos con significado sexual. La enfermedad o cirugía que involucra los órganos sexuales tiene un significado particular debido al especial papel libidinal, moral y social, que representa la sexualidad. Tipos específicos de cirugía de los órganos sexuales estimulan reacciones bastante comunes. Las operaciones de los senos, por otra parte, con frecuencia se perciben como una amenaza a la feminidad de la

paciente. Se necesitan discutir con ellas las preocupaciones legítimas acerca de aspectos estéticos, lo mismo que las complicaciones posibles de la operación.

9.- Tumores malignos. La intervención profesional sigue dos procedimientos: el primero le permite al paciente responder y adaptarse a su estado a su propia manera, con ayuda del terapeuta, quien se esfuerza sólo en aumentar la respuesta adaptativa. El segundo procedimiento se aplica a los casos en que el paciente no puede lidiar con la crisis de la enfermedad terminal y presente que tome el mando, aunque siempre debe poder sentir la presencia de apoyo del terapeuta. El terapeuta debe discutir con el paciente los avances médicos sin aumentar en forma inapropiada sus esperanzas de supervivencia. Puede ayudar a educar al paciente acerca de la naturaleza de su enfermedad y anticipar sus preguntas para ayudarlo a aliviar su ansiedad o a discutir las prioridades de tratamiento. El significado subjetivo específico de la malignidad se debe identificar. Para algunos pacientes con cáncer, los rasgos orales agresivos de su personalidad pueden encontrar una exageración en la enfermedad, de manera que perciben al cáncer como un fenómeno devorador, taladrante y destructivo. Para otros el cáncer puede percibir como un introyecto brutal, sádico y atacante. En forma similar, se tiene que manejar el significado específico de la muerte. Todo lo que se ha dicho antes acerca de los temores a la muerte y morir, se tienen que tener presentes en este caso. El problema de la negación no sólo es de especial interés con respecto al paciente y sus familiares, sino también en cuanto al oncólogo, cirujano y el terapeuta mismo. Los problemas de contratransferencia hacia el paciente moribundo son tremendos y emocionalmente agotadores. Requiere de un cuidadoso autoanálisis en cada caso para funcionar de manera óptima y sólo con el grado irreductible de dolor y ansiedad.

10.- Cardiopatía. El terapeuta debe anticipar los sentimientos de depresión del paciente que siguen a la alta del hospital y estar preparado para tomar un papel de apoyo en el tratamiento de seguimiento. El

paciente que se le informa que puede sentirse débil y cansado con facilidad después de un ataque cardíaco, estará en una mejor disposición para lidiar con estos síntomas, si se desarrollan después de un regreso al hogar y familia. El terapeuta debe alentar al paciente a seguir el programa de ejercicios que el médico le prescribió o asegurarse de que esto suceda. Muchos pacientes cardíacos se muestran reacios a hacerse exigencias físicas, pero el terapeuta puede ayudarles a sobreponer sus miedos al señalarles que la actividad adecuada, de hecho, fortalece al corazón. Así el terapeuta le puede ayudar al paciente a evitar convertirse en un inválido crónico debido al temor excesivo y a la pasividad.

Capítulo 3

Primeros auxilios psicológicos de 1er. orden y la técnica de Solución de Problemas durante el diagnóstico en pacientes con cáncer de mama.

En el momento del diagnóstico la paciente puede presentar una serie de emociones que ya se mencionaron en el cap. 2, sin embargo es importante mencionar que los primeros auxilios psicológicos, que a continuación se describen, pueden ser de mucha ayuda durante esta fase, posteriormente se describe la técnica de Solución de Problemas, que como se vio en el cap. 1, es la piedra angular de la intervención en crisis de 1er. Orden y que es una herramienta de apoyo para la entrevista y la contención.

García Ramos en su artículo de Primeros Auxilios Psicológicos (2001) menciona lo siguiente:

3.1 ¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos?

Es la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.

¿Cómo surge la técnica de los Primeros Auxilios Psicológicos?

Se construye a partir de un proceso teórico-técnico de trabajo multidisciplinario, el cual, incorpora las siguientes experiencias metodológicas:

- Las teorías de Lindemann y Caplan
- Conceptos ampliados, desarrollados y modificados por Rapaport, Parad, Kaplan, Jacobson, Strickler y Sifineos.
- El modelo de intervención en crisis planteado por Slaikeu.

3.2 ¿Cuáles son los Objetivos de la Atención?

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (*Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual*).
- Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.
- Iniciar nuevas formas de *Percibir, Pensar y Sentir* lo hasta ahora sucedido.
- Desarrollar habilidades de *afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos*.
- Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

3.3 Intervención de Primer y Segundo Momento

Procesos básicos durante la 1ra. y 2da. Intervención en crisis

1a. Intervención en crisis Primeros Auxilios Psicológicos	2da. Intervención en crisis Terapia Psicológica Breve
¿Por cuánto tiempo? De minutos a horas	¿Por cuánto tiempo? De semanas a meses
¿Por parte de quién? Padres de familia, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros, estudiantes líderes, supervisores, etc.	¿Por parte de quién? Psicoterapeutas y Orientadores: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería psiquiátrica, orientadores vocacionales, etc.
¿Dónde? Ambiente informal: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, lugar de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	¿Dónde? Ambientes formal: clínicas, centros de salud mental, centros de día, consultorios, oficina escolar, etc.
¿Cuáles son las metas? Restablecer el equilibrio, dar apoyo de contención; reducir la mortalidad, rescate de eventualidades de riesgo y enlazar con recursos profesionales de ayuda.	¿Cuáles son las metas? Resolver la crisis, reelaborar y recolocar el incidente de crisis; ordenar el incidente de vida, establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro.

Fuente: García Ramos (2001)

1.4 ¿Cuál es el procedimiento?

La meta de los Primeros Auxilios Psicológicos es restablecer la homeostasis emocional. El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

¿Qué **SI** hacer? y ¿qué **NO** hacer? en los Primeros Auxilios Psicológicos:

1. Contactar

SI Escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos

SI Comunicar aceptación

NO Contar tu "propia historia"

NO Ignorar sentimientos o hechos

NO Juzgar, regañar o tomar partido

2. Dimensionar el problema

SI Plantear preguntas abiertas

SI Llevar a la persona a una mayor claridad

SI Evaluar la mortalidad

NO Depender de preguntas de si/no

NO Permitir abstracciones continuas

NO Soslayar las señales de "peligro"

NO Dar la razón del "problema"

3. Posibles soluciones

SI Alentar la lluvia de ideas

SI Trabajar de manera directa por bloques

SI Establecer prioridades

NO Permitir la visión de pasar por un túnel

NO Dejar obstáculos sin examinar

NO Permitir una mezcla de necesidades

4. Acción concreta

SI Dar un paso cada vez

SI Establecer metas específicas de corto plazo

SI Confrontar cuando sea necesario

SI Ser directivo, sólo si debes serlo

NO Intentar resolverlo todo ahora

NO Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo

NO Ser tímido o prometer cosas

NO Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario

5. Seguimiento

SI Hacer un convenio para recontactar

SI Acordar un segundo encuentro

SI Evaluar los pasos de acción

NO Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la sesión

NO acción de plan por sí mismo

NO Dejar la evaluación a alguien más

Recomendaciones básicas para la atención de personas en estado de crisis por pérdida o potencialmente autodestructiva.

