



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

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

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL

**“GUÍA DE ACOMPAÑAMIENTO DE TÉCNICAS COGNITIVAS-
CONDUCTUALES PARA PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD
PARA DISMINUIR EL DESGASTE EMOCIONAL PROVOCADO POR EL
PADECIMIENTO DE CÁNCER DE MAMA”.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ILIANA ESPERÓN AQUINO.

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por regalarme sabiduría, salud, paciencia y fortaleza para continuar con mis estudios y llegar hasta esta etapa en la que hoy me encuentro. A mi madre, esa mujer que ha hecho tanto por mí, ella que me ha enseñado que para llegar a un propósito lo principal es esforzarse y hacer las cosas con paciencia, esmero y amor, sin ella no podría haber llegado hasta el final. A mis hermanos que en todo momento me han motivado para llegar a mis propósitos y por no dejarme sola. A Grecia mi pequeña que viene en camino por darme muchas motivaciones e ilusiones para luchar en esta vida.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Capítulo I Planteamiento del problema.	
1.1 Descripción del Problema.....	9
1.2 Formulación de la pregunta de la investigación.....	11
1.3 Justificación.....	12
1.4 Formulación de hipótesis.....	14
1.4.1 Determinación de variables.....	14
1.4.2 Operacionalización de variables.....	15
1.5 Objetivo de la investigación.....	16
1.5.1 Objetivo general.....	16
1.5.2 Objetivo específico.....	16
1.6 Marco conceptual.....	17
1.6.1 Epistemología de cáncer de mama.....	17
1.6.2 Concepción de emoción.....	17
1.6.3 Desgaste emocional.....	17

Capítulo II Marco contextual de referencia.

2.1 Antecedentes de la investigación..... 18

2.2 Ubicación geográfica donde se realizó la investigación..... 19

Capitulo III Marco teórico.

3.1 Fundamentos teóricos en la edad adulta temprana.....20

3.2 Fundamentos teóricos del cáncer de mama..... 33

3.3 Fundamentos teóricos del desgaste emocional..... 49

3.3.1 Fundamentos de las emociones..... 49

3.3.2 Fundamentos del desgaste emocional..... 58

3.4 Fundamentos teóricos del enfoque cognitivo conductual..... 66

Capitulo IV Propuesta de Tesis.

4.1 Contextualización de la Propuesta..... 77

4.2 Desarrollo de la Propuesta 83

Capítulo V Diseño metodológico.

5.1 Enfoque de la investigación. Cualitativo.....	97
5.2 Alcance de la investigación. Descriptivo.....	97
5.3 Tipo de investigación. Aplicada de campo.....	98
5.4 Diseño de investigación. No experimental.....	98
5.5 Muestra. No probabilística.....	99
5.6 Población.....	99
5.7 Instrumento de Prueba.....	99
5.7.1 Observación.....	99
5.7.2 Entrevista.....	99
5.7.3 Estudio de caso.....	100

Capitulo VI Resultados de la Investigación.

6.1 Resultados cualitativos por sesión.....	102
6.2 Resultados cualitativos generales.....	110
Conclusión.....	113
Referencias.....	116
Glosario.....	119

INTRODUCCIÓN

La importancia que tiene la psicología con las emociones es muy relevante e importante para la sociedad porque se establecen ciertos comportamientos que el ser humano presenta por naturaleza ya que las emociones le ayudan a sobrevivir y tener un equilibrio emocional. En el aspecto de una mujer con la enfermedad del cáncer de mama influye en las emociones.

Una paciente con esta enfermedad emocionalmente la desgasta más cuando empiezan con pensamientos recurrentes sobre que le va a suceder o que será de ella si tiene algo más. Lo cual es necesario que la paciente requiera ayuda profesional para poder sanar más rápido su situación y así no se sienta tan mal emocionalmente ya que al alterarte o tener un desequilibrio emocional suele perjudicar un poco más su salud provocándole que no tenga una recuperación idónea.

Para una mejor comprensión de este trabajo se ha dividido en 6 capítulos lo cual se les dará una breve explicación de que consiste cada uno de ellos.

En el capítulo uno se refiere a la descripción del problema de cáncer de mama, cuales son los factores que afecta esta enfermedad en la mujer y porque

yo escogí este tema para tesis. También se habla de la terminación epistemológica del cáncer de mama, de la emoción y el desgaste emocional.

En el capítulo dos se refiere sobre donde fue aplicada dicha tesis, en qué lugar fue realizada para esto se realizó los antecedentes de investigación e históricos del lugar. Lo que muestra toda la información relevante del lugar.

En el capítulo tres, aquí ya hablamos sobre el marco teórico que intuye toda la investigación que se realizó para recabar información tanto del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial; los fundamentos del cáncer de mama; los fundamentos del desgaste emocional; de las emociones y el enfoque teórico a que se inclinó esta investigación.

En el capítulo cuatro ya nos dirigimos a la propuesta de tesis, es decir, a la población, el área a la que nos inclinamos y el desarrollo. Estos son las actividades o técnicas a la que nos enfocamos para aplicar la tesis a la paciente lo cual se realizó en 10 sesiones y cada uno tiene su propósito y su función para que sea bien aplicada y quede clara para la paciente.

En el quinto capítulo se refiere a todo el diseño de la investigación en el que se basó para realizar dicha tesis, es decir se recabo la información para

especificar el diseño de la investigación, la muestra, población, el instrumento de prueba que se utilizó como la observación, la entrevista y estudio de caso.

El último capítulo se refiere a los resultados de la investigación que se realizó a la paciente, es decir, ya que se aplicaron las técnicas y actividades se hizo un análisis de cómo fue que se inició este proceso con la paciente, es decir, cuál fue su historial clínico, personal y de cómo estaba la paciente emocionalmente antes de la aplicación. Así como cuáles fueron los resultados de cada sesión que se realizó y al final recabar información de los resultados generales que la paciente demostró.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

En la actualidad se presentan muchas situaciones difíciles de salud una de ellas es la enfermedad de cáncer de mama. Esta enfermedad se ha vuelto una relevancia en la sociedad, un problema que afecta al paciente físicamente y emocionalmente y esto puede perjudicar más a la mujer ya que de alguna manera hace que la enfermedad avance rápidamente y hasta cierto punto suele ser agresiva para el paciente.

Se analiza que el diagnóstico de cáncer no sólo le afecta al paciente si no a todas aquellas personas que lo rodean como a su familia y amistades. La paciente puede sentirse asustada, insegura o molesta sobre los cambios indeseables que el cáncer de mama traerá a su vida. Posiblemente la paciente sienta consternación o confusión. Quizás le sea difícil escuchar, entender o recordar lo que la gente le dice durante ese tiempo.

Es normal que la gente que tiene cáncer de mama se pregunte por qué les pasó esto a ellas o piense que la vida los ha tratado injustamente. Pueda que incluso no crea el diagnóstico, especialmente si no se siente enferma. La

importante carga emocional negativa que mantiene socialmente la palabra cáncer de mama hace que muchas personas intenten ocultar a su entorno el diagnóstico. Oír la palabra cáncer nos genera casi automáticamente una respuesta emocional pesimista, asociada a una idea de soledad y a veces a sentimientos de culpa, procesos que provocan en el paciente y en la familia una gran angustia, llegando incluso a experimentar emocionalmente la propia vida como un fracaso, Es cierto que cualquier enfermedad genere un sufrimiento en las personas que la padecen y en su entorno, pero el sufrimiento específico del cáncer tiene mucho que ver con la valoración o significado tan negativa que habitualmente le damos.

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, la persona y la familia tienen que superar un fuerte impacto tanto a nivel emocional (sentimientos de molestia) como mental (pensamientos negativos), aunque la respuesta siempre es personal y sabemos que cada persona es diferente, en el paciente se presentan algunos síntomas comunes y habituales que no surgen de la enfermedad: aturdimiento - negación, angustia - ansiedad, tristeza - desesperanza, hostilidad – irritabilidad, miedo, sentimientos de culpa. Estos síntomas no suelen presentarse en todas las pacientes pero todo depende del individuo y la fortaleza que ellos mismo se tienen.

Los trastornos adaptativos del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión son las psicopatologías más frecuentes entre los enfermos de cáncer, por eso es que las pacientes con la enfermedad del cáncer necesitan un proceso psicológico tratando de ayudarles en el proceso de afrontamiento y adaptación a este padecimiento. Por lo tanto, se dirige a que la paciente mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico, con ausencia de problemas emocionales (ansiedad y depresión entre otros) y con la menor alteración posible en su vida social, laboral y familiar.

Este tipo de apoyo que deben recibir todos las pacientes con este tipo de cáncer u otro tipo y en todas las culturas, nos indican un modo concreto de actuar no nada más psicológicamente sino también para las personas que rodean al paciente como familia y amigos y otras especialidades que pueden ser parte de este proceso para poder sacar adelante al paciente.

1.2 Formulación de la pregunta de investigación.

¿Cuál sería la herramienta de apoyo psicológico para paciente femenina con cáncer de mama de 35 años de edad en la disminución del desgaste emocional?

1.3 Justificación.

La incidencia del cáncer aumenta drásticamente llevando con ello problemas psicológicos fuertes en los pacientes, es por eso que se inclinó uno por este tema, ya que esta enfermedad no tiene límites es por eso que se trabajará con personas que padecen dicha enfermedad, lamentablemente estamos en tiempos muy difíciles como problemas económicos, familiares, laborales etc., todo esto afecta a cualquier persona emocionalmente y físicamente pero más les afecta a personas que padecen una enfermedad delicada como es el cáncer.

La calidad de vida de una persona que padece o ha padecido cáncer puede verse afectada de diversas maneras, como por ejemplo; socialmente se puede aislar y no querer saber de nadie más, temor a lo que le pueda pasar más adelante y como las demás personas tomarán su enfermedad, pensamientos recurrentes si serán aceptados o no por la sociedad, problemas interpersonales como sentimientos de culpa, la persona analiza y crea sus propias ideas sobre la causa que originó su enfermedad: desde pensar que fueron ellos mismos los causantes, hasta creer que es un castigo por algo que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Puede originar ansiedad, tristeza y en algunos casos la dependencia sin dejar pasar que sentirán rabia o enojo.

Algunas personas describen cambios positivos en sus vidas después de concluir los tratamientos. Para ellos, el cáncer ha supuesto un acercamiento a seres queridos, la resolución de problemas a los que previamente no se habían enfrentado, una mayor valoración de la vida o una actitud más positiva ante ella. Para otros, sin embargo, el cáncer ha provocado cambios físicos, emocionales y sociales que alteran su rutina diaria. Una de las reacciones emocionales más frecuentes ante la confirmación del diagnóstico es la de la negación, algunas personas se avergüenzan de padecer un cáncer. Piensan que es algo “malo” o “sucio”, algo que les hace ser y sentirse diferentes a los demás. Tienden a evitar hablar de su enfermedad con familiares y amigos, lo que aumenta su sensación de soledad y es aquí donde se trabajará para que el paciente cambie su idea negativa del cáncer por una positiva o que asimile y se dé cuenta de que aunque tenga esta enfermedad tiene muchas posibilidades de salir adelante.

Para el paciente con dicha enfermedad es muy importante que tenga una calidad de vida equilibrada en el aspecto físico y mental, implica, además del bienestar social y otros componentes vitales ligados a las condiciones sociales que esto tendrá un buen resultado para que el proceso de esta enfermedad no tenga un desgaste emocional tan grave para el paciente.

Entendiendo de esta manera los pacientes con cáncer deberán de tener una vida tranquila sin preocupaciones ni ningún otro acontecimiento que

perjudique la vida del paciente, esto se dice con la finalidad de que tanto él o ella como amigos y familiares poner de nuestra parte para que el proceso de su enfermedad sea más amena y con una estabilidad emocional grata.

Este proyecto tiene como finalidad modificar la conducta y pensamiento del paciente con cáncer, así como su incremento de emociones positivas para mejorar su calidad de vida obteniendo al igual seguridad y confianza en sí mismos, esto puede ser logrado a través de técnicas psicológicas en base a una guía de acompañamiento, con todo esto se logrará que el paciente se quite un peso negativo emocional.

1.4 Formulación de hipótesis.

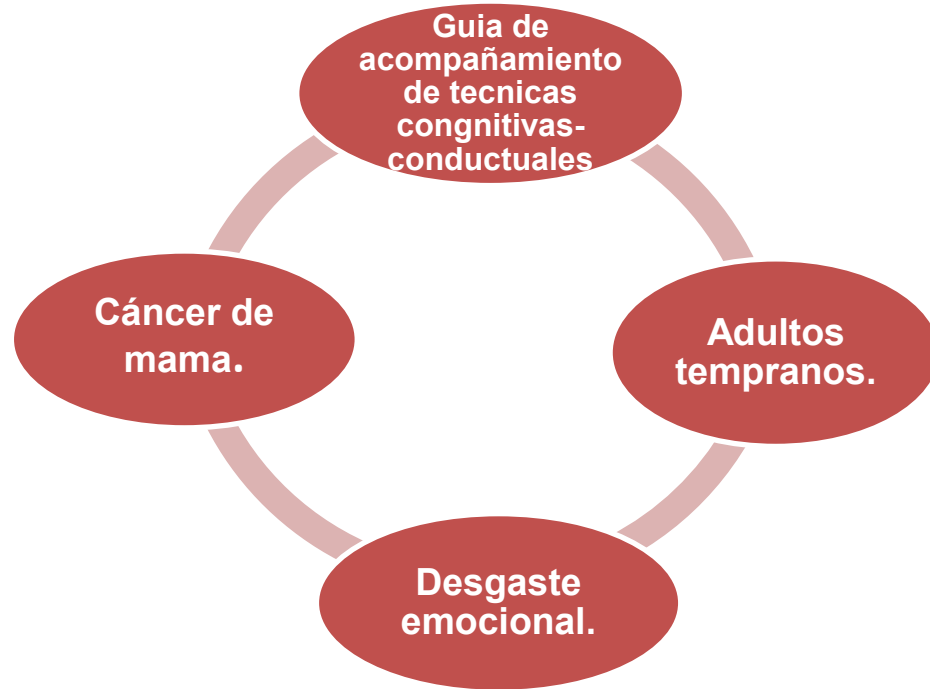
Guía de acompañamiento de técnicas cognitivas-conductuales para paciente femenina de 35 años de edad para disminuir el desgaste emocional provocado por el padecimiento de cáncer de mama.

1.4.1 Determinación de variables.

Variable independiente. El desgaste emocional provocado por la enfermedad de cáncer de mama.

Variable dependiente. Una guía de acompañamiento psicoterapéutico de técnicas cognitivas-conductuales.

1.4.2 Operacionalización de las variables.



La guía de acompañamiento de técnicas cognitivas-conductuales que se llevó a cabo en esta investigación está ligada al cáncer mama en mujeres adultas de etapa temprana lo que esto influye en el desgaste emocional. Esta guía está relacionada tanto en la eta de adultos tempranos, como en el cáncer de mama y el desgaste emocional.