Enfóquese en el problema. Cuando se está desorganizado, el dolor y enojo predominan, por lo que su discurso es incoherente y distorsionado. Es necesario mantenerse en la catarsis emocional de lo que implica el problema.

Valore las áreas más afectadas. El proceso de crisis comprende las manifestaciones en la estructura CASIC

Identifique la pérdida. Los estados de dolor psíquico se relacionan, con mucha frecuencia, con una pérdida importante, entonces, se debe entender cual fue la pérdida y qué significado tiene para la persona; establecer lo que es bueno y malo (conveniente o inconveniente) de la situación.

No confrontar o interpretar. No rechazar nada de lo que la persona diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza importante, y el haber explorado todas sus opciones. Posteriormente, no de explicaciones complejas ni obligue a la persona a modificar su estado emocional. Eso lo hará sentirse culpable y desesperado.

Motivarlo para que sea más propositivo. Si el pensamiento de la persona es muy negativo o distorsionado, es necesario motivarle a la acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros.

Sujétese al deseo de vida. En toda persona, aún con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es necesario enfocarse en esa parte. Cuando exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que decirle, que imagine que la detendría a cometer dicho acto. Intente crear un deseo inmediato de vida. Plantear alguna actividad para más tarde y para un día siguiente.

No entre en debate, no discuta. No contestar preguntas tales como: *"Deme usted una razón para vivir"*, evitar comentarios idealistas.

Sugiera opciones posibles. Ayude al individuo a encontrar metas y objetivos realistas. Provea cierto sentido de logro control sobre la situación y de como va a reaccionar ante dicha situación.

No dé consejos directos. Nunca se dan consejos directos ni se arma sólo el rompecabezas. Guíe a la persona, busque posibilidades y dé opciones para su elección.

Sea paciente. Establezca confianza y movilice sus recursos. Tenga conocimiento de los lugares o profesionales a los que pueda referir a las personas.

HAGA LAS 4 PREGUNTAS CLAVE:

¿Cuales son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?

¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?

¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?

¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

- **Deje que el sujeto establezca el ritmo.** No apresurar a la persona.
- **Hable de varios tópicos.** En orden siempre en relación al problema.
- **No prometa lo que no es posible.** Ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza.
- **Use siempre un sentido de esperanza.** Ejemplo "Que otras cosa hay para Ud." o "Que otras posibilidades tiene."
- **Mantenga la conversación.** Enfocada en el o ella, evite las preguntas personales.
- **Al final pida los datos.** Al inicio la persona puede no haber querido proporcionarlos y probablemente al final coopere y pueda darlos.
- **Establezca un compromiso de búsqueda de ayuda.** Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada.

LOS CUATRO INDICADORES PARA RESOLVER CRISIS

Tareas

- Supervivencia física
- Expresión de sentimientos
- Dominio cognoscitivo
- Adaptaciones conductuales/Interpersonales

Actividad de la persona en crisis

- Preservar la vida (impedir el suicidio u homicidio).
- Mantener la salud.
- Hacer uso de medicamentos.
- Otorgar los Primeros Auxilios Psicológicos.

- Señalar tareas acerca de la nutrición, el ejercicio y la relajación.
- Orientar sobre los cuidados físicos.
- Expresar y reconocer los sentimientos relacionados con la crisis, de manera socialmente apropiada.
- Explorar sobre el incidente de crisis, con atención particular sobre como se siente la persona acerca de distintos momentos de crisis.
- Instruir a la persona acerca del papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico global, y alentar modos apropiados de expresión.
- Elaborar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis.
- Comprender la relación entre el incidente de crisis y las creencias de la persona, sus expectativas, asuntos inconclusos, ideas, sueños y metas para lo inmediato
- Adaptar/cambiar creencias, autoimagen y planes.
- Reflexionar sobre el incidente de crisis y las circunstancias.
- Analizar los pensamientos previos a la crisis y las expectativas, planes y el impacto del incidente en cada una de estas áreas.
- Asistir a la persona en la adaptación de creencias, expectativas y al hablar de si mismo.
- Confrontar el suceso de crisis con las potencialidades y limitaciones de la persona.
- Procurar fortalecer o cambiar los patrones cotidianos de desempeño de un rol y las relaciones con las personas a la luz del (los) incidente(s) de crisis.
- Reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales.
- Utilizar sesiones de terapia, asignaciones de tareas para la casa y cooperación de la red social para facilitar el cambio en cada área.
- Instruir sobre el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y emocionales.

Factores de protección

- Capacidad del individuo para afrontar su propia existencia. Supone simplemente asumir la realidad vital y encararla con todas sus consecuencias.
- Conciencia de llevar el "timón de vida" de su propia realidad y no de los acontecimientos.
- La reflexión constante de deseos y anhelos que lleven por el rumbo hacia un destino apetecido.
- Saber por sí mismo que es lo correcto y lo incorrecto en cada circunstancia.
- Procurar establecer, concretar y controlar lo que se tiene que hacer y lo que se tiene que pensar.
- Autonomía de ideas.
- Capacidad para la vida afectiva y para el goce.
- Construcción adecuada de la identidad personal.
- Aptitudes y habilidades laborales y lúdicas.

Factores de riesgo

- Limitación en el ejercicio de la libertad interna necesaria.
- Priorizar necesidades innecesarias sobre las necesidades básicas.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Autoestima dañada.
- Construcción distorsionada de ideas.
- Comunicación asertiva deficiente.

3.5 Técnica de Solución de Problemas

Solución de Problemas

La técnica de Solución de Problemas va encaminada a producir una conducta afectiva en términos de las respuestas que da un individuo ante situaciones problemáticas en ambientes sociales, académicos, laborales y otros en los que una conducta efectiva se considere importante.

D'Zurilla y Goldfried (1973) definen la conducta efectiva como "una respuesta, o patrón de respuestas, que alteran la situación de tal manera que ésta deja de ser problemática, y al mismo tiempo, produce un máximo de consecuencias positivas y un mínimo de negativas".
Manrique, (copilación, 2007)

Por lo tanto el objetivo es identificar la alternativa más efectiva. La técnica consiste en cinco pasos:

1.- Orientación general: en esta se desarrolla en el sujeto una actitud que implica:

- Reconocer y acepta la existencia de situaciones problemáticas.
- Inhibir cualquier tendencia a actuar impulsivamente o bien quedarse "sin hacer nada".
- Identificar los eventos externos que generan las dificultades.
- Mostrarle que tiene la habilidad para resolver las situaciones problemáticas.
- Finalmente se describen y discuten la naturaleza y objetivos del entrenamiento en solución de problemas.

2.- Definición del problema y formulación: Se define el problema en términos claros y específicos. Estudiando la situación, buscando los elementos más relevantes y describiendo los hechos en términos claros y concretos, se busca que el sujeto vea como algunos aspectos importantes considerados hasta entonces como irrelevantes. Posteriormente se formulan los objetivos meta para la solución de problemas.

3.- Generación de alternativas: En esta fase se intenta a través de un proceso creativo y/o de recuerdo de desarrollar posibles soluciones. Se pueden recordar antiguas soluciones en situaciones similares, también pueden combinar elementos de diferentes respuestas para aplicarlas a

situaciones nuevas. Se le solicita al sujeto que dé respuestas asociativas con respecto a la situación específica, lo importante es impedir bloqueos que inhiban el proceso asociativo, lo cual se logra no juzgando las posibles alternativas, por ello se utiliza frecuentemente la técnica de "lluvia de ideas". El principio básico es que la cantidad puede mejorar la calidad, esto es, mientras más alternativas genere el sujeto, es mayor la probabilidad de llegar a la mejor solución posible.

4.- Toma de decisión: Es la fase más difícil ya que se basa en las expectativas del sujeto acerca de las posibles consecuencias de las diversas alternativas generadas. Se le solicita al sujeto que anticipe, en la medida de sus posibilidades, las posibles consecuencias de cada alternativa, y considere el valor y la probabilidad de ocurrencia de dichas consecuencias y, con base en ello, que seleccione aquella alternativa que parezca tener las mayores posibilidades de resolver satisfactoriamente el problema y que, a su vez maximiza las consecuencias positivas y se minimicen las negativas.

5.- Evaluación: Analizar la situación de los cursos de acción que han sido generados y las decisiones que han sido hechas sobre la base de las predicciones acerca de la utilidad de cada opción disponible se da después de haber elegido el curso de acción y de haberlo llevado a cabo, es diseñado para evaluar los resultados actuales, y para posibles correcciones.

Para lograr lo anterior el sujeto requiere de habilidades:

- Para especificar la naturaleza exacta de los resultados
- Para especificar que un resultado es mejor, igualo peor que otro
- Para especificar todos los resultados y
- Para asignarle probabilidades bien definidas a los posibles resultados.

3.6 Categorías de posibles consecuencias

Se le pide al sujeto que se haga a sí mismo la pregunta:

Si tomara esta alternativa, ¿Cuáles serían las cosas que probablemente pasarían como resultado de mi decisión? Se le indica que considere las consecuencias en cinco categorías: personal, social, a corto plazo y largo plazo.

1. Personales: el sujeto tendrá que valorar cada alternativa en términos de las necesidades personales que le satisfacen, las metas personales, a la que dicha alternativa podría dar apoyo y los efectos que podría tener en sus sentimientos y emociones.
2. Sociales: Considerar los efectos que cada alternativa tendría sobre personas significativas y sobre las reacciones de otros hacia él.
3. Corto plazo: Los efectos personales y sociales inmediatos.
4. Largo plazo: Consecuencias personales y sociales a futuro como resultado de los efectos inmediatos a cada alternativa.
5. Por último y suponiendo que el sujeto realizó la alternativa de solución que se seleccionó, se le pide que verifique su alternativa observando cuáles fueron las diversas consecuencias de su acción y comparando este resultado con el esperado con base en el cual se tomó la decisión.

Cabe señalar que la meta de la estrategia de solución de problemas, no es señalar respuesta específicas en situaciones específicas, sino mostrar una estrategia general para la técnica de solución de problemas aplicable a cualquier problema, ya sea personal o de interacción social.

Los objetivos que persiguen los modelos de resolución de problemas:

Finalidad terapéutica. Tratamiento de problemas psicológicos que son resultado del déficit en habilidades para resolver conflictos personales.

Finalidad preventiva. Entrenamiento en resolución de problemas para mejorar las habilidades para hacer frente a potenciales situaciones cotidianas problemáticas (Morgan y King, 1978)

Miramontes (2004), describe la resolución de problemas como una estrategia mediante la cual el cliente aprende a trabajar sistemáticamente a través de una muestra de pasos para analizar un problema, descubrir nuevos enfoques, evaluar dichos enfoques y elaborar estrategias para aplicar tales enfoques el mundo real.

3.7 Descripción de la técnica de Solución de Problemas

La técnica de Solución de Problemas: consiste en la creación de nuevas ideas para cualquier situación en la que se trate de alcanzar alguna meta y se debe encontrar algún método para hacerlo en la que exista alguna desviación entre lo que "debería ser" según el sujeto y lo en realidad existe, la meta de la solución de problemas y de la modificación de conducta es la misma, es decir, producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas. Para ellos, la solución de problemas es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz. Se ha analizado específicamente la fundamentación teórica de la terapia de solución de problemas. La suposición fundamental de la que parte la terapia de solución de problemas es que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad.

Ello implica que aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social. Aquellos que carecen de dicha competencia para solucionar problemas pueden también ser entrenados para solucionar tanto problemas cotidianos como, más importante, problemas clínicos o comportamentales.

La solución de problemas cognitivos interpersonales de Spivack y Shure (1974), en Slaikeu (2003), parte del hecho de que existe un conjunto de habilidades de solución de problemas interpersonales de tipo cognitivo que media el ajuste social. Estas habilidades cognitivas interpersonales de solución de problemas son el pensamiento de soluciones alternativas y el pensamiento consecuencial en niños pequeños. Otras habilidades

que surgen en la adultez son las de sensibilidad cognitiva de la existencia de un problema como interpersonal, toma de perspectiva interpersonal y pensamiento causal social.

Miramontes (2004), indica que existe diferencias significativas entre los buenos y los malos solucionadores de problemas.

Describe las características de los menos eficaces:

- Presentan expectativas más pobres en relación con el control de su ambiente.
- Tienen a escoger rápidamente una solución, incluso cuando les falta información.
- Experimentan mayores dificultades para recoger información relevante.
- Suelen ser menos habilidosos en la delimitación y concreción de problemas.

Hay dos razones principales por la que los individuos pueden ser "solucionadores" poco eficaces. En primer lugar, la persona puede no haber aprendido simplemente las habilidades necesarias. En segundo lugar, el individuo puede haber adquirido las habilidades, pero no es capaz de manifestar eficazmente la solución de problemas en una situación determinada debido a emociones negativas (ansiedad o depresión) que inhiben la ejecución de algunas o de todas las operaciones de solución de problemas. Partiendo de la idea de que los trastornos psicológicos, en gran parte, son debidos a déficit en las habilidades de los sujetos para solucionar los problemas, el entrenamiento en dichas habilidades ha sido empleado en el tratamiento de múltiples disfunciones psicológicas.

Dada la información recopilada, se enlistan a autores que han distinguido algunas fases dentro de la solución de problemas

Meichenbaum

De manera general indica que la solución de problemas se da de la siguiente forma:

- 1.- Definir el estresor o las relaciones de estrés como un problema que se ha de resolver.
- 2.- Establecer unos objetivos realistas lo más concretamente posibles.
- 3.- Generar una amplia gama de posibles cursos de acción alternativos.
- 4.- Imaginar y considerar como podrían responder otros sujetos si se les pidiera que trataran un problema similar que genera estrés.
- 5.- Evaluar los pros y los contras de cada alternativa y ordenar las soluciones desde las menos a las más prácticas deseables.
- 6.- Ensayar estrategias y conductas mediante imágenes, ensayos conductuales y práctica graduada.
- 7.- Poner en práctica la solución más aceptable y viable.
- 8.- Esperar algunos fracasos, pero autorreforzarse por haberlo intentado.
- 9.- Reconsiderar el problema original a la luz del resultado de intento de solución.