1.5 Objetivos de la investigación.

1.5.1 Objetivo general.

Disminuir el desgaste emocional que pasan las mujeres de 30 a 35 años de edad que padecen cáncer de mama mediante una guía de acompañamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual.

1.5.2 Objetivos específicos.

Sustentar teóricamente la investigación mediante la lectura y el análisis de las diferentes teorías psicológicas relacionadas con el trabajo de la emociones en relaciones a adultos tempranos.

Disminuir el desgaste emocional de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mediante una guía de acompañamiento de técnicas cognitivas.

Determinar el diseño metodológico de la investigación mediante la lectura y el análisis de los elementos específicos como el alcance, tipo y enfoque de la investigación.

1.6 Marco conceptual.

1.6.1 Epistemología de cáncer de mama.

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva provocando con ello un descontrol en la mama.

1.6.2 Concepción de emoción.

Sentimientos subjetivos que nos hacen sentir de una forma particular estos se llevan a cabo mediante reacciones biológicas, respuestas que movilizan energía, la cual alista al cuerpo para adaptarse a cualquier situación que se enfrente.

1.6.3 Desgaste (emocional)

El desgaste emocional se desarrolla principalmente en seres humanos que tienen problemas o están atravesando por una situación de sufrimiento, por lo que tiene una consecuencia severa en el estado emocional llevando con ello problemas de depresión, angustia, ansiedad, estrés, enojo entre otras alteraciones.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes de la investigación:

Paciente que radica en la comunidad de Monte Blanco perteneciente al Municipio de Fortín Veracruz. La localidad de Monte Blanco está situada en el Municipio de Fortín (en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave). Hay 7673 habitantes. Monte Blanco está a 1240 metros de altitud. En la localidad hay 3589 hombres y 4084 mujeres. La relación mujeres/hombres es de 1,138. El ratio de fecundidad de la población femenina es de 2.57 hijos por mujer. El porcentaje de analfabetismo entre los adultos es del 9,57% (7,44% en los hombres y 11,43% en las mujeres) y el grado de escolaridad es de 6.55 (6.76 en hombres y 6.38 en mujeres).

En Monte Blanco el 0,23% de los adultos habla alguna lengua indígena. En la localidad se encuentran 1931 viviendas, de las cuales el 1,24% disponen de una computadora. La localidad de Monte Blanco está situada en el Municipio de Fortín (en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave). Hay 7673 habitantes. Monte Blanco está a 1240 metros de altitud.

2.2 Ubicación geográfica donde se realizó la investigación.



Figura1. Ubicación de la localidad de Monte Blanco.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Fundamentos teóricos en la edad adulta temprana.

La adultez temprana se presenta como un periodo de cambios profundos, no se le considera ya como una etapa con características bien definidas, si no que se otorga especial importancia a las variaciones que se observan en cada contexto histórico y social que se producen. Indican que en esta fase de la vida humana también se producen cambios, algunos de los cuales pueden implicar un interés especial y a la vez modificar la conducta de las personas. (Cornachione, 2006)

Durante la edad adulta temprana la mayoría de las personas se casan, tienen hijos, desarrollan una actividad laboral, pasando de esta forma a ser esposos, esposas, padres, madres, empleados, profesionales. Esto indica que la adultez tiene tres acontecimientos vitales que la caracterizan: el matrimonio, el trabajo y la paternidad, sin dejar de tener en cuenta las situaciones sociales que de estos acontecimientos surgen. (Cornachione, 2006)

a) Desarrollo físico.

Los adultos jóvenes dan por sentado que tienen buena salud y capacidad física. En la edad adulta se sientan las fases del funcionamiento físico para el resto de la vida. La alimentación de los adultos, así como el consumo de drogas son factores que influyen mucho en el estado de salud, el bienestar actual y futuro. Hacia los 25 años, la mayor parte de las funciones corporales se han desarrollado por completo. (Papalia, 2001)

Las personas pueden mantener la salud realizando algunas actividades y evitando otras. Un ejemplo sería comer y hacer ejercicio con moderación, dormir siete a ocho horas todas las noches, no fumar y beber con moderación. Diez o más años después las personas que no siguieron estos hábitos saludables tenían dos veces más probabilidad de enfermarse.

El alimento que ingieren las personas afecta la manera de verse, sentirse y probablemente de enfermarse. Las personas que comen muchas frutas y legumbres, que incrementan la capacidad antioxidante de la sangre, tienen menos probabilidades de sufrir enfermedades cardiovasculares, apoplejía y cáncer. Seguir una dieta más vegetariana y estar activo, mantener el peso saludable y evitar fumar puede reducir los riesgos de cáncer en casi un 70%. Comer si quiera cinco porciones de frutas y legumbres diariamente podría reducir el riesgo a 20%.(Papalia, 2001)

Se estima que el sobrepeso produce trescientas mil muertes al año, que corresponden al segundo lugar en cantidad después de las cuatrocientas mil muertes anuales que se cree causadas por el hábito de fumar. (Papalia, 2001)

En los seres humanos, el consumo excesivo de alimentos puede conducir a que el cerebro no responda a las señales de esta proteína, eventualmente esta investigación puede conducir a la identificación y tratamiento de personas predispuestas a la obesidad. Los adultos que se mantienen físicamente activos obtienen muchos beneficios, pues además de ayudar a mantener el peso adecuado del cuerpo, la actividad física desarrolla los músculos, fortalece el corazón y los pulmones, reduce la presión arterial, protege contra las enfermedades cardiovasculares, la apoplejía, la diabetes, el cáncer y la osteoporosis. El tabaquismo es la principal causa de muerte, dicho hábito mata cerca de 400 mil personas anualmente y enferma a millones, el tabaquismo también se asocia al cáncer de laringe, boca, vejiga, riñón, páncreas y cuello uterino, o problemas gastrointestinales como úlceras, a enfermedades respiratorias. (Papalia, 2001)

Aunque las mujeres están bien protegidas por la actividad hormonal durante los años de reproducción, el ciclo menstrual puede acarrear problemas de salud. El síndrome premenstrual es un trastorno que implica molestias físicas y tensión emocional durante una o dos semanas antes del comienzo del periodo

menstrual, los síntomas puedes incluir fatiga, antojos de comer ciertos alimentos, dolores de cabeza, hinchazón y sensibilidad de los senos, pies o manos hinchados, inflamación abdominal entre otros. (Papalia, 2001)

Comenzando a referirnos a los términos de la infertilidad que se da tanto en hombres como en mujeres, una de las causas principales que se lleva la infertilidad en el hombre ha sido por que la reproducción de los espermatozoides son muy pocos y aunque solo se necesita un espermatozoide para fertilizar el óvulo, la concepción es improbable cuando la cantidad de espermatozoides esta por debajo de entre 60 y 200 millones por cada eyaculación. En el caso de la mujer si no produce óvulos o estos pueden ser anormales, el moco del cuello uterino puede evitar la implantación de óvulos fertilizados la mayor causa de disminución de la fertilidad en las mujeres después de los treinta años es el deterioro de la calidad de óvulos. Para esto ya existen tratamientos y muchos se han logrado con éxito pero también tiene su desventaja en el uso de un tratamiento contra este tipo de problemas. (Papalia, 2001)

El sistema reproductivo sexual se encuentra en su auge en la adultez temprana, tienen mayor impulso sexual, la fertilidad es mayor y las pérdidas de embarazo son menos comunes en algunos casos. Algunas mujeres siguen dando a luz en la menopausia, durante esta etapa tener relaciones sin protección

se produce el embarazo dentro de los tres meses en promedio, ambos sexos pierden fertilidad a medida que tienen más edad. (Papalia, 2001)

La suposición sobre el propósito del sexo suelen ser mutuas cuando el romance involucra a personas que han sido criadas dentro de los mismos valores, culturales y religioso. (Berger, 2009)

Las infecciones de transmisión sexual han formado parte de la vida desde el comienzo de los tiempos. Los expertos de la salud recomiendan que para prevenir la propagación de las infecciones, los adultos deben de concurrir a una consulta médica y examinarse seis meses de haber tenido una relación sexual antes de tener sexo con una nueva pareja, la mayoría comienza con una relación sexual casi inmediato por eso es recomendable hacerse un chequeo para no contagiar a otras personas y así llevar un tratamiento contra dicha enfermedad.

En todo el mundo los trabajadores sexuales han colaborado con la epidemia actual de infecciones de transmisión sexual, la prostitución a la que frecuentemente se denomina la profesión más antigua del mundo era de alcance local a lo que se refiere de contagio de personas. (Berger, 2009)

b) Desarrollo cognitivo

Cada persona, según sus intereses y ocupaciones, está especializándose en un cierto tipo de conocimiento, tanto si es para conseguir que el motor de un coche siga funcionando o para dirigir una corporación con éxito. Los cambios cognitivos en los adultos se desarrollan lentamente y son menos predecibles que los niños. (Hoffman, 1996)

Warner Shaie (En: Hoffman, 1996) ha desarrollado una teoría de etapas para la inteligencia del adulto que relaciona la cognición con las tareas del desarrollo, la primera etapa, es la etapa adquisitiva: los jóvenes adultos durante este periodo están ocupados en aprender nuevas habilidades y adquirir conocimientos. Pero estos se adquieren para usarlos en el futuro. La segunda etapa es la etapa de logro: en esta etapa ha llegado el momento de aplicar el conocimiento que se ha acumulado durante años. La tercera etapa es, la etapa responsable y la etapa ejecutiva: requieren aplicar la inteligencia de una forma socialmente responsable, las personas se dedican a los problemas prácticos de la vida y de sus obligaciones. La última etapa, es la etapa reintegrativa: es el momento en el que la exigencia de adquirir conocimiento ha disminuido y las consecuencias de tomar decisiones son limitadas.

Por lo tanto los patrones de la personalidad pueden afectar el funcionamiento cognitivo en situaciones de mucho estrés. Algunas personas que

son muy competitivas se vuelven hostiles cuando se frustran y se comportan como si siempre estuvieran haciendo carreras contra reloj, otras se mantienen relajadas y no dan muestra de que sientan presión por el tiempo. (Hoffman, 1996)

El ejercicio también parece potenciar la salud mental, incluso entre los jóvenes. El tiempo de reacción entre los jóvenes adultos que no están en forma se parece a los adultos mayores. Entre las mujeres de mediana edad las que corrían diariamente al menos treinta minutos reaccionaban con mayor rapidez, que las que trabajaban pero no hacían ejercicio.

Se ha descubierto que las personas de mediana edad cuyas vidas tienen muchos estímulos ambientales, especialmente aquellas que siguen interesadas en estudiar, suelen retener las habilidades intelectuales durante la tercera edad. Algunos investigadores han sugerido que la inteligencia puede empezar a declinar cuando los adultos se retiran de la participación en la vida social y económica de la sociedad. (Hoffman, 1996)

Bajo los aspectos prácticos de la inteligencia se encuentra la visión de que el desarrollo es un proceso activo de adaptación al entorno que dura toda la vida. La forma adecuada de medir la inteligencia del adulto es a través de la habilidad de las personas para resolver las exigencias de las tareas de sus vidas

cotidianas. Los adultos se desenvolverán bien en las que hagan uso de sus habilidades que emplean normalmente en sus trabajos o vida cotidiana y no les saldrán tan bien en las que tengan que recurrir a otras que no utilicen demasiado o no han usado desde que dejaron la escuela. (Hoffman, 1996)

“La memoria de reconocimiento no se pierde con el paso de los años, sin embargo aunque la capacidad para recordar empieza a fallar, sobre todo en lo que respecta a la información poco significativa” (En: Myers, 2005). Para algunos tipos de aprendizaje en cuanto a la capacidad para recordar, la edad adulta temprana es por cierto el momento máximo.

Es probable que el olvido también dependa del tipo de información que estamos tratando de recordar, si nos permiten que recordemos información insignificante como sílabas sin sentido o acontecimientos intrascendentes, cuanto mayor seamos, más errores tendremos a cometer. (Hoffman, 1996)

c) Desarrollo psicosocial

El desarrollo del adulto puede describirse en el contexto de tres sistemas independientes, pero interconexos que se concentran en varios aspectos del yo: el yo personal, el yo como miembro de una familia (hijo adulto, miembro de una pareja y progenitor) y el yo como trabajador. (Craig, 2009)

Una formulación clásica de lo que es importante para el yo adulto es la de Abraham Maslow, que pone de relieve las necesidades que hemos de satisfacer cuando luchamos por alcanzar nuestro potencial o el sentido del yo. La meta es la autorrealización, es decir, la utilización y el desarrollo plenos de nuestros talentos y capacidades. La necesidad de autorrealización sólo puede expresarse o atenderse después de satisfacer las necesidades de orden inferior como las de alimento, vivienda y seguridad.

Para el individuo, su familia es un contexto sumamente importante de su desarrollo como adulto. Los jóvenes, casados o no, suelen encontrarse en transición; pasan de la familia en la que crecieron a la familia que formarán. Hoffman (En: Craig, 2009) identifica cuatro aspectos en este proceso. El primero es la independencia emocional, en que el joven necesita cada vez menos el apoyo psicológico de sus padres.

El segundo proceso es la independencia de actitudes. El joven descubre actitudes, valores y creencias que no por fuerza son iguales a los de sus padres. El tercer proceso, la independencia funcional, se refiere a su capacidad para adquirir solvencia económica y atender los problemas cotidianos. Por último la independencia de conflictos, que se presenta en cualquier momento, supone la separación de la familia sin sentimientos de culpa ni de traición. (Craig, 2009)

Cuando un individuo se siente motivado intrínsecamente, se compromete más con el trabajo, lo realiza mejor y tiene una mejor identidad como empleado competente. Si bien esto aumenta a su vez la motivación intrínseca, el ciclo también puede seguir una dirección negativa. Las relaciones sociales en el lugar de trabajo son importantes sobre todo para las mujeres, estas relaciones ofrecen apoyo emocional y quizá sean una de las razones que explican por qué las mujeres que trabajan fuera de casa tienen mejor salud mental y física. (Craig, 2009)

La formación y el desarrollo de la pareja son elementos importantes del desarrollo adulto. Una parte de la identidad personal se adquiere por ser miembro de una pareja relativamente estable. Es, pues, indispensable entender cómo se escoge la pareja y por qué algunos deciden casarse y otros prefieren cohabitar.

Por su puesto la mayoría de la gente desea una relación matrimonial en la que predomine el amor consumado. Pero más de una pareja ha confundido el apasionamiento con el amor; en muchos matrimonios la pasión desaparece y entonces la esencia de la relación se torna no romántica. La intimidad puede destruirse si se niegan los sentimientos, en especial el enojo. El temor al rechazo también la bloquea, sobre todo cuando produce una falsa identidad que tiende a

satisfacer al otro y no las necesidades personales más importantes. (Craig, 2009)

La formación y el desarrollo de la pareja son elementos importantes del desarrollo adulto. Una parte de la identidad personal se adquiere por ser miembro de una pareja relativamente estable. Es, pues, indispensable entender cómo se escoge la pareja y por qué algunos deciden casarse y otros prefieren cohabitar. La preparación para el matrimonio a veces incluye rituales complejos: salir juntos, cortejo y compromiso. La ceremonia nupcial simboliza el vínculo; después se definen los nuevos roles conyugales en relación con la pareja y con el resto de la sociedad. La comunidad aprueba la unión, que deberá ofrecer apoyo emocional, gratificación sexual y seguridad económica a la pareja y a su familia.