Rodríguez

Existen varias estrategias para la solución de problemas autores como Bransford y Stein (1984), mencionan un modelo representado por las siglas IDEAL en la que cada letra denota un aspecto de la acción de pensar que tiene importancia en la resolución de problemas. (Rodríguez, 2002)

- Identificación del problema, se refiere a la posibilidad de mejorar diversas situaciones.
- Definición y representación del problema con toda la precisión y cuidado que sea posible.

- Exploración de posibles estrategias, vías o métodos de resolución del problema, lo que requiere analizar cómo se está reaccionando en ese momento ante el problema.
- Actuación fundada en una estrategia o un plan.
- Logros, observación y evaluación de los efectos de las actividades.

Menciona que para el manejo de conflictos, como primer paso está el diagnosticar el problema tras formularse una serie de preguntas para definir cómo está uno viviendo la situación. Posteriormente hay que reconocer la forma en que las propias actitudes contribuyen a crear o continúan el problema y aclarar los propios valores al respecto. Después hay que encontrar y ubicar todas las alternativas de acción y por último hay que decidir la alternativa más adecuada y una estrategia para implantarla.

Se puede concluir que las fases son:

- Ver cuál es el problema.
- Analizar alternativas posibles.
- Llegar a una conclusión.
- Moverse hacia la acción.

Miramontes

Considera que las etapas en el aprendizaje de la resolución de problemas serían; la definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación. (Miramontes, 2004)

La definición y formulación del problema se refiere a la magnitud con la cual una persona puede usar sus sentimientos como señales, recabar información factual, separar esa información factual de las suposiciones y

desarrollar metas. Es decir, su objetivo consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una revaloración de la situación en términos de su significación para el bienestar el cambio. La valoración inicial del problema implica la respuesta de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en la experiencia con problemas similares. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorar el problema de modo más preciso.

La generación de alternativas hacer referencia a la habilidad para reprimir los juicios y pensar en soluciones creativas. En otras palabras, este componente tiene por objetivo hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución "mejor" (la preferida) se encuentre entre ellas.

La toma de decisiones concierne a la habilidad para estimar la probabilidad de que una solución alcance realmente las metas deseadas, evalúe la propia habilidad para llevar a cabo con éxito o para instrumentar una solución determinada y para sopesar las consecuencias personales y sociales de las diversas soluciones alternativas. O sea, tiene como propósito evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.

Finalmente, la puesta en práctica (instrumentación) de la solución y verificación alude al individuo que evalúa correctamente su pericia para poseer o adquirir las habilidades requeridas y el deseo de llevar a cabo las soluciones más efectivas, auto verificarse y autor reforzarse. Por consiguiente, este proceso necesita tanto actuación como auto verificación. La puesta en práctica de la solución, o ejecución de afrontamiento, se incluye junto a la verificación, en la ejecución de solución de problemas, debido a que es prerequisite necesario para la verificación.

¿Qué se ofrece con la Intervención?

Recurrir a la intervención en crisis, empieza a ser considerado como útil y saludable en épocas de sufrimiento emocional. El desgarro afectivo, en mayor o menor grado, es parte de la vida de casi todos los seres humanos; se plantean objetivos de este enfoque de terapia de solución de problemas como son:

- a) Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida (los acontecimientos más importantes de la vida y los problemas diarios actuales), que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- b) Minimizar el grado en que esta respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros.
- c) Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- d) Enseñar habilidades que permitan a los individuos llevarlas de un modo más eficaz, con problemas futuros con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

Aquel que soluciona los problemas de manera sagaz, constantemente observa las soluciones de problemas anteriores para estar seguro de que estas cumplen sus expectativas. Si no fuere así, busca el por que y las modifica.

Como los problemas no permanecen resueltos y sus soluciones crean nuevos problemas, cualquier sistema para resolverlos requiere algo más que la habilidad de resolver problemas, también precisa habilidad para mantener o controlar las soluciones que se han puesto en práctica y habilidad para identificar los problemas cuando o antes de que se presenten.

Toda decisión tiene uno de los propósitos: hacer que suceda algo que de

otro modo no pasaría o evitar que suceda algo que de otra manera si sucediera. En cualquiera de los dos casos, existe uno o más efectos esperados y tiempos en los que se separan dichos efectos. Para controlar una solución, estos efectos esperados y los tiempos de realización deben de quedar explícitos. Además, deben quedar también explícitas las soluciones en las que se basan dichas esperanzas y los procesos de decisión que se utiliza para obtenerlos. (Ackoff, 1994)

3.8 Los componentes de la técnica de Solución de Problemas como psicoterapia según Oíz

1. Orientada al problema: los problemas podrían ser emocionales, por ejemplo la depresión; interpersonales por ejemplo el momento en el que es diagnosticada; la comunicación con la pareja, relacionadas con un tipo de cáncer, por ejemplo problemas de imagen corporal en pacientes masectomizadas.
2. Carácter educativo.
3. Activo-colaborativo.
4. Uso de tareas para casa.

Ya que una de las primeras preguntas que se formula una mujer reciente diagnosticada con un cáncer de mama es la de si va a morir, lo cual suele ir inmediatamente seguido por la duda acerca de si perderá la mama o podrá conservada. A pesar de los índices de supervivencia y en el desarrollo de técnicas quirúrgicas menos invasivas, estos temores persisten en las mujeres hoy en día. Reacciones de incredulidad, anestesia emocional y shock son comunes en el primer momento y requieren el paso del tiempo y el apoyo del médico y de los seres más queridos para comenzar a disiparse. Debido a que la mama es un órgano con una carga afectiva importante, el impacto psicológico que producen en ella el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas de un cáncer es enorme, afectando a la mujer a diferentes niveles en la esfera somática, la mujer ve alterada su simetría corporal, su función reproductora y su función maternal. La deformidad física interfiere frecuentemente con la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en

mujeres jóvenes sin pareja estable o en aquellas que mantiene relaciones que ya eran conflictivas premórbidamente. Sentimientos de vergüenza surgen en unas ocasiones por padecer una enfermedad oncológica y en otras, por la ausencia de la mama en el caso de haberse sometido a una mastectomía, o por los cambios sufridos en el aspecto físico. La autoconciencia de estar deformada impide en muchas ocasiones por mantener unas relaciones sociales adecuadas, (por ejemplo, cuando la mujer evita determinadas situaciones, evitar el contacto con las personas que le rodean, en su trabajo, con su pareja, amigos, familia, etc.) y puede producir un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto aun en el caso de que la "deformidad" no sea obvia para los demás. (Oíz,2005)

3.9 Aportes de la psicoterapia al tratamiento de pacientes con cáncer.

Aun cuando el presente trabajo se limita a Intervención en Crisis de 1er. orden, cabe señalar que en casos específicos se requiere una Intervención en Crisis de 2º. orden, es decir que la psicoterapia breve tendría que realizarse, algunas notas al respecto son:

El cáncer irrumpe en todos los aspectos de la vida de los pacientes y sus familias, engendra miedo, produce incertidumbre y crea significativas demandas para todos. A pesar de que esta enfermedad hoy en día es más tratable y que el número de sobrevivientes se ha incrementado, hay todavía un intenso temor que acompaña a su diagnóstico: miedo a la muerte, al dolor a la pérdida de la independencia o del atractivo y al sufrimiento asociado con el progreso de la enfermedad. Rosenfeld (2004)

Existen evidencias que cuanto más integrativo y desde distintos ángulos sea el abordaje a realizarse, más posibilidades tiene la persona de estar mejor.