El nacimiento de un hijo impone nuevos roles y responsabilidades al padre y a la madre. La llegada de un hijo significa una serie de tensiones físicas y psicológicas: alteración de las rutinas del sueño, gastos, aumento de la tensión y conflictos de diversos tipos. La madre se siente cansada; descuidado el padre, y ambos cónyuges piensan que han perdido parte de su libertad. Su intimidad y su cámara de ría pueden disminuir con la llegada de un nuevo miembro de la familia, y la atención de uno o de los dos a veces se concentra en el niño. (Craig, 2009)

El padre y la madre exteriorizan reacciones diferentes cuando nace su primer hijo. La mujer ajusta su estilo de vida para dar prioridad a los roles maternos y familiares. Por su parte, el hombre pone más empeño en su trabajo para garantizar el sustento de su familia. Con la llegada del niño se presentan nuevas tensiones y dificultades, y los roles cambian con mayor rapidez.

Las presiones de la paternidad (maternidad) son particularmente intensas para los progenitores solos que en su gran mayoría son mujeres que trabajan. El progenitor que debe encargarse solo del cuidado de sus hijos frecuentemente sufre niveles destructivos de estrés. Las mujeres siempre ganan menos que los hombres. A la mujer sin educación puede resultarle sumamente difícil llegar a fin de mes con su salario. (En: Craig, 2009)

La mujer decide el número y el espaciamiento de sus hijos, lo que le ha permitido una mayor incorporación al empleo, a la superación cultural y técnica y por ende la visa social en general. La acentuación de la participación de la mujer en el mejoramiento de las condiciones materiales de vida de la familia mediante su aporte económico y en la toma de decisiones en el hogar. (Cornachione, 2006)

El trabajo que la mujer realiza fuera del hogar no la libera de los quehaceres domésticos y para la mayoría de los casos de la jornada completa

de trabajo puede resultar agobiante. La dedicación exclusiva y a las tareas domésticas resultan opciones restrictivas para un número cada vez mayor de mujeres ya que ellas inspiran a tener un trabajo mejor y a contar con relaciones profesionales y sociales. (Cornachione, 2006)

El logro de la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres no se condiciona solo por la creación de la base material sino que se acompaña de un profundo trabajo educativo encaminado a eliminar los prejuicios y estereotipos sexistas. El modelo de las relaciones entre hombres y mujeres que se transmite en la familia es mucho más simétrico, más equitativo que en el pasado, en el cual el rol de la mujer se limitaba únicamente al de madre y esposa y no incluía otros roles sociales como el de trabajadora asalariada y activista comunitaria.

El grado de preocupación por el disfrute en la relación sexual se presenta equitativo ente los miembros de la pareja, hoy en las parejas tienen relaciones sexuales más frecuentes que en décadas anteriores la variedad de la actividad sexual está más presente y las parejas asignan más importancia al placer sexual. (Cornachione, 2006)

La disfunción y confiabilidad de los métodos anticonceptivos han contribuido a este cambio, ya que libera a los esposos de los temores de un

embarazo no deseado. Los movimientos de liberación femenina han contribuido para que muchas mujeres reconozcan su sexualidad y la pongan en práctica, la evolución sexual en el matrimonio es uno de los aspectos más importantes para alcanzar el desarrollo mutuo. Los esposos van desarrollando distintas habilidades para comunicarse sus necesidades sexuales, hecho que posibilita conocer aquello que el otro necesita. El divorcio es necesario considerarlo como algo en sí mismo, ya que la mayoría de las causas que lo genera son endógenas, algunas de las causas por la cual se genera el divorcio son: la falta de comprensión y comunicación, desinteligencias en las funciones en el reparto de las actividades domésticas, falta de afecto, incompatibilidad de interés y valores, privación sexual y aspectos económicos entre otras. Es necesario llevar medidas de precaución por si existen hijos, ya que se tendrá que ver con quien se quedara el hijo o hijos y como se lo comunicarán para que no se vea tan afectado. (Cornachione, 2006)

3.2 Fundamentos teóricos del Cáncer de mama.

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. Las neoplasias epiteliales de la mama constituyen la causa más frecuente de tumor maligno en la mujer (excepto el cáncer de piel) y representan cerca de 33% de los tumores malignos en este grupo de población. El cáncer de mama es una enfermedad clonal; una célula individual transformada, el producto de una serie de mutaciones somáticas

adquiridas o de línea germinal acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. (Fauci, 2008)

“La mama está compuesta por lóbulos y conductos: cada mama tiene 15-20 lóbulos, que se dividen en lobulillos y a su vez docenas de bulbos que producen leche. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos denominados conductos, cada mama presenta vasos sanguíneos y vasos linfáticos. El principal aporte sanguíneo de la mama proviene de la arteria mamaria interna y solo un tercio de las ramas torácicas de la rama axilar y de las arterias intercostales” (García, 2009).

Existen varios genes que participan en los casos familiares. El síndrome de Li-Fraumeni se caracteriza por mutaciones hereditarias en el gen supresor de tumores p53, con aumento en la incidencia de cáncer de mama, osteosarcomas y otros tumores malignos. Sobre el cáncer mamario también se ha informado de mutaciones hereditarias en el gen PTEN. Otro gen supresor de tumores, el BRCA-1 (breast cáncer), se ha identificado en el locus cromosómico 17q21; este gen codifica una proteína de dedo de zinc y su producto puede, por tanto, actuar como factor de transcripción. El gen está implicado en la reparación de genes. Las mujeres que heredan un alelo mutado de este gen a partir de cualquiera de sus progenitores tienen un riesgo aproximado de 60 a 80% de padecer cáncer

de mama a lo largo de su vida, así como un riesgo aproximado de 33% de presentar cáncer de ovario. (Fauci, 2008)

Las mutaciones de la línea germinal en BRCA-1 y BRCA-2 pueden detectarse con facilidad; las pacientes con estas mutaciones pueden recibir asesoramiento genético. Todas las mujeres con antecedentes familiares intensos de cáncer de mama deben remitirse a programas de detección sistemática genética siempre que sea posible, en particular las mujeres de origen asquenazí que poseen una probabilidad muy alta de una mutación BRCA-1 específica.

La participación de la alimentación en la etiología del cáncer de mama es objeto de controversia. Aunque existen vínculos que relacionan la ingestión calórica total y el contenido de grasa de la dieta con el riesgo de cáncer de mama, no se ha demostrado la participación precisa que tenga la grasa de la alimentación. La mayor ingesta calórica contribuye de múltiples formas al riesgo de cáncer de mama: menarca más temprana, menopausia a una edad más tardía y mayores concentraciones de estrógeno en la posmenopausia, que refleja mayores actividades de aromatasa en los tejidos adiposos. (Fauci, 2008)

La ingesta moderada de alcohol también incrementa el riesgo de esta enfermedad por un mecanismo desconocido. Los suplementos de ácido fólico al

parecer modifican el riesgo en mujeres que consumen alcohol, pero no brinda protección adicional en las abstemias. Las recomendaciones sobre la abstinencia de alcohol deben ponderarse considerando otras presiones sociales y el posible efecto cardioprotector del consumo moderado de alcohol. (Fauci, 2008)

Los metaanálisis más fiables respecto a la utilización de anticonceptivos orales sugieren que estos fármacos apenas aumentan el riesgo de cáncer de mama, si es que lo hacen. Por lo contrario, los anticonceptivos orales tienen un efecto protector contra los tumores epiteliales ováricos y los cánceres endometriales. Aparte de otros factores, la radiación puede ser un factor de riesgo en las mujeres jóvenes. Las mujeres que se han expuesto antes de los 30 años a radiación en forma de múltiples radioscopias (200 a 300 cGy) o a tratamiento de la enfermedad de Hodgkin tienen un incremento sustancial del riesgo de cáncer de mama, mientras que la exposición a la radiación después de los 30 años de edad parece tener un efecto cancerígeno mínimo sobre la mama.

La exploración de las mamas por parte del médico se debe realizar con luz adecuada para poder observar la presencia de retracción y de otros cambios cutáneos. Es necesaria la inspección del pezón y la areola y debe intentarse provocar la secreción a través del pezón. Se deben explorar todos los grupos ganglionares linfáticos regionales, realizando la medición de cualquier lesión

observada. Por medio de la exploración física sola no es posible descartar la presencia de cáncer. Es muy probable que las lesiones con ciertas características sean cancerosas (si son duras, irregulares, con muescas, fijas o sin dolor). (Fauci, 2008)

En las mujeres premenopáusicas, las lesiones de carácter equívoco o que no levantan sospecha en la exploración física deben estudiarse de nuevo a las dos a cuatro semanas, durante la fase folicular del ciclo menstrual. El mejor momento para la exploración de las mamas es entre los días cinco y siete del ciclo. La detección de una tumoración dominante en una mujer posmenopáusica o de una dominante que persiste a lo largo del ciclo menstrual en una mujer premenopáusica, obliga a la punción-aspiración con aguja fina de la misma, o bien, a la remisión de la paciente al oncólogo. En los casos en que se aspira fluido no hemático y que, por tanto, la lesión se considera curada, el diagnóstico (quiste) y el tratamiento se llevan a cabo de manera simultánea. (Fauci, 2008)

La mamografía de detección sistemática no se debe confundir con la mamografía diagnóstica, que se realiza tras la detección de una anomalía palpable. La mamografía diagnóstica tiene como objetivo la evaluación del resto de la mama antes de que se realice la biopsia y en ocasiones forma parte de la estrategia de la triple prueba para excluir una biopsia inmediata.

Las alteraciones sutiles que se detectan al principio en la mamografía de detección sistemática deben evaluarse con cuidado mediante compresión o proyecciones amplificadas. Estas alteraciones son los grupos de microcalcificaciones, las zonas de densidad aumentada en particular si tienen un patrón espiculado y las zonas de distorsión de la arquitectura de reciente aparición o de agrandamiento progresivo. En algunas lesiones no palpables la ecografía puede ser útil para identificar los quistes o guiar la biopsia. Cuando no existe una lesión palpable y los estudios mamográficos detallados son inequívocamente benignos, se debe realizar un seguimiento sistemático apropiado para la edad de la paciente. (Fauci, 2008)

Durante el embarazo, las mamas crecen por efecto de los estrógenos, la progesterona, la prolactina y el lactógeno placentario humano. La lactancia es suprimida por la progesterona, que bloquea los efectos de la prolactina. Tras el parto, la lactancia se estimula por la disminución de las concentraciones de progesterona, que hace que los efectos de la prolactina no se contrarresten. La aparición de una tumoración o tumefacción dominante durante el embarazo o la lactancia nunca debe atribuirse a cambios hormonales. Una masa dominante debe ser tratada con la misma acuciosidad en una embarazada que en otra mujer. El cáncer de mama afecta a una de cada 3 000 a 4 000 embarazadas. (Fauci, 2008)

Las embarazadas a menudo tienen enfermedad más avanzada, en virtud de que no se dio importancia a la tumoración mamaria o a causa de estimulación hormonal endógena. Los tumores mamarios persistentes en mujeres gestantes o lactantes no pueden atribuirse a cambios benignos a partir de los datos físicos; en estos casos es necesaria la valoración diagnóstica inmediata.(Fauci, 2008)

El dolor es el síntoma más frecuente, pero no se comprenden bien sus causas, menos del 2% de mujeres con dolor mamario tendrán cáncer; la mayoría tendrá también una masa mamaria. Una masa palpable es el segundo síntoma, en frecuencia la mayoría son quistes simples, que pueden ser aspirados completamente, desapareciendo la masa. Las masas se hacen menos frecuentes con la edad mientras que aumenta la probabilidad de carcinoma. (Mitchell, 2007)

La secreción por el pezón es un síntoma menos frecuente, es debida sobre todo a un papiloma intraductual, pero puede asociarse con un carcinoma. Las anomalías mamográficas que requieren biopsia están presentes en alrededor del 2% de las mujeres asintomáticas. Las densidades debidas a cáncer serán carcinoma invasor en más del 90% de casos y una incidencia de metástasis a los ganglios enfáticos de 14% y solo raramente carcinoma ductual in situ (CDIS).

El carcinoma inflamatorio simula la inflamación al obstruir los linfáticos de la dermis con émbolos tumorales y siempre debe sospecharse si una mujer no lactante presenta una mama tumefacta eritematosa. (Mitchell, 2007)

El carcinoma de mama es el cáncer no cutáneo más frecuente en mujeres y alrededor de un tercio de las mujeres afectadas sucumbirá a la enfermedad. Una mujer que viva hasta los 90 años tiene una probabilidad de uno entre ocho de presentar cáncer de mama. (Mitchell, 2007)

El cáncer de mama localmente avanzado es una entidad que comprende un grupo heterogéneo de tumores con lesiones primarias de gran tamaño en la mama, o tumores pequeños con extensa afectación axilar. Actualmente la estrategia terapéutica en un grupo de tumores consiste en la combinación secuencial de un tratamiento sistémico que comporte antraciclinas y locorregional, quimioterapia de inducción-cirugía y/o radioterapia con objeto de conseguir la máxima reducción de masa tumoral y la erradicación de la enfermedad micrometastásica. (Díaz, 2000)

El carcinoma inflamatorio es un subgrupo de carcinoma de mama localmente avanzado con peor pronóstico y mayor agresividad en su curso clínico. El carcinoma inflamatorio es una identidad clínico patológica

caracterizado por la induración difusa de la piel de la mama afecta, con borde erisipeloides, generalmente sin masa palpable subyacente.

En la actualidad menos del 8% de pacientes con cáncer de mama son diagnosticadas con metástasis. Las metástasis pueden ser precoces o tardías tras el tratamiento inicial del tumor primario, afectar a uno o varios órganos, ser o no sintomáticas y comprometer la función de estructuras vitales. Todo ello va a condicionar la decisión terapéutica que hay que adoptar. (Díaz, 2000)

El cáncer de mama avanzado es no curable con tratamiento convencional, el objetivo principal del tratamiento en esta situación es la paliación de los síntomas. Aunque el tratamiento tiene un propósito curativo cuando el cáncer de mama se limita a la mama y a la axila, la aparición de metástasis cambia la intención terapéutica de curativa o paliativa, por lo tanto su tratamiento se considera más crónico que agudo.

La toxicidad del tratamiento es de gran importancia cuando su objetivo es reducir los síntomas y mejorar el estado funcional. Es necesario equilibrar la toxicidad relacionada con el tratamiento y la tasa de respuesta para alcanzar la paliación. (Díaz, 2000)

El tratamiento del cáncer de mama metastásico ha sufrido muchos cambios, tanto cuantitativos como cualitativos con diferentes grados de éxito e índices de respuesta. Aunque se han obtenido de forma constante buenos índices de paliación y de respuesta objetiva, no se han alcanzado curaciones ni se ha modificado la supervivencia global.