En consecuencia el abordaje de la dimensión psicosocial en el tratamiento del cáncer (que incluye el reconocimiento del agobio emocional que experimentan el paciente y su entorno ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad) es una parte del

cuidado de todos los pacientes, en todos los estadios, en padecimientos que afecten cualquier localización y que va a influir en todos los tratamientos que se lleven a cabo.

Aportes de la psicoterapia al tratamiento de pacientes oncológicos y sus familias; la psicoterapia esta estructurada, limitada en el tiempo, orientada hacia la resolución de problemas, cuyo objetivo es modificar el procesamiento de información defectuoso.

Beck (2005), uno de los principales objetivos de la terapia es ayudar al paciente a sentirse y a funcionar mejor durante la semana siguiente a la sesión, es algo que exige trabajar en pro de la solución de problemas y motivar al paciente para que haga las tareas de autoayuda asignadas en cada sesión. Cuando el paciente tiene dificultades para desarrollar esas tareas de la terapia, que son fundamentales, el terapeuta debe especificar el problema, luego evaluar si ha aplicado las estrategias estándar de manera ineficaz y/o si las creencias disfuncionales del paciente han interferido, en cuyo caso necesitara modificar el enfoque que esta utilizando.

Estos son algunos principios que la guían:

- Los individuos participan activamente en la construcción de la realidad.
- Es una teoría mediacional. Los procesamientos y contenidos cognitivos median, no causan conducta y emoción.
- Es una teoría con base empírica, cuyos conceptos pueden ser operacionalmente definidos, medios y sujetos a verificación empírica.
- El cambio cognitivo es un objetivo central vinculado al mejoramiento de la sintomatología.
- Adopta el marco del tiempo presente. Si bien la comprensión de los sucesos del pasado puede ser relevante, el tratamiento debe implicar la modificación del funcionamiento cognitivo habitual.

Beneficios de la psicoterapia para el tratamiento de pacientes con cáncer.

1. Efectiva en la reducción del agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos.
2. Puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología.
3. Fácilmente adaptable para tratar con los problemas relacionados con el control de síntomas y con los modos de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida.
4. Prontamente aceptada por enfatizar el sentido del control personal y de la autoeficacia.
5. Mejora la adherencia a los tratamientos médicos.
6. Ayuda a aumentar la efectividad de los mismos.
7. Disminuye efectos colaterales.
8. Acota el tiempo de recuperación del paciente luego de las intervenciones médicas.
9. Ayuda a una mejor regulación anímica.
10. Disminuye las consultas innecesarias al equipo médico tratante, preservando la relación médico paciente.

Ante esto es importante tener un apoyo psicoemocional, con terapia, en este caso la Psicoterapia breve en intervención en crisis, con la técnica de solución de problemas, es una herramienta esencial de apoyo, pues el reto para el equipo para el cuidado de la salud, en estos casos, diagnosticar de manera apropiada la relación entre los síntomas físicos y la crisis vitales (como el divorcio, el desempleo, educación, nivel social, etc) y en este caso el proceso de una enfermedad como es el cáncer.

Continuando con el propósito del presente, ya se mencionó que este trabajo aborda la psicoterapia breve en intervención en crisis solo durante el diagnóstico de las pacientes, es en donde estas manifiestan diferentes emociones que se han mencionado anteriormente.

Die Trill (2003) la psicoterapia breve está siendo aceptada como una forma eficaz de ayuda para pacientes y sus familiares, aunque no existan muchos estudios bien controlados que avalúan su eficacia o su impacto sobre la recurrencia o la supervivencia.

Las pacientes enfrentan cuatro preocupaciones durante todas las fases de la enfermedad. Durante el tratamiento activo, el diagnóstico y los tratamientos de diversa índole que se inician, como son la quimioterapia, radioterapia, cirugía, colocan a la persona, primero frente a la amenaza de la muerte, pero también suponen un desafío a su libertad, o a una angustiosa y profunda experiencia de soledad, o un replanteamiento de valores hasta entonces denominantes en la vida de la persona en la búsqueda de sentido para la existencia.

La irrupción de un diagnóstico amenazante para la vida desafía brutalmente la experiencia de ser sujeto y coloca a la persona también bruscamente en la posición de ser objeto.

Es decir que la persona se siente como una observadora de su propia vida y, por tanto desde donde aumenta la conciencia de la finitud de la vida y de la ausencia de control sobre ésta. La psicoterapia breve durante el diagnóstico considera identificar las emociones, mejorar la comunicación interpersonal, poner a prueba la realidad de las percepciones y conductas a través de contacto interpersonal, considerando siempre el trabajo en el aquí y el ahora, por medio de las técnicas cognitivo conductual; utiliza también los factores comunes, es de tiempo limitado y no de larga duración, es focalizada, no queda abierto el mal, trabaja con relaciones actuales y no con relaciones pasadas, es interpersonal, la personalidad no es el foco de tratamiento pero debe ser evaluada por que puede interferir en el tratamiento.

Almanza (1999) La psicoterapia breve, constituye una de las estrategias de intervención terapéutica en la práctica de la Psico-oncología y es particularmente útil para comprender las reacciones emocionales de

pacientes con cáncer, pues permite clarificar el inicio de los síntomas psicológicos como respuesta al diagnóstico de cáncer; asimismo ofrece una perspectiva útil para comprender y resolver los conflictos que surgen en la relación médico-paciente; de este modo el incumplimiento eventual de las recomendaciones de tratamiento para el cáncer pueden ser comprendidas en términos transferenciales y no simplemente como actitudes negativas en la lucha contra el cáncer.

Caso Clínico

NOMBRE: Myriam

EDAD: 42

ESCOLARIDAD: Lic. Derecho (pasante)

OCUPACION: Secretaria

EDO. CIVIL: Viuda

MOTIVO DE CONSULTA

Myriam llega al Instituto Nacional de Cancerología, el 2 de diciembre de 2006, es canalizada por Médico Ginecólogo particular, pues se realizó un chequeo anual y en sus resultados salió una protuberancia en la mama izquierda, por lo tanto es enviada al hospital, directamente al servicio de mama, en los estudios el médico residente observa un tumor de aprox 3.5cm, realiza una biopsia citándola a resultados en 20 días después, la paciente llega con su hermana a la consulta donde el médico le da la noticia de que tiene cáncer de mama en etapa IIb, ella al escuchar la noticia “rompe en llanto incontrolable” (así lo refiere el médico) y que es casi imposible seguir con la explicación, se hace una intervención de primer orden durante la consulta, se habla con el médico para poder intervenir y esto es lo que menciona:

Myriam no deja de llorar, por más que su hermana trata de “consolarla”, solo se repite por más de dos ocasiones “y ahora que va a pasar con mis hijos”, después de unos aproximados 5 min., al ver que se empezó a calmar e indica que se siente muy sola que parece que esta como en un mal sueño, no puede creer lo que le acaba de decir el médico, ya que hace un año aproximadamente la revisión que se hizo fue buena y no tenía nada, y que como era posible que ahora tenga esta “enfermedad”, menciona que no le había dicho nada a sus hijos y que como le iba a dar esta noticia, al momento de mencionar a sus hijos se queda callada y empieza nuevamente a llorar diciendo que esta sola con sus hijos pues

hace solo dos años su esposo murió en un accidente en la carretera y desde ese entonces solo se dedicaba a ellos y a trabajar. Ella está en un despacho de abogados como secretaria ejecutiva, y no le iba mal económicamente solo que si era el trabajo muy pesado, ella vive en casa propia no la comparte con ningún familiar, le preocupa que ahora quien se va hacer cargo de los gastos de la casa ya que su esposo no ganaba mucho y la pensión era muy poca para mantenerse y de ahora en adelante tenía que hacer los gastos médicos como por ejemplo la cirugía y sus hijos son pequeños, 10 y de 7 años, y tenía miedo de no saber como enfrentar esta enfermedad sin su esposo, refiere que durante el accidente ellos estaban muy chicos y la noticia no les “afecto tanto”, pero que ahora no sabia como decírselos y que iba a pasar, pues tenía mucho miedo de que las cosas no salgan bien y que tenía mucho temor a la incertidumbre de el tratamiento, refiere que ha intentado pensar en que primero es su salud y luego lo demás pero la “bloquea” mucho la idea de que sus hijos pudieran quedarse solos y que pasaría con ellos si algo le pasara a ella, pues esta en un momento total de shock y negación ante la noticia.

Intervención

Intervención de 1er. Orden de la Crisis

Propuesta de intervención: Solución de Problemas

Lugar donde se hace la intervención es en la sala de juntas del servicio, un lugar privado y con el espacio necesario para poner intervenir el tiempo necesario; permitiendo que la paciente se sienta cómoda lo más que se pueda para poder hacer una intervención adecuada.

Orientación General

De primera instancia la intervención ayuda a una fundamentación del tratamiento así como el beneficio del apoyo psicológico en el momento del diagnóstico de la enfermedad, puede ayudar a que comprenda el por que en apariencia parece que el “mundo se le cae” y no pueda entender

en ese momento lo que le está pasando, por ejemplo el que es la que cuida de sus hijos, de que es la base de esa familia o que va a pasar ahora con su trabajo, etc. En este caso es de suma importancia que se puedan reconocer que emociones está viviendo pues en un modo general las pacientes con cáncer tienden a pasar por una serie de emociones como son la incertidumbre, la preocupación, el dolor de sus familiares, el miedo a lo que puede pasarle de ahora en adelante, la situación económica, etc., dependiendo de la situación emocional previa puede ayudar a reconstruir su propia expectativa de vida con la enfermedad para todo su tratamiento, para esto es importante rescatar las ideas durante estos minutos de intervención. Dándole las herramientas necesarias para fortalecer adecuadamente sus situaciones de problema y darle una expectativa adecuada para aprender a fortalecer sus propias emociones.

Es importante en este tipo de pacientes recabar la información adecuada tomando en cuenta sus necesidades y así poder hacer una adecuada definición del problema, se debe de tomar las emociones externas y los eventos internos que ocurren después, en este caso, solo importa hacer una reestructuración adecuada de 1ª. Instancia, pues es este el momento que interesa para poder intervenir y rescatar las ideas clave de la paciente.

Durante este proceso de intervención y su proceso de solución de problemas es importante dar el apoyo de estrategias adecuadas como por ejemplo que tiene en este momento que puede ayudarle por ejemplo las redes de apoyo, familia, amigos, trabajo, etc.

La generación de alternativas puede comenzar con rescatar con los que el médico le dijo, por ejemplo de que tipo de cáncer es el que tiene, el tamaño del tumor, los tratamientos va a empezar a llevar y los efectos de los mismos, en este caso la paciente tiene un tumor de 3.5 cm, aparentemente sin ganglios, esto solo se observará durante la cirugía, esto es importante saber, pues así sabrá que tipo de tratamientos ya sea

quimioterapia y radioterapia, o algún otro tratamiento; la paciente debe de tener tantas posibilidades como sea posible, sin importar lo congruentes o incongruentes que parezcan sus ideas, lo que sugiera ella misma, ya sea, el como enfrentar su enfermedad sin permitirse pensamientos o ideas que no le van ayudar, por ejemplo mencionarle las probabilidades de sobrevivir dar pie a que ella mencione sus propias alternativas viables y reales alrededor de lo que desee. Revisando cada una de las alternativas y de forma general se indica el como llevarlo a cabo, por ejemplo, el tipo cáncer que tiene, que posibilidades tiene de sobrevivir y debe de escoger sus propias soluciones.

Como ya se menciona que buscar los elementos adecuados describiéndose claro y dándole ideas claves de el cómo puede comenzar a hacer una reestructuración de sus emociones, pensamientos e ideas, durante todo el tratamiento y si es necesario para poder ayudarle durante y después.

Para poder seguir ejemplificando este caso clínico, es importante describir las fases de la Técnica de Solución en Problemas.

1.- Orientación General: es la importancia de reconocer el problema cuando ocurre y de disminuir la tendencia a la ansiedad o el pensamiento destructivo al recibir el diagnóstico, ocasionando que la paciente no pueda reaccionar de manera cautelosa, y no tener presente lo que es importante en ese momento. La importancia de este paso es el de reagrupar un conjunto de expectativas dando a la paciente las herramientas adecuadas para comenzar su propia estrategia para solucionar el problema.

2.- Definición del Problema: es importante resaltar el evento que produce la crisis. En este caso es obvio, pues al saber que el diagnóstico es cáncer, frecuentemente se observa una reacción de negación, llanto, miedo, incredulidad, etc. Una vez teniendo ya identificado la situación, se hace una clasificación de sus metas y

continuación de los aspectos o conflictos que hace problemática dicha situación.

3.- Generación de Alternativas: durante esta fase, es importante dar las alternativas adecuadas para fomentar una lluvia de ideas más propicias, identificando alternativas viables y reales por ej.

- “que es lo más importante en este momento”
 - “prioridad a su salud”
 - “dejar claro sus necesidades, físicas y emocionales”
 - “hablar con sus hijos y familia”
 - “arreglar los papeles de sus trabajo”
- Posteriormente se revisa cada una de estas y de una forma específica se indica de que manera se llevará acabo cada uno de éstas que han mencionado:
- Dejar claro sus necesidades; es decir, durante la sesión, a la paciente se le hacen observaciones en donde se le indican la necesidad de tener “control” sobre sus emociones, en este caso sería la incertidumbre, la angustia y el temor a lo que va a pasar durante su tratamiento.
 - Prioridad a su salud; la paciente debe tener claro ¿que es más importante para ella y su familia?, su respuesta fue: “empezar pronto con el tratamiento que me indique el médico haré todo lo que sea necesario para curarme, por mi y por mis hijos”.
 - Hablar con sus hijos y su familia; al tener una pérdida previa (su esposo), es entendible el miedo a dar una noticia de este tipo a sus hijos, sin embargo, por lo que ha dicho durante la intervención, esta conciente, que sus hijos van a apoyarla, sin dejar de lado su ciclo de vida en el que ellos se encuentran.
 - Arreglar los papeles de su trabajo; al ser Myriam el sustento de la casa, es importante, que comience por llamar al trabajo para

arreglar los papeles del seguro. Pedir días en el despacho para hacer todos los trámites necesarios.