Los tratamientos sistémicos tienen un gran papel en el abordaje terapéutico de esta enfermedad, reservándose las maniobras quirúrgicas y de radioterapia para el manejo de algunas complicaciones que puedan presentar por esta enfermedad a lo largo de su proceso. (Díaz, 2000)

El síntoma de presentación en cerca del 70% de los pacientes con cáncer de mama es una tumoración (casi siempre indolora). Alrededor del 90% de estas tumoraciones mamarias lo descubre la paciente. Son síntomas menos frecuentes dolor, secreción del pezón, erosión, retracción, aumento de volumen o prurito en el pezón; eritema, dureza generalizada, crecimiento, o disminución del volumen de la mama. (Papadakis, 2014)

Por lo general el cáncer de mama consiste en una tumoración firme o dura, sin hipersensibilidad con bordes mal delineados (por la infiltración local). Las erosiones que se presentan son muy pequeñas 1 a 2 mm del epitelio del pezón pueden ser la única manifestación de un carcinoma de paget.

Se utilizan diferentes pruebas de diagnóstico. El diagnóstico de cáncer de mama depende al final del estudio del tejido o células extirpados por la biopsia. Nunca debe instituirse tratamiento sin un diagnóstico. La estrategia más segura es el examen por biopsia de todas las lesiones sospechosas halladas en la exploración física. La citología por FNA es una técnica útil mediante la cual se aspiran las células con una aguja pequeña y se revisan por citología, esta técnica se puede realizar con facilidad y sin morbilidad. (Papadakis, 2014)

La biopsia con aguja gruesa permite retirar el núcleo del tejido con una gran aguja de corte y es el procedimiento diagnóstico de elección tanto para anomalías palpables como para las que se detectan en otros estudios. La ecografía se realiza sobre todo para diferenciar las lesiones quísticas de las sólidas, pero puede mostrar signos indicativos de carcinoma.

La ecografía puede mostrar una tumoración irregular dentro de un quiste en el caso excepcional del carcinoma intraquístico si hay un tumor palpable y se percibe como quiste, se puede usar como aguja de calibre 18 para aspirar el líquido que contiene y establecer el diagnóstico. La mamografía, cuando se identifica una anomalía sospechosa sólo en la mamografía y el médico no la encuentra por palpación, debe de solicitarse biopsia bajo guía mamográfica. (Papadakis, 2014)

Se realiza la biopsia con localización mamográfica mediante la obtención de una mamografía de dos vistas perpendiculares y colocación de una aguja o gancho de alambre cerca de la anomalía, de tal manera que el cirujano pueda utilizar la aguja o el alambre de metal como guía durante la operación para situar la lesión después se traza una incisión y se disecciona el tejido subcutáneo hasta identificar la aguja. (Papadakis, 2014)

Se han investigado otras modalidades de estudios de imágenes mamarias con fines diagnósticos. La ecografía automatizada permite distinguir entre lesiones quísticas y sólidas, aunque debe utilizarse solo como complemento de la exploración física y mamográfica.

La ductografía puede ayudar a definir el sitio de una lesión que causa una secreción sanguinolenta. La ductoscopia parece alentadora para identificar lesiones intraductuales, sobre todo en caso de secreción patológica por el pezón, pero en la práctica esa técnica se usa muy pocas veces. (Papadakis, 2014)

El estudio citológico de la secreción del pezón o el líquido del quiste puede ser útil solo en raras ocasiones. Como regla se necesita mamografía (o ductografía) y biopsia mamaria cuando la secreción del pezón o el líquido del quiste son sanguinolentos o cuestionables en términos citológicos.

El carcinoma de Paget no es frecuente. Afecta al pezón y no siempre se acompaña de una tumoración mamaria, se asocia de un cáncer subyacente, invasor o no invasor casi siempre un carcinoma ductal infiltrativo bien diferenciado o DCIS. Los conductos del epitelio del pezón están infiltrados, pero a menudo los cambios macroscópicos en el pezón son mínimos y es posible que no haya una tumoración palpable. (Papadakis, 2014)

El cáncer mamario bilateral se presenta en 5% de los casos, pero hay una incidencia de hasta 20 a 25% de aparición posterior de cáncer en la segunda mama. Se reconoce bilateralidad más veces en el cáncer mamario familiar, en mujeres menores de 50 años y cuando el tumor en la primera mama es lobulillar. Puede ocurrir cáncer no invasor dentro de los conductos o lobulillos. El lobular carcinoma in situ si se llega a considerar una alteración premaligna o un factor de riesgo de cáncer mamario. (Papadakis, 2014)

La mayoría de estos pacientes con cáncer pueden curarse, la extensión de la enfermedad y su malignidad biológica son los principales factores determinantes de los resultados del tratamiento primario. La clasificación clínica e histopatológica por etapas de ayuda valora la extensión de la enfermedad.

Resección quirúrgica. Tratamiento de conservación mamaria, el tamaño del tumor es una consideración importante para determinar la factibilidad del

tratamiento de conservación mamaria. Para lograr un resultado estético aceptable, la paciente debe de tener una mama de dimensiones suficientes para permitir la escisión de un tumor de 4cm sin causar deformidad de consideración. La disección axilar se utiliza sobre todo para prevenir recurrencias en esa región, realizar la estadificación del cáncer y preparar el tratamiento sistémico. La cirugía de conservación mamaria de radiación es el tratamiento preferido para pacientes con cáncer de mama en etapa temprana. (Papadakis, 2014)

La mastectomía radical modificada fue el tratamiento estándar para la mayoría de las personas con cáncer de mama en etapa temprana. En dicha operación se retira toda la mama, la piel suprayacente, el pezón y el complejo areolar, así como la fascia pectoral subyacente en continuidad con los ganglios linfáticos axilares. (Papadakis, 2014)

La principal ventaja de la mastectomía radial modificada es que no siempre es necesaria la radioterapia, aunque puede suministrarse radiación cuando hay ganglios linfáticos afectados por el cáncer o cuando el tumor primario es grande. La mastectomía radical, en la que se extirpa el músculo pectoral subyacente, debe realizarse en ocasiones excepcionales, o nunca. (Papadakis, 2014)

La radioterapia después de una mastectomía parcial consta de cinco a siete semanas de cinco fracciones diarias hasta alcanzar la dosis que se estipula. La mayoría de los radiólogos oncólogos usa una dosis de refuerzo en el sitio del cáncer. La radiación mamaria parcial acelerada, en la cual solo se aplica la radiación a la parte de la mama de la que se expiró el tumor, durante una o dos semanas, parece eficaz para alcanzar el control local.

El objetivo del tratamiento sistémico que incluye fármacos hormonomoduladores (tratamiento endocrino) quimioterapia citotóxica, y el trastuzumab, fármaco específico contra HER-2/neu, es destruir células cancerosas que escaparon de la mama y de los ganglios linfáticos axilares en la forma de micrometástasis, antes de que se formen macrometástasis es decir cáncer en estado IV. (Papadakis, 2014)

La quimioterapia disminuye posoperatoria disminuye el riesgo de recidiva y la mortalidad específica de cáncer mamario en todas las mujeres, se han podido controlar los efectos secundarios de la quimioterapia. La náusea y el vómito son anulados con fármacos que modifican en forma directa el sistema nervioso central, como el ondansetrón y el granisetron.

Efectos secundarios frecuentes en la quimioterapia son la infertilidad y la insuficiencia ovárica prematura, sobre todo en mujeres que se acercan a los 40

años y es importante señalarlos a los pacientes antes de iniciar el tratamiento.
(Papadakis, 2014)

Sobreexpresión de HER-2/neu. Se sabe que el 20% de los cánceres de mama muestran sobreexpresión o amplificación del oncogén HER-2/neu. El mal pronóstico vinculado con la sobreexpresión de dicho oncogén ha mejorado de forma impresionante al contar con el tratamiento específico contra HER-2/neu.
(Papadakis, 2014)

El tratamiento paliativo son lo que alivian los síntomas, mejoran la calidad de vida incluso prolongan la supervivencia, sin la expectativa de la curación. La radioterapia paliativa puede ser aconsejable en el tratamiento primario de cánceres localmente avanzados con metástasis a distancia, para controlar úlceras, dolor y otras manifestaciones de las mamas y de ganglios regionales.

Después del tratamiento es importante vigilar a los pacientes de cáncer mamario durante largo tiempo para detectar recurrencias y observar la mama contralateral en busca de un segundo carcinoma primario. Las recidivas locales y distantes ocurren con más frecuencia en los primeros dos o cinco años.
(Papadakis, 2014)

3.3 Fundamentos teóricos del desgaste emocional.

3.3.1 Fundamentos de las emociones.

Las emociones son multidimensionales y son sentimientos subjetivos ya que nos hacen sentir de una forma particular como irritada o alegre. Las emociones también son reacciones biológicas, respuestas que movilizan energía, la cual alista el cuerpo para adaptarse a cualquier situación que se enfrente. (Reeve, 2003)

Las cuatro dimensiones (o componente) de la emoción son las siguientes; el componente subjetivo le da a la emoción su sentimiento, una experiencia subjetiva que tiene significancia y significado personal. El componente biológico, incluye la actividad del sistema autónomo y hormonal, ya que participan en la emoción para preparar y regular la conducta de enfrentamiento adaptativo.

El componente funcional tiene que ver con la cuestión de cómo una emoción, una vez experimentada, beneficia el individuo. El componente expresivo es el aspecto comunicativo, social de la emoción. Mediante posturas, gestos, vocalizaciones y expresiones faciales. (Reeve, 2003)

La manera en que se origina una emoción es por la perspectiva biológica y cognitiva que proporcionan un cuadro más o menos comprensivo del

proceso de la emoción, los que argumentan la primacía de la cognición afirman que los individuos no pueden responder de manera emocional a menos que primero valoren en forma cognitiva el significado y la significancia personal de una situación.

Quienes afirman la primacía de lo biológico argumentan que las reacciones emocionales no necesariamente requieren tales evaluaciones cognitivas. Los sucesos de un tipo diferente, como la actividad neuronal subcortical o las expresiones faciales espontáneas, activan la emoción. (Reeve, 2003)

Las emociones no ocurren sin un motivo; se presentan por una razón, desde un punto de vista funcional, las emociones evolucionaron porque ayudaron a los animales a lidiar con tareas fundamentales. Las emociones sirven a ocho propósitos distintos: protección, destrucción, reproducción, reunión, afiliación, rechazo, exploración y orientación. La función de la emoción es por tanto, prepararnos para responder en formas exitosas a las tareas fundamentales de la vida.

Desde un punto de vista funcional, no existe una “mala” emoción. La alegría no es necesariamente una buena emoción; asimismo, la ira y el miedo no son necesariamente malas emociones. Todas las emociones son benéficas, ya

que dirigen la atención y canalizan la conducta a donde es necesario, dadas las circunstancias que uno enfrenta. El miedo, la ira, la repugnancia, la tristeza y todas las emociones específicas son buenos, pues el miedo facilita de manera óptima la protección; la repugnancia propicia de manera óptima el rechazo de objetos contaminados. (Reeve, 2003)

Las dos formas principales de regular nuestro sistema emotivo sona través de evaluaciones cognitivas y mediante despliegues culturalmente apropiados. Adquirir dominio para la regulación emocional por lo general se logra con la experiencia, y ello constituye una empresa de toda la vida, al final que las emociones nos sirvan bien y faciliten el enfrentamiento adaptativo depende de lo capaces que seamos para autorregular nuestros sistemas emocionales. (Redorta, 2006)

Hay tres componentes en una emoción, neurofisiológico, conductual y cognitivo. El neurofisiológico se manifiesta en una respuesta como la taquicardia, la sudoración, la vasoconstricción, la hipertensión, el tono muscular, el rubor, la sequedad de boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales, la respiración etc.

Todo esto son respuestas involuntarias, que el sujeto no puede controlar. Sin embargo se pueden prevenir mediante técnicas apropiadas como la

relajación. Como consecuencia de emociones intensas y frecuentes se pueden producir problemas de salud como taquicardia, hipertensión, úlcera, estrés, etc. la observación del comportamiento de un individuo permite inferir que tipo de emociones está experimentado. Las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, el volumen, el ritmo, los movimientos del cuerpo etc. (Redorta, 2006)

El componente cognitivo o vivencia subjetiva es lo que a veces se denomina sentimiento. Sentimos miedo, angustia, alegría y muchas otras emociones, para distinguir entre el componente neurofisiológico y cognitivo a veces se emplea el término de emoción. El puente cognitivo hace que califiquemos un estado emocional y le demos un nombre.

Hay una interacción entre emoción, pensamiento y acción, las emociones influyen en lo que pensamos y en lo que hacemos. Las emociones influyen en lo que pensamos y en lo que hacemos, a su vez los pensamientos influyen en la forma de experimentar las emociones y en las acciones, las acciones repercuten en el pensamiento y en la emoción. (Redorta, 2006)

La introspección suele ser el único método para llegar al conocimiento de las emociones de los demás, pero al mismo tiempo dificulta la toma de conciencia de las propias emociones. (Redorta, 2006)

Las emociones son muy instintivas, nace de la parte más profunda de nuestro cerebro. La idea de instintivo remite al nivel de lo más biológico de las personas. La estructura de las emociones no se corresponde a compartimentos estancos, sino más bien a vasos comunicantes. Las emociones ambiguas se denominan así porque pueden tener aspectos positivos y negativos en sí mismas y al margen de su función.

Las emociones estéticas se experimentan ante la belleza. Una persona puede quedar extasiada ante una obra de arte como literatura, pintura, escultura, cine danza etc. Pero las emociones estéticas no se reducen a las obras de arte en sentido, sino que se extienden a la belleza general. (Redorta, 2006)

“A partir de las experiencias emocionales tempranas vamos construyendo un modo de acercarnos o de relacionarnos con los otros através del predominio de ciertos estados emocionales sobre otros y ciertos mecanismos básicos de manejo de las emociones y las situaciones que las desencadenan, que van construyendo características básicas o formas de reacción que constituyen la personalidad o rasgos que tienen cierta permanencia o regularidad con el tiempo”. (Casassus, 2007)

Las emociones básicas que el ser humano maneja durante toda su vida y durante a todo el día son fundamentales para su sobrevivencia. La emoción del miedo es la más primitiva de las emociones, encontrándose asociada a la principal característica o finalidad de cualquier ser vivo: la supervivencia, cuando aparece la posibilidad de perder la vida o cualquier otra variable asociada a la misma o a su calidad, se produce la emoción del miedo. Esa emoción se produce cuando la pérdida, o amenaza de pérdida, se encuentra próxima. (Palmero, 2002)

Las funciones del miedo se encuentran relacionadas con la adaptación, es decir una persona que siente miedo toma conciencia de la dificultad de la situación, toma conciencia de lo que puede perder y, como consecuencia de esos análisis conscientes, la persona decide escapar o enfrentarse a la situación. La respuesta fisiológica que tiene esta emoción es el incremento de sudoración, frecuencia cardíaca, alteración en la frecuencia respiratoria, trastornos gástricos, tensión muscular y sequedad de boca.

La alegría, como cualquier otra emoción, se corresponde como una respuesta multidimensional, con connotaciones adaptativas, que suelen ser muy breve, muy intensa y provocada por un estímulo antecedente con unas características específicas. (Palmero, 2002)

La función fundamental de la alegría consiste en favorecer la relación interpersonal, influyendo sobre los demás, favoreciendo la diversión, permitiendo mostrar el efecto o estima que se siente por alguien, y suavizando las eventuales tensiones que con frecuencia se genera en el ambiente interpersonal. La respuesta fisiológica de la alegría se caracteriza por una deceleración de la frecuencia cardiaca, activación del músculo zigomático cuya acción permite la elevación de las comisuras de la boca, manifestación de exaltación, júbilo, excitación con grandes carcajadas y gran actividad motora, a través de la risa se producen cambios hormonales importantes como la disminución de los niveles de colesterol, epinefrina y hormona del crecimiento en la sangre.

La sorpresa es una emoción más que facilita la aparición de una reacción emocional y conductual apropiada ante situaciones novedosas. La función de la sorpresa se logra mediante sus claros mecanismos de expresión, que comunican a los demás la situación de la incertidumbre y por tanto permiten adecuar su comportamiento a dicha condición. (Palmero, 2002)

La respuesta fisiológica de la sorpresa provoca una desaceleración física de la frecuencia cardiaca, aumento físico del tono muscular, interrupción puntual de la respiración, dilatación pupilar muy puntual en el tiempo e incremento momentáneo de la actividad neuronal.

La ira es una emoción que se encuentra presente en prácticamente todas las especies. La función de la ira se encuentra relacionada con la protección y la defensa de la integridad propia, de la descendencia y de los bienes o posesiones, la ira puede ser considerada como un elemento básico de la vida afectiva, como algo imprescindible para entender la supervivencia humana, pues posee funciones de regulación interna y de comunicación social. La emoción de ira prepara al organismo para iniciar y mantener intensos niveles de activación focalizada y dirigida a un objetivo. (Palmero, 2002)

La respuesta fisiológica de la ira asocia con un incremento de frecuencia cardíaca menor que en la emoción del miedo y en la presión sanguínea, un incremento en la tensión muscular y una especie de calor en el rostro. (Palmero, 2002)

La emoción de tristeza está relacionado con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida esta como un objeto o una persona. Una de las funciones principales de la tristeza tiene connotaciones personales, ya que siendo la emoción más reflexiva que existe, permite que una persona haga introspección, realice un análisis personal acerca de si situación, su futuro y su vida general. Se presenta niveles de sueño altos, falta de apetito, falta de energía para realizar cualquier actividad, entre otras más que se suelen presentar de acuerdo al tipo de persona. (Palmero, 2002)

La emoción de asco, aversión o repugnancia, esta emoción se considera básica porque tiene un sustrato neutral innato. La función adaptativa del asco es quizá la más significativa, ya que prepara al organismo para que ejecute eficazmente un rechazo de las condiciones ambientales potencialmente dañinas movilizandando la energía necesaria para ello y dirigiendo la conducta al alejamiento del estímulo desencadenante.

Produce sistemas sobre el sistema somático, tales como elevaciones en la tensión muscular, frecuencia respiratoria, con especial prolongación de pausas entre respiraciones y un aumento de la actividad gastrointestinal. (Palmero, 2002)

Para controlar las emociones hay que conocerlas en nosotros mismos y en otras personas, hay que saber identificar esas emociones, cuando las sentimos y cuando otras personas las expresan. Esto se realiza mediante técnicas de relajación, respiración, se utiliza el cognitivo-conductual, hacer ejercicio, nadar, meditación acerca de las emociones negativas que uno presenta. Todas estas necesitan un proceso de un tiempo para poder llevar a cabo un control emocional adecuado. (Segura, 2002)

No controlar nuestras emociones y a veces ni conocerlas, se puede llamar analfabetismo emocional. Ese analfabetismo es compatible con tener muchos

conocimientos en otros campos de la cultura. Así, personas con carreras universitarias incluso con responsabilidades docentes, son a veces incapaces de dominar su ira o de sobreponerse de sus tristezas. Entre los adultos, las emociones incontroladas llevan a separaciones matrimoniales, decisiones equivocadas, enemistades que hace sufrir a familias enteras. (Segura, 2002)

3.3.2 Fundamentos del desgaste emocional.

Su origen del desgaste emocional se derivó en los años 50 por el trabajo directo con las personas en situaciones de enfermedad y desafecto, en la actualidad se aplica y se enfoca a situaciones de desequilibrio sociolaboral y de estrés laboral derivadas de las relaciones interpersonales. (Perea, 2004)

Las múltiples exigencias y responsabilidades derivadas del trabajo, unidas a veces a la falta de expectativas profesionales y escasa calidad de las relaciones humanas en la empresa, está haciendo que el estrés se convierta en una de las principales patologías del ámbito laboral. El síndrome de burnout o desgaste profesional se considera como una etapa avanzada del estrés laboral derivada de un estado crónico que, no solo afecta a la salud del trabajador, sino

también a la productividad de la empresa, originando un estrés crónico en los trabajadores.

El estrés negativo puede darse tanto por exceso como por defecto, el estímulo que experimentamos para realizar las tareas diarias genera la energía necesaria para poner en funcionamiento nuestras capacidades y aptitudes. (Perea, 2004)

La cantidad de noradrenalina es la adecuada, incrementa el estado de alerta, mejora la concentración, la capacidad de aprendizaje, la capacidad mental y la toma de decisiones, ello nos hace sentirnos seguros y enfrentarnos a las diversas situaciones; en este caso podemos hablar de una situación positiva o de equilibrio. (Perea, 2004)

El tratamiento del estrés se ha centrado, durante un amplio periodo de tiempo, exclusivamente en el medicamento, cuando nos encontramos con una persona que tiene desgaste emocional por una enfermedad el estrés suele desarrollarse constantemente y tiene una menor posibilidad de que la persona se encuentre en un estado positivo ante su salud física y también emocional. (Perea, 2004)

Un tipo de estrés crónico que podríamos definir como la respuesta psicofísica que tiene lugar el individuo como consecuencia de un esfuerzo frecuente cuyos resultados la persona considera ineficaces e insuficientes, ante lo cual reacciona quedándose exhausta, con sensación de indefensión y una retirada psicológica y a veces física de la actividad a cuan sea el estrés excesivo y de la insatisfacción. El síndrome se manifiesta en una sensación continuada de no poder más. (Bosqued, 2008)

Hay un consenso bastante generalizado acerca de los tres elementos que caracterizan fundamentalmente al síndrome.

- Agotamiento emocional. Surge precisamente como consecuencia de la disminución de los recursos emocionales del profesional para enfrentarse con los retos que su labor le plantea, y se concreta en una continua y creciente fatiga en los niveles mental, físico y emocional.
- Despersonalización. Sobreviene como un mecanismo de defensa del propio afectado que ha estado implicándose mucho en sus tareas y siente que, al haberse venido abajo sus recursos emocionales, no puede continuar haciéndolas con esa intensidad.
- Baja realización personal. Sensación subjetiva que nace como consecuencia de los dos factores, el profesional se siente frustrado por la forma en que realiza su propio trabajo y los resultados conseguidos de él, que tienden a vivenciarse de manera negativa y como resultado de una

insuficiencia profesional, lo que tiene como consecuencia una merma en la autoestima. (Bosqued, 2008)

El síndrome de burnout o desgaste emocional está asociado con un gran número de términos diferentes, tales como el aburrimiento, el estrés, el exceso de tensión, la depresión, el síndrome de sobreentrenamiento, la fatiga crónica, el estancamiento, el desgaste o agotamiento vital. El burnout es más que una reacción de estrés común, el burnout se refiere a una ruptura en la adaptación en la que el individuo es incapaz de adaptarse sin ayuda externa o recomposición ambiental. (Carlin, 2014)

En un intento de incorporar tanto el proceso y las características del estado de agotamiento, el burnout es persistente y negativo, está relacionado con el estado mental de los individuos normales en el trabajo, que se caracteriza fundamentalmente por el agotamiento que se acompaña de angustia, disminución de motivación entre otras. (Carlin, 2014)

La OMS ha definido la salud en general, como un estado de completo bienestar mental, físico y social. La salud mental es una parte integral de la salud y es más que la ausencia de enfermedad, es que la salud mental está íntimamente conectada con la salud física esto tiene que ver con el sentido de felicidad, libertad, paz social y oportunidad, conceptos mucho más subjetivos

pero importantes de tener en cuenta cuando hablamos de una persona con salud mental. (Sánchez, 2008)

La salud no solo implica la ausencia de enfermedad o de desviaciones significativas de la norma (anormalidad); si no que conlleva aspectos subjetivos de la condición individual tales como la satisfacción personal, la felicidad, la libertad y la competencia personal y la capacidad de adaptación al entorno.

Así mismo debe de considerarse el tiempo que algunos familiares dejen de trabajar y no percibir ingresos por tener que llevar al paciente a las consultas y tratamientos; las repercusiones en la disminución de la calidad de vida en la familia, el estrés ocasionado por la enfermedad y como consecuencia la presencia de trastornos mentales y problemas emocionales en los familiares del paciente, como la depresión y el abuso de alcohol. (Sánchez, 2008)

Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención, 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse, la tasa de suicidio en los últimos 20 años se ha incrementado en 125%. Para los pacientes existe el sufrimiento que es el dolor del alma, la falta de confort, el malestar que es consecuente con referentes cognitivos y con activos de algún trastorno o padecimiento. En algunos casos el

dolor y el sufrimiento son consecuencia de elementos biológicos, hay una causa física y una disfunción corporal.

La conducta maladaptativa se refiere a la parte conductual, es decir, a lo que hace. En general, la adaptación describe la capacidad del individuo de interactuar con su medio ambiente, de afrontar los problemas de manera exitosa y de ajustarse y funcionar ante el cambio dentro de las exigencias de su entorno. (Sánchez, 2008)

El control, en salud mental, se refiere a la consistencia que a través del tiempo, muestra una persona con respecto a su conducta. Connota la capacidad para predecir la reacción de una persona conocida ante un evento determinado. La pérdida de control, caracteriza a las personas con labilidad afectiva o con carácter explosivo, como coloquialmente se les llama.

Para el paciente pueden existir varios tipos de trastornos depresivos. Los tres más comunes son la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Pueden ocurrir varias veces en el curso de la vida y ocasionar episodios de psicosis o suicidio. (Sánchez, 2008)

La distimia un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos y de larga duración y aunque no incapacitan tanto, interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. El trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Este no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia y suelen pasar muchos años antes del diagnóstico. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos pero por lo regular son graduales.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esta parece suceder en el caso de trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que quienes se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman.

La investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, las enfermedades de Parkinson y los trastornos de las hormonales, pueden provocar una enfermedad sin deseos de atender sus propias necesidades físicas. (Sánchez, 2008)

El estrés causa enfermedades; de igual modo que la presión, la preocupación y la angustia son dañinas para la salud; resulta importante desde la perspectiva psicosomática revisar la evidencia que argumenta que el estrés está asociado a ciertas enfermedades.

El cáncer de mama que las mujeres padecen es muy desgastante física y emocional. Las mujeres suelen ser más vulnerables a circunstancias como esta enfermedad, por lo que afecta a sus emociones teniendo como consecuencia una alteración tanto cognitiva como conductual.

La mujer empieza a originar ideas negativas sobre su estado de salud o sobre su bienestar provocando estrés, ansiedad, angustia, tristeza y conductas de irritabilidad o enojo. De esta manera se presenta un desgaste emocional en pacientes con esta enfermedad, esta enfermedad va deteriorando a la mujer emocionalmente y provocando también un desgaste físico lo que conlleva a que no tenga una pronta recuperación en dicha enfermedad y más cuando a la paciente se le está suministrando las quimioterapias ya que esto provoca un fuerte desgaste físico.

Muchos psicólogos y médicos aceptan que las personas cuyas vidas están bajo presión, estrés y preocupaciones tienen más probabilidad de

manifestar enfermedades físicas o mentales y existe amplia evidencia para conectar el estrés a enfermedades específicas. (Sánchez, 2008)

3.4 Fundamentos teóricos del Enfoque Cognitivo conductual.

La terapia de conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. (Feixas, 1993)

Los terapeutas de conductas centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma, para esto desarrollan una metodología de diagnóstico y evaluación conductual que les permita identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Estos principios han convertido a la modificación de conducta en una orientación revolucionaria en la conceptualización de los problemas psicológicos y su tratamiento, que ha contribuido decisivamente a la génesis de una psicoterapia científica. (Feixas, 1993)

No existe una única teoría del aprendizaje que sirva de marco conceptual a la terapia de conducta, si no que coexisten distintas teorías que sirven de

fundamento a distintas técnicas. Pasando por alto los detalles de las diversas orientaciones. La modificación de conducta podría definirse como la aplicación de la teoría y de las investigaciones básicas procedentes de la psicología experimental a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social y de mejorar el funcionamiento humano en general. (Feixas, 1993)

Se establece que un observador puede aprender una conducta compleja observando la ejecución que realiza un modelo. En el modelo o aprendizaje observacional es necesario recurrir a mecanismos complejos de procesamiento de información que suponen una discontinuidad respecto a los mecanismos implicados en los paradigmas anteriores, fundamentados principalmente en la investigación experimental con animales. (Feixas, 1993)

El objetivo de los tratamientos conductuales es la modificación de la conducta inadaptada, antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una evaluación minuciosa de los parámetros y contingencias que controlan la conducta.

En esta evaluación se definen las conductas en términos observables y se establecen sistemas de registro, estos requisitos son imprescindibles para juzgar

la eficacia del tratamiento, por lo general los tratamientos son breves y tienen un número limitado de sesiones. (Feixas, 1993)

Algunas técnicas que se estarán trabajando en este apartado son las siguientes: la desensibilización por el autocontrol es la que se utiliza la desensibilización como una estrategia de afrontamiento que el cliente puede autoadministrarse, sostiene que la relajación muscular reduce la ansiedad por medio del mecanismo que hace que el sistema parasimpático inhiba al sistema simpático. Por otro lado existe otro argumento que indica que la desensibilización facilita un procesamiento emocional que permite al sujeto integrar los estímulos temidos. (Feixas, 1993)

Una de las técnicas que se utiliza para incrementar una conducta es la de refuerzo positivo, que es la contingencia de una respuesta que incrementa su probabilidad de aparición futura, el refuerzo es más eficaz si se administra de modo inmediato, de modo contingente y consistente pero antes de administrarlo es necesario identificar los reforzadores más útiles observando sus defectos funcionales.