- Que es lo más importante en este momento; es decir, lo que para ella significa que lo más importante en este momento es su salud y su familia.

4.- Toma de decisiones: con ayuda del psicólogo la paciente debe seleccionar una estrategia que le ofrezca una mejor toma de decisión para poder resolver el problema considerando:

- Fortalezas personales (sus habilidades previas a la enfermedad, sus cogniciones, pensamientos, capacidades durante un problema pasado)
- Redes de apoyo (hijos, hijas, familia, amigos, trabajo, etc.)
- Recursos materiales (económico, básicamente)

Nezy, cit. en Lombardo (2004), menciona que el valor de una idea se calcula al evaluar cuatro áreas específicas de criterios. De manera específica, en la formulación de caso, la primera abarca las consecuencias personales tanto para el terapeuta como para el paciente, como las siguientes:

- El tiempo, esfuerzo o recursos necesarios para alcanzar el resultado instrumental.
- El costo o ganancia emocional producto de alcanzar este resultado.
- La consistencia de este resultado con los valores éticos propios.
- Los efectos físicos o riesgos para la integridad física que implica alterar el problema objetivo.
- Los efectos sobre otros problemas objetivo de cambiar esta área problemática.

Las consecuencias sociales, la segunda categoría de criterios de valor, conllevan efectos en otras personas, como:

- La pareja,
- Un familiar,
- Amigos,
- La comunidad (en caso de que el individuo pudiera tener impacto en ella).

Además, deben evaluarse los efectos a corto plazo en otras áreas problemáticas del paciente, así como los efectos iatrogénicos (alteración del estado del paciente producido por el médico), a corto plazo relacionados con el logro del resultado instrumental. Por último, es preciso considerar los efectos a largo plazo de cambiar estos resultados instrumentales en el funcionamiento psicológico futuro. Una vez más, las respuestas a estas preguntas requieren la aplicación, ideográfica de la bibliografía nomoética empírica para el paciente específico. Con estos tipos de criterios para juzgar la utilidad, el terapeuta está en condiciones de efectuar un análisis costo-beneficio a cada problema objetivo potencial generado con anterioridad. En esencia, se eligen así los resultados instrumentales con una alta probabilidad de maximizar los efectos positivos y minimizar los efectos del problema como objetivo inicial; de este modo, con la probabilidad y criterios de valores se guía la selección del problema objetivo y se priorizan las áreas de tratamiento.

Se debe de observar que de todas estas son 100% viables, pues en esta situación hay ocasiones que algunas no son de mucha importancia por el tiempo o por importancia de la necesidad del momento.

5.- Verificación: Cuando la paciente ha podido calmarse y ha decidido lo “mejor” para aceptar la enfermedad, es necesario alentar a que actúe en base a esta decisión y verificar que tan eficaz ha sido, por ejemplo:

- Observar las consecuencias de las acciones propias, es decir, si la paciente al tomar la decisión que para ella, es la adecuada y se siente satisfecha con las implicaciones, entonces la técnica de solución de problemas ha cumplido con su objetivo.

- Existe la posibilidad de que la situación no se ha resuelto del todo, entonces, la paciente deberá hacer un resumen de el procedimiento para poder llegar a su propia solución, lo más acorde a su propia capacidad y sus propios recursos.

Es importante tomar en cuenta que, la paciente con cáncer de mama pasa por una serie de emociones y en ocasiones, por la misma enfermedad o por los otros factores ya mencionados; puede pasar por estas 5 etapas, no necesariamente de forma ordenada, probablemente pueda mover de atrás para adelante o viceversa.

Según Jürgen (1990), la solución de problemas es un proceso conductual manifiesto, cognitivo, que:

- a) Ofrece una diversidad de alternativas de reacción, potencialmente eficaces, para la situación problemática, y
- b) Vuelve probable que se elija la reacción más eficaz dentro de ese repertorio. En este abordaje no se buscan soluciones específicas para problemas particulares sino que se persigue la adquisición de estrategias universales para el mejor dominio de situaciones problemáticas.

Posteriormente que se ha calmado que ya ha ido dando sus propias ideas de cómo encaminar su enfermedad se hace una recapitulación, diciendo que lo que ha pensado en este momento es lo adecuado para la paciente y en este caso para su familia. Es importante que la paciente se siente apoyada y que durante su diagnóstico, exista una adecuada intervención en crisis con la técnica de Solución de Problemas.

Conclusión

Todavía hoy día son muchos los profesionales del ámbito sanitario que piensan que si el paciente padece un momento de nervios, necesita un sedante; si tiene una crisis de llanto, necesita antidepresivos; o si muestra una expresión de enfado, esta atacando personalmente al profesional. La familia todavía se considera en algunos ámbitos sanitarios un factor de entorpecimiento de las tareas profesionales, más que una unidad a tratar. Por ello que la "educación psicológica" es una tarea que nos concierne a todos y que tiene tanta o más relevancia que una intervención psicológica concreta, por muy bien hecha que esté.

Frecuentemente, las necesidades emocionales del paciente y de la familia no reciben la atención profesional en el momento adecuado. El psicólogo tiene el importante papel de sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre las necesidades emocionales de sus pacientes y familias, educar, ofrecer criterios adecuados de derivación y formar en soporte emocional. Asimismo, el psicólogo trata de adecuar sus servicios profesionales al plan general de tratamiento de su equipo interdisciplinario de tal modo que todos los profesionales del equipo compartan los objetivos emocionales y apoyen su proceso para que ser coherente con los objetivos ya planteados durante la intervención, trabajando en colaboración para conseguir el máximo bienestar para el paciente y su familia.

El objetivo, de este trabajo es poder dar herramientas adecuadas durante la intervención en crisis, durante el diagnóstico, pues al recibir una noticia sobre su salud, las pacientes pasan por una serie de emociones, que Kübler – Ross, las describe en “La Muerte y los Moribundos” (1975), como una etapa de duelo, no necesariamente con el significado de muerte en si, sino más bien la sensación de pérdida, en este caso el de la salud. La paciente durante este momento, su vida y la de su familia cambian por completo, haciendo una reestructuración total; es en este momento cuando la psicoterapia breve e intervención en

crisis, como una opción terapéutica, permite que durante esta primera fase la paciente pueda sentirse escuchada, apoyada, entendida, ya que va a comenzar con un largo proceso desde los exámenes generales de gabinete hasta el propio tratamiento como son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc, no se debe de olvidar el estadio en que se encuentra la pacientes, pues no es la misma reacción de un tumor "pequeño", donde las posibilidades de cura son altas, a una etapa más avanzada y el tratamiento es diferente para cada paciente.

Es importante mencionar que en un hospital de 3er. Nivel cuando ya han llegado a hospital, las pacientes ya han recorrido un camino largo y en ocasiones arbitrario, ya que su diagnóstico pudo ser un estadio 1ª y por los trámites, recorridos, traslados, citas de más de un mes, como decir una fecha, a veces hasta más tiempo y cuando ya llegan al hospital probablemente su enfermedad ha avanzado, en donde el tumor es más notable y con probable metástasis.