La autoobservación (self-monitoring) permite obtener información más precisa sobre las actividades del cliente y su estado de ánimo, este procedimiento no solo proporciona una evaluación conductual sino que permite

iniciar otras intervenciones destinadas a cuestionar el procesamiento de la información que lleva a cabo el cliente. (Feixas, 1993)

El uso de autoserciones se trata de la preparación de mensajes de enfrentamiento adaptativos que el cliente debe repetir antes, durante y después de situaciones estresantes o ansiosas. La repetición de tales mensajes ocupa la mente con un material pre-programado que compite con un procesamiento negativo de la información. Registro diario de pensamientos disfuncionales se trata de un registro que construye la esencia de la terapia cognitiva para la depresión, aunque se puede emplear también en otros trastornos, se puede aplicar de forma gradual.

Disputa racional es el principal instrumento de la terapia racional-emotiva, y consiste en el cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente. En esta discusión el terapeuta utiliza toda suerte de argumentos para demostrar la irracionalidad de las creencias del cliente. (Feixas, 1993)

La terapia cognitiva se base en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. (Beck, 2000)

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que siente. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación. El terapeuta cognitivo se interesa especialmente por el nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial, que es el más evidente.

A partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni si quiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas son. (Beck, 2000)

Por ejemplo cuando una persona piensa que es incompetente esta creencia se puede activarse, o bien solamente cuando está deprimido, o bien la mayor parte del tiempo. Las creencias centrales sustituyen el nivel más esencial de creencia, son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos, son las palabras e imágenes que pasan por la mente de una persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que sustituye el nivel más superficial de la cognición. (Beck, 2000)

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. (Beck, 2000)

Luego, el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y, más tarde son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos.

Las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones. Los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas. (Beck, 2000)

Los pensamientos automáticos constituyen a un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto. Estos pensamientos no son patrimonio sólo de las personas con trastornos psicológicos, sino que son

una experiencia común a todos. La mayor parte del tiempo no tenemos registro de ellos, pero con un poco de entrenamiento podemos traerlo a la conciencia.

Si somos conscientes de nuestros pensamientos y no padecemos un trastorno psicológico, automáticamente podemos controlar su grado de realidad, la comprobación automática de la realidad y respuesta a los pensamientos negativos es una experiencia frecuente. Las personas que padecen alteraciones muchas veces no realizan un examen crítico. (Beck, 2000)

La terapia cognitiva les provee entonces las herramientas para evaluar sus pensamientos de una manera consciente y estructurada, especialmente cuando se sienten perturbados.

Además de no lograr identificar pensamientos automáticos asociados con una emoción dada, el paciente tiene problemas para reconocer la situación o problema para el paciente. Cuando esto ocurre el terapeuta puede ayudar a encontrar la situación más problemática presentándole una cantidad de problemas existentes, pidiéndole que los elimine de a uno y observando el grado de alivio que obtiene en cada caso. Una vez que se ha identificado una situación específica, resulta más sencillo descubrir los pensamientos automáticos asociados al paciente. (Beck, 2000)

Los pacientes tienden a persistir recurrentemente en los errores de su pensamiento. Muchas veces en el pensamiento cognitivo de los pacientes que sufren un trastorno psiquiátrico, existe una tendencia negativa sistemática. Cuando el paciente expresa un pensamiento automático, el terapeuta consigna verbalmente o por escrito el tipo de error que parece estar cometiendo.

Una posibilidad es ofrecer al paciente la lista completa de distorsiones de pensamiento, pero señalar en ella solo los dos o tres que sean más frecuentes en él, para que no se sienta abrumado al tratar de atender a todos los fallos posibles. Cuando se logra determinar el tipo de distorsión en que está incurriendo, podrá evaluar más subjetivamente la validez de sus pensamientos. (Beck, 2000)

Para enseñar al paciente a reconocer las imágenes mentales e intervenir sobre las que son perturbadoras, el terapeuta trata de descubrir una imagen mental espontánea que el paciente ha tenido o inducir una en la sesión. Instruir al paciente respecto de las imágenes suele contribuir a la reducción de la angustia y torna más probable la identificación de ellas. (Beck, 2000)

Control y programación de actividades consiste en que el terapeuta le pide al paciente que controle sus actividades y recopile datos relevantes como sucede con cualquier tarea. Esto se hace con la finalidad de tener una estructura

más amplia para realizar algo y llegar a una finalidad como por ejemplo programar la mente para equilibrar algún suceso o acontecimiento.

El listado de afirmaciones personales, en ocasiones los pacientes tiende a procesar la información de forma negativamente y más cuando se trata de ellos mismos ya que no pueden ver más a allá de lo que ellos realizan bien y de lo que hacen por los demás. Estos pacientes suelen desvalorizarse hasta olvidar todo la información positiva. (Beck, 2000)

Las tarjetas de apoyo estas tarjetas las tienen los pacientes todo el tiempo si es posible, se le alienta al paciente a que lo lea sistemáticamente o cuando crea que lo necesita, estas tarjetas pueden tener tres formatos ya sea un pensamiento automático, clave o una creencia algunas estrategias conductuales son destinadas a situaciones problemáticas específicas o instrucciones para activar al paciente.

Uso de técnica del pastel, es útil para los pacientes ver sus ideas expresadas en forma de gráfico, esto puede ayudar a la paciente a establecer objetivos o a determinar responsabilidades relativas de una situación. Esto ayuda al paciente por si tiene dificultades para especificar sus problemas y sus cambios que desea hacer en su vida. (Beck, 2000)

La teoría cognitivo conductual ha cobrado primacía en la práctica clínica por su avanzado grado de efectividad para el tratamiento de diversas condiciones clínicas. Con la terapia cognitivo conductual (TCC) se pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincronizada y sinérgica. (Sánchez, 2008)

La terapia cognitivo conductual se ayuda de mediciones psicométricas y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de estos. El psicólogo clínico aplica cuestionarios y planillas para evaluar los síntomas específicos, en la frecuencia, duración, intensidad y características. El paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común, los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas del hogar.

La meta del TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, también de inmediato habrá una mejoría en otras áreas, sin la aparición de otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalmente fuera de la consulta como parte de la tarea. (Sánchez, 2008)

La TCC es pragmática ya que se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas que afronta el paciente e identifica otros que necesita resolver en ese momento. La terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema y propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cual es el problema actual y se plantea actividades para la semana siguiente. (Sánchez, 2008)

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE TESIS

4.1 contextualización de la propuesta.

Nombre: Guía de acompañamiento de técnicas cognitivas-conductuales para paciente femenina de 35 años de edad para disminuir el desgaste emocional provocado por el padecimiento de cáncer de mama.

Objetivo:Disminuir el desgaste emocional de mujeres de entre 30 a 35 años de edad que padecen cáncer de mama mediante una guía de acompañamiento de técnicas cognitivas.

Justificación.

La incidencia del cáncer de mama aumenta drásticamente llevando con ello problemas psicológicos fuertes en las pacientes, es por eso que se llevará a cabo esta guía, ya que esta enfermedad no tiene límites es por eso que se trabajará con personas que padecen dicha enfermedad, lamentablemente estamos en tiempos muy difíciles como problemas económicos, familiares, laborales etc., todo esto afecta a cualquier persona emocionalmente y físicamente pero más les afecta a personas que padecen una enfermedad delicada como es el cáncer de mama.

La calidad de vida de una persona que padece o ha padecido cáncer de mama puede verse afectada de diversas maneras, como por ejemplo; socialmente se puede aislar y no querer saber de nadie más, temor a lo que le pueda pasar más adelante y como las demás personas tomarán su enfermedad, pensamientos recurrentes si serán aceptados o no por la sociedad, problemas interpersonales como sentimientos de culpa, la persona analiza y crea sus propias ideas sobre la causa que originó su enfermedad: desde pensar que fueron ellos mismos los causantes, hasta creer que es un castigo por algo que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Puede originar ansiedad, tristeza y en algunos casos la dependencia hacia otras personas, sin dejar pasar que sentirán mucho enojo consigo mismas.

Algunas personas describen cambios positivos en sus vidas después de concluir los tratamientos. Para ellos, el cáncer ha supuesto un acercamiento a seres queridos, la resolución de problemas a los que previamente no se habían enfrentado, una mayor valoración de la vida o una actitud más positiva ante ella. Para otros, sin embargo, el cáncer ha provocado cambios físicos, emocionales y sociales que alteran su rutina diaria. En este apartado se empezará a trabajar con las pacientes llevando una serie de actividades mediante el enfoque cognitivo conductual lo cual serán 10 secciones por cada paciente. Con esto se pretende que la paciente cambie su estado de ánimo así como también cambie su pensamiento negativo de la palabra cáncer con la finalidad de que la paciente

crezca como persona, se supere, se sienta viva, que se ame cada día más y sea la misma mujer de siempre.

Se pretende mejorar su calidad de vida emocional de cada una de las pacientes, cada sesión será diferente pues se tratara de un tema distinto para que el proceso que llevara cada paciente este bien complementado, ellas podrán mostrar todas sus inquietudes que les acontece en el momento o si han tenido dudas sobre sus estados de ánimo durante todo el proceso de su enfermedad.

Población: Mujer de 35 años con padecimiento de cáncer de mama (adultez temprana).

Área: clínica.

La psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes. La psicología clínica constituye un campo heterogéneo de teorías y procedimientos esta heterogeneidad se presenta como una diversidad. (Sánchez, 2008)

Se dice que el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos. Esta rama de la psicología surge de la tradición en las profesiones de

ayuda para entender la patología o anormalidad, el término surge de la etimología griega klinos que significa cama.

La orientación clínica se dirige a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual, pero sobre pasa el campo de la anormalidad y la patología, porque en muchos casos los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios, que de algún modo afectan a las personas en su desarrollo y bienestar. En el campo profesional los psicólogos clínicos trabajan en la rehabilitación de personas con accidentes vasculares cerebrales, con esquizofrenia y depresión, con adicciones, autismo, educación especial y otros males y patologías; pero constantemente abordan problemas de identidad en la adolescencia, duelos y procesos de pérdida, problemas laborales, de pareja y de preparación para la muerte. Eventos normales y esperados, pero que afectan el bienestar de la persona. (Sánchez, 2008)

Esta constituye en sí misma, un campo disciplinar complejo y más o menos delimitado, estrechamente relacionado por un lado con las ciencias médicas y de la salud y por el otro la tradición psicológica de la psicometría, la visión humanista del ser y la hermenéutica, la cual interpreta al ser humano lo que significa en la enfermedad, condición de vida y como esta afecta a su contexto.

Casado(En Sánchez, 2008) afirma que en el ámbito de la salud mental, la intervención del psicólogo clínico no es desde la perspectiva de enfermedad, curación, paliación de síntomas o todas, sino desde una visión más amplia del sujeto con biografía, red social, cultura y grupo social de referencia, con un medio que lo somete a un conjunto de exigencias. La medicina conductual es una extensa área interdisciplinaria que integra los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas para comprender la salud y enfermedad.

La medicina conductual han hecho acopio de datos que demuestran la última conexión existente entre la salud mental y física. Las investigaciones han demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que quienes no intervienen en este tipo de actividad.

El campo psicológico clínico como profesional multidisciplinario cuenta con fuerte necesidad de colaborar y comunicarse con otros profesionales de ayuda, tales como: psicólogos clínicos, psicoanalistas, psiquiatras y neurólogos. (Sánchez, 2008)

El psicólogo clínico, al igual que otros profesionales de las ciencias de ayuda y de la salud, debe regirse por los principios básicos de: a) respeto por los

derechos y la dignidad de las personas; b) cuidado responsable para desempeñar su profesión; c) integridad en las relaciones que el psicólogo establece con los demás para evitar conflictos de interés, y; d) responsabilidad hacia la sociedad. (Sánchez, 2008)

CÁNCER DE MAMA



ÍNDICE

Sesión 1. Expresión de sentimiento.

Sesión 2. Aceptación.

Sesión 3. Autovaloración.

Sesión 4. Adaptación.

Sesión 5. Mejorar el ajuste mental del cáncer.

Sesión 6. Control de emociones (enojo, ansiedad, estrés, angustia)

Sesión 7. Autoestima.

Sesión 8. Depresión.

Sesión 9. Motivación.

Sesión 10. Proyecto de vida.

INTRODUCCIÓN

Por lo general, cuando se habla de alguna enfermedad, la sociedad está más basada por ver la salud física de un individuo que ver más por ciertos rasgos emocionales que el hombre presenta, es por eso que en este apartado se abordará el proceso en el que el paciente es tratado psicológicamente. El enfoque en el que se aborda este proceso es el cognitivo-conductual, este enfoque puede ayudar a romper un círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, puede cambiarlas y así cambiar la forma en cómo se siente la paciente. Se llevaran a cabo diez técnicas de este enfoque con la finalidad de que la paciente sobresalga del proceso en la que se encuentra. Este proceso consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo, en este punto lo que se tratará de eliminar es la relación de una emoción desgastante acerca del problema del cáncer de mama. La paciente tendrá que afrontar algunos sucesos, aceptar lo que está sucediendo y posteriormente continuar, pero para que esto sea menos desgastante para ella se tendrá que llevar esta serie de pasos y crearle de nuevo la confianza y motivación para que crea nuevos proyectos en su vida. De este modo, la meta de este proceso es que la paciente reconozca pensamientos negativos y remplazarlos con pensamientos positivos, que darán lugar a comportamientos favorables para su persona.

<p>Sección 1. Tema: Expresión de sentimientos.</p>
<p>Objetivo: Que la paciente no tenga miedo de decir lo que siente y expresar como le ha afectado emocionalmente esta enfermedad.</p>
<p>Actividad de inicio:Rapoort y técnica de relajación.</p> <p>Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se iniciara con una pequeña plática ya sea de su vida o de cualquier otra situación para que ella entre en confianza. 2. Se le indicara que cierre sus ojos. 3. Se le indicara que relaje sus músculos, lo más que pueda. 4. Le pondré una canción especial para relajarla. 5. Le hablare y le diré que haga 5 respiraciones profundas. 6. Por ultimo le diré que lentamente habrá sus ojos y le preguntare como se siente.
<p>Entrevista: en este punto se le hará la entrevista a la paciente para ver mása fondo lo que ella está pasando y pasó, así como también para que ella se sienta con la plena confianza de contar todos sus acontecimientos.</p>
<p>Contenido temático.</p> <p>Este proceso estará reforzado mediante una plática con la paciente así como también una técnica psicológica que será llevada a cabo para poder trabajar con más profundidad en lo que respecta sobre la expresión de sentimientos.</p>
<p>Técnica reforzada.</p> <p>Nombre: Desensibilización por el autocontrol. Autor:Goldfried (En Feixas, Miró, 1993)Tiempo aprox. 30 min.</p> <p>Objetivo:Facilitar un procesamiento emocional que permitirá a la paciente integrar los estímulos temidos y así poder expresar todo aquello que le ha provocado un desgaste emocional en su vida.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se empezará a dar una conversación acerca de lo que la paciente ha vivido durante el transcurso de su enfermedad. 2. se llevara a cabo el afrontamiento 3. y posteriormente la catarsis, así ella liberará aquellos sentimientos reprimidos que ha tenido durante algún tiempo.
<p>Actividad de cierre. Nombre: Carta</p> <p>Objetivo: Que la paciente tenga conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se le asignara un hoja de papel 2. Escribirá una carta expresando como se sintió con la experiencia que tuvo en esta primera sesión, si es que se sintió feliz, triste, angustiada etc. 3. Todos aquellos sentimientos que la conmovieron los tendrá que plasmar en el papel. 4. Al final se quemará la carta con la finalidad de dejar ir todo aquello que ya no le pertenece en su vida.