Die Trill (1986), menciona que la información que obtienen los enfermos de sus médicos, familiares, amigos y medios de comunicación va a moldear las actividades que manifiesten acerca del cáncer y de su tratamiento, y afectara el modo en que acepten este último. La literatura psicológica actual afirma que la información detallada y las expectativas del curso de la enfermedad, sus tratamientos son factores importantes para una buena adaptación. Sin embargo, muchas no se sienten ni siquiera moderadamente bien informadas; una posible causa de tal insatisfacción es que las múltiples fuentes de información que reciben pueden contradecirse y estar a merced de las expectativas del individuo.

Báyes (1996) el diagnóstico de cáncer conlleva importantes alteraciones en la vida social de los pacientes que es preciso conocer para poder analizar su afrontamiento de la enfermedad y el papel que su red social juega en el mismo. En los últimos años se ha prolongado notablemente la vida de estos enfermos, lo que ha propiciado que tengan que enfrentarse a los efectos secundarios, tanto físicos como psicológicos, producidos por la enfermedad y por los tratamientos a que deben ser sometidas, con las

consiguientes modificaciones de su entorno social.

También es importante resaltar el manejo preventivo, como se describe en el capítulo 2, el cáncer de mama en sus etapas tempranas las probabilidades de curación son altas, los resultados indican que la mortalidad por esta enfermedad se reduce; los tratamientos suelen ser adecuados, poniendo a la paciente en un nivel de altas probabilidades de supervivencia.

La intervención de 1er. orden durante el diagnóstico puede ayudar a entender a la paciente los pros y los contras de esta enfermedad y todo lo que conlleva, desafortunadamente la falta de tiempo, el espacio adecuado para poder hacer una intervención adecuada en ocasiones no es de gran ayuda, es en ese momento es cuando el psicólogo demuestra las habilidades aprendidas durante el Diplomado y ponerlas en práctica con las técnicas aprendidas y poder hacer una sesión, en donde la paciente pueda sentirse más tranquila, apoyada en todo aquello que está viviendo, física y emocionalmente.

Es importante tener presente que el trabajo es solo una recopilación de la técnica de solución de problemas, en donde su único fin es el proporcionar al lector una fuente de ideas y herramientas para apoyar a la paciente para que inicie con una reestructuración a su cognición que influye a su ambiente familiar y social, permitiéndole ver y responder de un modo psicológico aceptando su enfermedad y evitar los “complot’s” durante su tratamiento.

Bibliografía

- Akfor, J., (1994). *El arte de resolver problemas*, México: Limusa.
- Almanza J, Straker N, Holland J., (1999). *Psicoterapia psicodinámica en pacientes con cáncer*, Asoc. Psicoanalítica Mexicana, A.C, núm, 3 y 4, vol XXXII, julio-die, pp 206, 220 19.
- Aresca, L. y colbs., (2004). *Psicooncología, Diferentes miradas*, España: Lugar.
- Auchincs S., (1998). *Gynecologic*. En: Holand J, *Psychooncology*. Oxford: University Press.
- Bayes, R., (1996). *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el paciente con cáncer*, pp. 29-38, España: Panamericana.
- Beck, J., (2000), *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*, México: Gedisa.
- Beck, J., (2005). *Terapia Cognitiva para la superación de retos*, Barcelona: Gedisa.
- Bellak, M.D., (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*, México: El Manual Moderno.
- Die Trill M., (2003). *Psico - oncología*, España: Mcgraw Hill.
- Die Trill M., (1986). *Uso de técnicas de relajación hipnótica en el control de náuseas y vómitos condicionados a la quimioterapia en enfermas con cáncer de mama*. Resultados Preliminares. Libro de ponencias la V Reunión Nacional de la Asociación Española de Senología y patología mamaria, Madrid, España.
- D'Zurilla, (1993). *Terapia de resolución de conflictos*, Desc1eé de Brouwer, España.
- Dryden, W., Ellis A., (1989). *Práctica de la terapia racional*

emotiva, Biblioteca de psicología a desc1eé de Brouer, España.

- Jürgen K., (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Kübler-Ross, E, (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori.
- Lombardo E., (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos, cognitivos-conductuales. Un enfoque basado en problemas, (copilación)*, México: El Manual Moderno.
- Lozano, Knaul, Gómez Dantés, Arreola-Ornelas y Méndez, (2008). *Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México, 1979-2006*". *Observatorio de la Salud. Documento de trabajo. Competitividad y Salud*, Fundación Mexicana para la Salud.
- Maffs R, (2003). *Manual de oncología*, pp 453-566, México: Manual Moderno.
- Manrique A., (2007). *Diplomado Psicoterapia Breve en Intervención en Crisis*, FES- Zaragoza, UNAM.
- Miramontes J., (2004). *Enseñanza de estrategias de solución de problemas a madres con historia de maltrato infantil*, UNAM.
- Oiz Gil B., (2005). *Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico, vol. 28 suplemento 2* en An. Sit. Sanit. Navar, España.
- Olivares Crespo, (2002). *Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico*, volumen 22, pp 28-48. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Masters, J.C, y Rimed, D.C., (1984). *Terapia de la conducta*, ed. Trillas.
- México, Instituto Nacional de Cancerología, Rebolledo, M.L., (2005). *Trastornos psicológicos y psiquiátricos en el paciente con cáncer*.
- Morgan, C. y King, R., (1978). *Introducción a la Psicología*, España: Aguilar.
- Rodríguez G., (2002)., *La inteligencia emocional en esta universidad, entrenamiento en solución de problemas*, UNAM.
- Semerari, A., (2000). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia*

cognitiva, México: Paidós.

- Slaikou, K., (2003), *Intervención en crisis, Manual para práctica e investigación*, México: Manual Moderno.
- Wainrib, (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*, Descleé De Brouwer. España.

Bibliografía electrónica

- Diario Oficial de la Federación, *Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico*, (1999), obtenida en www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html, diciembre 2008 a las 23:30 pm.
- García Ramos, Juan Carlos, *Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional*, obtenido en www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros_auxilios.html, (2001), octubre 2008 a las 18:50 pm.
- Instituto Nacional de Cancerología, Mohar, Alejandro, *Simposium sobre cáncer de mama*, San Antonio, Texas, (2008), obtenido en www.universomedico.com.mx, febrero 2009 a la 1:20 am.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer, Datos Nacionales*, (2008), obtenido en www.inegi.org.mx, febrero 2009 a las 13:30 pm.
- Instituto Nacional del Cáncer, *Explicación básica de lo que es el cáncer*, (2007), obtenido en www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica, marzo 2008 a las 16:00 pm.
- OMS Technical Report Series 804. *Cancer pain relief and palliative care*. Genova: WHO, obtenido en www.oms.com, abril 2007 a las 23:50 pm.
- Rodríguez Cuevas Sergio A., *Cáncer de mama en México "Mitos y Realidades"*, (2006), obtenido de www.fucam.com, marzo 2008 a las 17:45 pm.

- Seifert, C., Rial, B., *Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico*, (2000), obtenido en www.psicooncologia.org, marzo 2004 a las 18:00 pm.