Sección 2.	Tema: Aceptación.
Objetivo: se comenzara a trabajar la aceptación, pues la paciente deberá de aceptar la problemática en la que se encuentra.	
Actividad de inicio: Rapoort	
Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Platicaremos de como se ha sentido en estos días desde la primera sesión. 2. La paciente podrá contarme lo que guste o decirme sus angustias. 	
Contenido temático:	
<p>Contará con una plática breve en el que ella expresará como se encuentra, se pondrá en marcha la técnica psicológica con la finalidad de fortalecer su conducta de aceptarse un poco más de lo habitual, se le proporcionaran las instrucciones adecuadas para que la técnica tenga un buen resultado.</p>	
Técnica reforzada.	
Nombre: Refuerzo positivo Autor: Pear (En Feixas, Miró, 1993) Tiempo aprox. 30min.	
Objetivo. Incrementar la conducta de aceptación hacia ella misma mediante esta técnica que le brindara ayuda para fortalecer su nivel de autoaceptacion para que comience a realizar su vida sin prejuicios.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Escribirá en una hoja todo aquello que le está costando aceptar en esta etapa de su vida, 2. Leeremos juntas todo lo que escribió 3. trabajaremos las conductas negativas que plasmo en el papel mediante reforzamientos positivos, por ejemplo cambiar una idea negativa por una positiva, mediante esto también se ira transmitiendo un poco más la confianza de la paciente. 	
Actividad de cierre.	
Nombre: Que espero de mi	
Objetivo: Que la paciente tenga conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Platicaremos sobre qué espera de esta sesión que quiere dar de ella para que esto salga adelante y pueda estar más tranquila. 2. Escribirá unas líneas respecto a esto y que espera de todo esto. Estas líneas se le quedaran a ella. 	

Sección 3.	Tema: Autovaloración.
Objetivo: La paciente debe de reconocer sus habilidades y sus propios pensamientos y no de lo que los demás piensen de ella o le den reconocimiento, así su tranquilidad estará en sus manos y no dependerá de cómo le responda el medio.	
Actividad de inicio: técnica de relajación.	
Objetivo: La paciente este tranquila y sin algún tipo de estrés o ansiedad para que en esta sesión pueda desenvolverse fácilmente en las actividades.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se iniciara con una pequeña plática ya sea de su vida o de cualquier otra situación para que ella entre en confianza. 2. Se le indicara que cierre sus ojos. 3. Se le indicara que relaje sus músculos, lo más que pueda. 4. Le pondré una canción especial para relajarla. 5. Le hablare y le diré que haga 5 respiraciones profundas. 6. Por ultimo le diré que lentamente habrá sus ojos y le preguntare como se siente. 	
Contenido temático: Se inicia una plática breve de como se ha sentido en los últimos días posteriormente se trabajara la siguiente técnica a modo de que ella ve más allá sus fortalezas, habilidades y las reconozca pero sobre todo crea en ellas. Y ver que tanto ella se autovalora .	
Técnica reforzada.	
Nombre: Autoobservación (self-monitoring)	Autor: Rehm (En Feixas, Miró, 1993)
aprox. 30 min.	Tiempo
Objetivo: Permite obtener más información de la paciente sobre sus actividades y el estado de ánimo en el que se encuentra, con la finalidad de que ella se autovalore y reconozca sus habilidades.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se va poner enfrente de un espejo y se observara detenidamente el tiempo que ella crea necesario. 2. Mientras este enfrente del espejo yo le estaré diciendo que se vea y piense o recuerde todas las cosas buenas que ha hecho por ella y los demás. 3. Después de pasar por eso escribirá en un papel todo lo bueno que ella recordó ya sea alguna habilidad, que tanto ella se quiere, etc. Después de poner esos puntos junto escribirá un puntaje del 1 al 10 dependiendo en que habilidad se valoró más y cree que no lo hizo bien. 4. Dependiendo del puntaje trabajare con ella, es decir si en algo que escribió tiene de 7 para abajo le preguntare porque tiene ese puntaje o a que se debe, entonces restableceré su pensamiento para que vea que lo que hizo está bien tal vez solo tenga que reconocerlo y esforzarse más. 	
Actividad de cierre.	
Nombre: Retroalimentación del tema.	
Objetivo: Que la paciente tenga conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizara una plática acerca de lo que se realizó en esta sesión y de cómo se sintió con el propósito de seguirle impulsando a que ella note más sus cualidades. 	

Sección 4.	Tema: Adaptación.
Objetivo: La paciente deberá de ajustarse o acomodarse respecto a su enfermedad con el objetivo de incrementar la acción de adaptarse esto hará que la paciente tome las cosas con calma y evitara que sus emociones se descontrolen.	
Actividad de inicio: Rapoort y técnica de relajación.	
Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se iniciara con una pequeña plática ya sea de su vida o de cualquier otra situación para que ella entre en confianza. 2. Se le indicara que cierre sus ojos. 3. Se le indicara que relaje sus músculos, lo más que pueda. 4. Le pondré una canción especial para relajarla. 5. Le hablare y le diré que haga 5 respiraciones profundas. 6. Por ultimo le diré que lentamente habrá sus ojos y le preguntare cómo se siente. 	
Contenido temático: se iniciara con una pequeña platica en donde contará como se ha sentido en estos días, iniciare con la conversación de que tanto ella ha podido adaptarse a esta etapa y posteriormente continuaremos con la técnica para que así ella vaya comenzando este proceso y pueda tomar las cosas con una percepción diferente.	
Técnica reforzada.	
Nombre: Uso de autoaserciones Autor: Beck (En Feixas, Miró, 1993) Tiempo aprox. 30 min.	
Objetivo: Preparación de mensajes de enfrentamiento adaptativos en donde la paciente deberá de repetir antes, durante después de alguna situación estresante o ansiosa esto con la finalidad de que la paciente cuente con una material pre-programado que compite con un proceso negativo e impida que tenga una adaptación de dicha enfermedad.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizaran entre 5 y 7 mensajes en una hoja de papel, bien estructurados por ejemplo: entre esta tormenta que estoy pasando tengo la seguridad que todo saldrá bien. 2. Los mensajes que se escribirán se realizaron de acuerdo al historial de la paciente por ejemplo si es que tiene familia, hijos, alguna creencia religiosa etc. 3. Los mensajes que se escribirán tratará de memorizarlos o llevarlos consigo con la finalidad de que si padece alguna crisis estresante de acuerdo a la adaptación, que suele suceder, ella podrá repetir estas frases haciendo que se calme y que tome conciencia de este proceso que está pasando. 4. Estos contienen mensajes que la ayuden a adaptarse al medio en el que esta y pueda realizar alguna actividad sin la preocupación de lo que ella misma piense, así como también las tarjetas cuenta con una forma de motivación pero va más de la mano de adaptación. 	
Actividad de cierre.	
Nombre: Retroalimentación del tema.	
Objetivo: Que la paciente tenga conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también	

ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.

Instrucciones:

1. Se realizara una plática de lo que se realizó
2. la paciente podrá decir todas aquellas dudas que tiene, como también podrá expresar lo que quiere o si quiere llegar a un propósito, me podrá decir como se ha sentido en esta sesión.

Sección 5.	Tema: Mejorar el ajuste mental del cáncer.
Objetivo: Llevar a cabo un ajuste sobre el pensamiento que tiene la paciente acerca de dicha enfermedad, con el propósito de hacerle ver que el nombre cáncer no todo estará perdido y bajar la tensión cuando ella nombre esa palabra.	
Actividad de inicio: Rapoort	
Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none">1. Platicaremos de como se ha sentido en estos días desde la primera sesión.2. La paciente podrá contarme lo que guste o decirme sus angustias.	
Contenido temático: En este apartado lo que se realizará con la paciente es el cuestionamiento acerca del cáncer, llevando consigo varias preguntas con la finalidad de mejorar aquel pensamiento negativo y desgastante que la paciente está llevando a cabo, con el propósito de mejorar el ajuste mental del cáncer.	
Técnica reforzada.	
Nombre: Disputa racional Autor: Dryden y Ellis (En Feixas, Miró, 1993) Tiempo aprox. 30 a 45 min.	
Objetivo: Utilizar todo tipo de argumentos para demostrar la irracionalidad de las creencias del paciente, el paciente deberá de reconocer la irracionalidad en la que se encuentra el estar teniendo pensamientos negativos y desgastarse mentalmente por dicha enfermedad.	
Instrucciones:	
<ol style="list-style-type: none">1. Se le asignaran unas preguntas verbales acerca del cáncer de mama, también preguntas de que piensa sobre esa enfermedad, que es lo que piensa cuando llega a su mente la palabra cáncer etc.2. Será un cuestionamiento sin parar hasta llegar al punto de quitar el pensamiento negativo que le está perjudicando y remplazarlo por un positivo.3. Ella escribirá su pensamiento negativo de esta enfermedad y remplazarlo por un positivo, lo cual esto se realizara mediante mi ayuda para que ella no se vea tan estresante o en ocasiones se bloquean por no saber qué hacer en esta etapa.	

Actividad de cierre.

Nombre: pensamiento positivo y pensamiento negativo.

Objetivo: Que la paciente tenga conocimiento y claridad de lo que se llevó a cabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.

Instrucciones:

1. Se le proporcionará una cartulina y se dividirá a la mitad.
2. Dibujará la idea o pensamiento que sentía en el momento de escuchar la palabra cáncer,
3. En la otra mitad dibujará el pensamiento positivo que ella debe tener
4. Podrá utilizar letras, recortes y podrá pintarlo del color que ella desee.

Sección 6. Tema: Control de emociones (miedo, enojo, ansiedad, estrés, angustia)

Objetivo: Crear a la paciente un control de sus emociones mediante el uso de técnicas, ya que con esto podrá disminuir ciertas cuestiones de sus emociones que le han llegado a alterar y perjudicar en esta etapa en la que está atravesando.

Actividad de inicio: Rapoport

Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.

Instrucciones:

1. Platicaremos de como se ha sentido en estos días desde la primera sesión.
2. La paciente podrá contarme lo que guste o decirme sus angustias.

Contenido temático: se realizará una tabla en donde se exponga todas las emociones que se establecen en esta sección posteriormente se llevará un control de las técnicas que la paciente deberá de realizar durante el transcurso de su día con la finalidad de tener **más control sobre sus emociones.**

Técnica reforzada.

Nombre: Control y programación de actividades.

Autor: Judith Beck **Tiempo aprox.** 30 min.

Objetivo: Generar un control continuo de sus emociones fortaleciéndolo con técnicas para el manejo de sus emociones negativas que suelen perjudicarle en el transcurso de dicha enfermedad.

Instrucciones:

1. Se realizará una tabla de las emociones de miedo, enojo, ansiedad, estrés y angustia.
2. posteriormente la paciente indicará que nivel de emoción siente por día colocando el número del 1 al 10 dependiendo el nivel que sienta.
3. A un lado del puntaje se escribirá la técnica que la paciente deberá de aplicar para ello le enseñare como llevar a cabo la técnica o técnicas para este tipo de emociones.
4. La paciente llevará a cabo el proceso durante todos los días hasta que ella crea conveniente que ya pueda controlar ciertos rasgos de emociones.

Actividad de cierre.**Nombre:** Fichas**Objetivo:** Que la paciente tenga más conocimiento y claridad de lo que se llevó a cabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.**Instrucciones:**

1. Se le proporcionara 5 fichas con el nombre de la emoción.
2. Al reverso de la ficha se le explicara lo que la emoción le llega a perjudicar físicamente.
3. En otra ficha la paciente deberá de dibujar a qué tipo de órgano le perjudicara dicha emoción.
4. Se le proporcionara una hoja donde lleve un registro del día en que se sintió mal emocionalmente, que técnica utilizo y cuantas veces al día realizo dicha técnica.
5. Podrá preguntar o decirme lo que ella piensa de esta sesión.

Sección 7. Tema: Autoestima.**Objetivo:** Trabajar la autoestima que la paciente está padeciendo ya que en estas circunstancias la paciente puede presentar un nivel bajo, modificando ciertas conductas que llegan a impedir que permanezca tranquila y que se encuentre bien consigo misma.**Actividad de inicio:** Rapoport y técnicas de relajación**Objetivo:** brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.**Instrucciones:**

1. Se iniciara con una pequeña plática ya sea de su vida o de cualquier otra situación para que ella entre en confianza.
2. Se le indicara que cierre sus ojos.
3. Se le indicara que relaje sus músculos, lo más que pueda.
4. Le pondré una canción especial para relajarla.
5. Le hablare y le diré que haga 5 respiraciones profundas.
6. Por ultimo le diré que lentamente habrá sus ojos y le preguntare como se siente.

Contenido temático: En esta sesión se trabajara la **autoestima** mediante esta técnica que le mostrare con el propósito de regenerar su salud mental y pueda sentirse bien con ella misma, sobre todo fomentarle la seguridad y estabilidad emocional y que ella comience a verse de otra manera.**Técnica reforzada.****Nombre:** Listado de afirmaciones personales**Autor:** Judith Beck **Tiempo aprox.** 40 min.**Objetivo:** Fortalecer la seguridad y bienestar de la paciente mediante esta técnica que tiene el propósito de mejorar su autoestima, se trabajara de manera continua para que tenga mejores resultados.

Instrucciones:

1. Primeramente se dará un charla de como ella se siente consigo misma, que es lo que le hace falta para estar bien y que tanto se valora yo la estaré observando y determinare su autoestima en la que se encuentra.
2. Realizara una lista diaria de las cosas positivas que la paciente está haciendo o ítems por los cuales se merece crédito.
3. Escribirá por día lo positivo que ha hecho por ella o por los demás esto con la finalidad de que reconozco lo bueno de si y que merezca halagos o reconocimiento de lo que ha hecho, esto le ayudara en su autoestima la estimulara más y podrá creer más en ella misma.
4. Esta actividad la realizara durante dos semanas para ver qué resultados ha dado.

Actividad de cierre.

Nombre: Retroalimentación del tema y tareas en casa

Objetivo: que la paciente tenga más conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.

Instrucciones:

1. Realizaremos una retroalimentación de todo este tema que se abordó en esta sesión. la paciente podrá expresar todas sus dudas.
2. Posteriormente le dejare que realice algunas actividades en su casa (si es que no debe de permanecer hospitalizada)
3. por ejemplo que se ponga ropa de colores vivos, que salga a caminar con su familia, mascota, que trate de platicar con las personas, acercarse a ellas sin temor, que trate de ponerse un poco de maquillaje, si usa mascadas en la cabeza que sea de colores vivos.
4. Que coma alimentos cítricos si es que se lo permiten.
5. Que realice una planeación de que es lo que quiere realizar en una semana que es lo nuevo que le gustaría realizar.
6. Para esto llevaremos una bitácora de las actividades que vaya realizando por lo menos dos o tres días a la semana, esto se hará mientras ella se sienta segura y poco a poco yo estaré ayudándola y motivando para que realice estas actividades.
7. Esto también se llevara a cabo mientras no permanezca en el hospital o que tenga alguna complicación en caso de que así sea se le proporcionara unas tarjetas con frases de motivación.
8. Si la paciente puede realizar todo esto se llevara un control de que días lo ha hecho marcando el día la hora no importa simplemente que trate de hacer esto para mejorar su estatus en el que se encuentra.

<p>Sección 8. Tema: Depresión.</p>
<p>Objetivo: Reducir o disminuir la depresión de la paciente provocado por dicha enfermedad, con el propósito de que tenga una mejor calidad de vida para que así pueda seguir adelante.</p>
<p>Actividad de inicio: Técnica de relajación y rapoport</p> <p>Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se iniciara con una pequeña plática ya sea de su vida o de cualquier otra situación para que ella entre en confianza. 2. Se le indicara que cierre sus ojos. 3. Se le indicara que relaje sus músculos, lo más que pueda. 4. Le pondré una canción especial para relajarla. 5. Le hablare y le diré que haga 5 respiraciones profundas. 6. Por ultimo le diré que lentamente habrá sus ojos y le preguntare cómo se siente
<p>Contenido temático: Levará un registro de todas aquellas situaciones que le provocan tristeza y que esto le causa depresión, posteriormente lo llevara a cabo como tarea hasta que lo realice de forma automática para su vida.</p>
<p>Técnica reforzada.</p> <p>Nombre: Registro Diario de pensamientos disfuncionales.</p> <p>Autor: Beck (En Feixas, Miró, 1993)Tiempo aprox.30 a 45 min</p> <p>Objetivo:Proceso que se lleva a cabo mediante esta técnica para poder llevar un control o registro de las actividades o pensamientos que hacen que la paciente tenga tristeza originando un porcentaje de depresión y así descartar los pensamientos negativos y reforzar aquellos pensamientos que le dan tranquilidad a la paciente.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se llevara un registro de los acontecimientos que para la paciente le provoquen tristeza originándole depresión así como también cuantos días siente tristeza a la semana. Para esto se llevara un registro. 2. Se le asignaran actividades y técnicas para desaparecer sus pensamientos de tristeza y eliminar poco a poco la depresión esto se llevara por hr y días, es decir, cuando ella sienta tristeza pondrá en práctica la técnica y actividades que se van a ir registrando para descarte esa emoción y pensamiento.
<p>Actividad de cierre.</p> <p>Nombre: Retroalimentación del tema.</p> <p>Objetivo: Que la paciente tenga más conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará una retroalimentación acerca de lo que se realizó en esta sesión 2. Se le dará una explicación más concisa de lo que es la depresión.

<p>Sección 9. Tema: Motivación.</p>
<p>Objetivo: Generar motivación a la paciente durante el transcurso de su enfermedad (antes y después). Creando fortalezas en la etapa en que la paciente se encuentra.</p>
<p>Actividad de inicio: Rapoport</p> <p>Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Platicaremos de como se ha sentido en estos días desde la primera sesión. 2. La paciente podrá contarme lo que guste o decirme sus angustias.
<p>Contenido temático: se realizaran tarjetas con la finalidad de crear motivación constante esto hará que la paciente demuestre entusiasmo a pesar de su dicha enfermedad, además de que creará un estado de ánimo positivo y posteriormente un mejor crecimiento de su salud.</p>
<p>Técnica reforzada.</p> <p>Nombre: Tarjetas de apoyo. Autor: Judith Beck Tiempo aprox. 40 min.</p> <p>Objetivo: Mejorar su estabilidad emocional mediante la motivación mediante esta técnica que tendrá que ser constante y fortaleciendo su crecimiento personal así como ir descartando dichos pensamientos negativos que la llegan a bloquear para autorealizarse.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizarán tarjetas que la paciente deberá tener en la mano, ya sea en su cuarto, cartera, en el coche, en el baño o cocina para que pueda leerlas constantemente, deberá de leerlas por lo menos tres veces al día o cuando ella crea que lo necesita. 2. En las tarjetas se escribirá una frase u oración donde le demuestren motivación para seguir continuando en esta etapa. Cada tarjeta se realizara de acuerdo a lo que sienta en esta etapa. 3. Las tarjetas se escribirán con mi ayuda para que a ella se la haga más fácil expresar realmente lo que sienta y se harán las necesarias.
<p>Actividad de cierre.</p> <p>Nombre: ¿Qué es motivación para mí?</p> <p>Objetivo: Que la paciente tenga más conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escribir con sus propias palabras que es la motivación para ella. 2. Poner que es lo que le hace falta para conseguir sus objetivos, esta dinámica también se hará con mi ayuda si es que a ella se le dificulta. 3. Podrá utilizar dibujos o algún otro material.

Sección 10. Tema: Proyecto de vida.
Objetivo: Crear un proyecto de vida acerca de la paciente, formular objetivos para ellas, planes a futuros y alcances positivos ya sea de un largo o corto periodo.
Actividad de inicio: Técnica de relajación y rapoort. Objetivo: brindarle un estado de confianza para que la paciente se sienta tranquila y relajada para comenzar con la sesión. Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se iniciara con una pequeña plática ya sea de su vida o de cualquier otra situación para que ella entre en confianza. 2. Se le indicara que cierre sus ojos. 3. Se le indicara que relaje sus músculos, lo más que pueda. 4. Le pondré una canción especial para relajarla. 5. Le hablare y le diré que haga 5 respiraciones profundas. 6. Por ultimo le diré que lentamente habrá sus ojos y le preguntare cómo se siente.
Contenido temático: Realizar objetivos para la paciente, fomentar la realización de nuevos proyectos en su vida y la motivación con la finalidad de que ella misma vea la inmensidad de cosas que podrá y puede realizar.
Técnica reforzada. Nombre: Uso de técnica del pastel. Autor: Judith Beck Tiempo aprox. 45min. Objetivo: En esta técnica se ayudará a la paciente a establecer objetivos o planes a futuro de un periodo largo o corto plazo para crear una motivación en su vida y estructurar nuevos proyectos. Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. En una cartulina se realizara un circulo grande y se dividirá en 8 partes o más depende de lo tanto que ella quiera plasmar. 2. La paciente va a plasmar todos aquellos objetivos que quiere alcanzar ya sea en un largo o corto plazo. 3. Se pondrá en cada parte o triangulo; objetivo, tiempo y descripción de actividades o metas que quiera cumplir. 4. La paciente podrá plasmarlo de la manera que ella crea o se acomode para esto también tendrá mi ayuda.
Actividad de cierre. Nombre: Collage Objetivo: Que la paciente tenga más conocimiento y claridad de lo que se llevó acabo, como también ir finalizando esta actividad de una manera más precisa para la paciente. Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará un collage en donde ella plasme como se ha sentido durante el proceso en el que se trabajó. 2. podrá poner dibujos, recortes, letras. 3. Pondrá como se siente en la vida, que es lo que ella quiere o desea, que metes quiere etc. 4. Esto se realizara con paciencia y con dedicación.

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la investigación: Cualitativo.

En esta investigación se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y este es flexible, y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido. (Hernández, 2003)

5.2 Alcance de la investigación: Descriptivo.

El investigador describe situaciones, eventos y hechos, es decir, como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. (Hernández, 2003)

5.3 Tipo de investigación: Aplicada (de campo)

La investigación aplicada se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, que como ya se dijo requiere de un marco teórico.

La investigación de campo se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones. En todo caso es importante realizar siempre la consulta documental con el fin de evitar una duplicidad de trabajos, puesto que se reconoce la existencia de investigaciones anteriores efectuadas sobre la misma materia y de las que se pueden usar sus conclusiones como insumos iniciales de la actual investigación.

5.4 Diseño de la investigación: No experimental.

Para esta investigación se utilizara un diseño de investigación no experimental ya que este es el que permite observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural y permiten analizarlo sin la necesidad de manipular las variables independientes. En esta investigación el investigador se verá incluido en la tarea de proporcionar ciertos estímulos y posteriormente evaluar los efectos obtenidos por el mismo. (Hernández, 2010)

5.5 Muestra: No probabilística.

La muestra a utilizar será no probabilística debido a que en esta elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador, desde luego las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (Hernández, 2010)

5.6 Población: Mujeres de 35 años que padecen cáncer de mama.

5.7 Instrumentos de prueba.

5.7.1 Observación:

Se eligió la observación puesto que consiste en seleccionar aquello que se quiere analizar. La observación es una manera fundamental ya que en este aspecto se observa que tanto hay de desgaste emocional en las pacientes con cáncer de mama.

5.7.2 Entrevista:

Se eligió la entrevista ya que consiste en recolectar información acerca de la paciente y evidenciar todo su historial clínico, familiar y personal. En este

aspecto es primordial ya que se pretende averiguar cuáles han sido los aspectos fundamentales de la paciente y así poder llevar a cabo el proceso del estudio de dicha enfermedad.

5.7.3 Estudio de caso:

Como estudio de caso se eligió a una sola persona, con esa paciente se comenzó a trabajar de una manera continua y sistematizada proporcionando todo lo necesario para que la paciente lleve una vida más tranquila y un estado emocional equilibrado. Se tomó en cuenta a una persona ya que no había más mujeres con este tipo de cáncer y con el rango de edad, por lo que en la comunidad de monte blanco, fortín, suscitó un caso con este tipo de cáncer y con la edad que se planteaba.

La manera en que se comenzó a trabajar con una sola paciente fue proporcionando métodos o técnicas para contrarrestar la situación en que la paciente está viviendo, llevando como esto un mecanismo de trabajo completo y enfocado a una sola persona. La paciente de 35 años de edad tomo en cuenta lo que se iba a trabajar, la responsabilidad que yo tenía hacia ella y la confiabilidad que este proceso llevaba, por eso ella decidió aceptar este proceso ya que también estaba consciente de que necesitaba atención psicológica.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los siguientes apartados reflejan el trabajo realizado con la paciente femenina de 35 años de edad, de la localidad de monte blanco, a quien denominaremos en la siguiente descripción como Paciente. Quien es soltera, vive con su papá y esposa del papá ya que su mamá de la paciente falleció hace años, viven en el mismo terreno pero en diferente casa.

Ella se dedica a la venta, tiene un negocio de abarrotes de hace años lo cual primero pertenecía a su mamá pero al fallecer la mamá, el negocio lo recibió ella y desde entonces lo sigue conservando, fue diagnostica de cáncer de mama en el mes de marzo del 2016 lo que la ha llevado que este padecimiento sea un proceso difícil para ella. Actualmente se encuentra en recuperación se le realizó la operación de extracción del tumor inmediatamente de que recibió los resultados de que padecía este tipo de cáncer, se le realizaron 8 quimioterapias y quien al parecer (según su descripción) la primera reacción que tuvo al ver sus resultados de que padecía cáncer fue de tristeza y enojo, lo cual lloro mucho y a la vez se molestó con la vida porque se preguntaba una y otra vez que fue lo que hizo mal para merecer eso.

5.6 Resultados cualitativos por sesión.

Sesión 1. Expresión de sentimientos.

En esta sesión el objetivo fue que la paciente se desahogara y expresara todo aquello que le estaba haciendo daño llegando con esto a la catarsis, la paciente expreso como fue todo este proceso en el que vivió desde que se fue hacer los estudios de mama hasta la última quimioterapia que ella recibió. Demostró claramente sus sentimientos logrando con esto un poco de tranquilidad hacia ella ya que me comento que con nadie le había contado claramente lo que sintió y pasó todo este suceso. En la actividad de cierre lo que se realizo fue una carta, la cual ella tenía que escribirla y poner todo lo que siente o sintió en el momento en que estaba pasando por este proceso, la finalidad de la carta es que plasmara todo lo que no pudo sacar en el momento. Al final se quemó la carta, ella tenía que ver la carta que se estaba consumiendo poco a poco. Todo esto se realizó con el propósito de que dejara ir lo que le está afectando emocionalmente a su salud.

Sesión 2. Aceptación.

En esta sesión se trabajó la aceptación, lo que se realizo fue que la paciente escribiera todos los puntos que a ella le ha costado aceptar en esta etapa posteriormente los leímos juntas y después de esto lo que hice con ella era cambiar las conductas negativas que ella plasmó y reforzarlos por

pensamientos positivos. Por ejemplo ella me puso que no acepta su enfermedad y lo que hice fue hacerle ver que lo que tiene no es tan malo como parece ya que sobrevivió de esto y ha salido adelante por si sola y con ayuda de su hermana que ha sido lo que más estuvo con ella. Posteriormente así se realizó con cada uno de los puntos que ella fue escribiendo, en la actividad de cierre lo que se realizó fue que me dijera que espera de ella en estas 10 sesiones., que es lo que quiere lograr en esta segunda sesión y como quiere sentirse en un futuro.

Sesión 3. Autovaloración.

En esta sesión lo que trabaje en ella fue que tanto se valora y reconoce el esfuerzo que ha hecho por ella misma y por los demás. Para esto lo que se realizó fue que ella se pusiera frente a un espejo y se observara detenidamente mientras eso lo hacía yo le iba a estar diciendo que pensara en todo lo bueno que ella ha hecho por los demás y por ella misma. La paciente se llevó su tiempo porque sabía y me decía que lo que había hecho por ella durante el transcurso de su recuperación y que eran cosas realmente buenas para ella misma pero que no las aceptaba como tal y le costaba valorarlas, por lo que yo me lleve mi tiempo con ella para que reconociera esas habilidades, después de lograr el objetivo ella tenía que escribirlas y a un lado poner un puntaje del 1 al 10 la que creyera que no la había hecho tan bien y la que si reconoció el esfuerzo que hizo, con las que tuvo menos puntaje le fui preguntando el porqué, al preguntarle eso me respondía que ella no hacía bien las cosas y se sentía que era un inútil por no hacerlo como ella deseaba. Lo que trate de hacer y trabajar en ella es

que realmente viera y reconociera lo que ella hacia estaba bien porque no se le cerro el mundo y supo cómo manejar una estabilidad emocional en el transcurso de su enfermedad haciendo con esto que no le perjudicará tanto en su salud. En la actividad de cierre se le pregunto como como se sintió en esta sesión y si alguna duda tenia, ella me hizo saber las inquietudes que tenía y lo tranquila que se sintió en esta sesión.

Sesión 4. Adaptación.

En este apartado se trabajó la adaptación en que la paciente se encuentra y en esta sesión se realizó de 5 a 7 mensajes en una hoja los mensajes fueron bien estructurados de acuerdo al historial de la paciente, los realice junto con ella. Estos mensajes hacen referencia sobre la adaptación que ella debe de tener en este etapa de su vida, estos tendrá que llevarlos consigo o tratar de memorizarlos con la finalidad de que si padece alguna crisis estresante de acuerdo a la adaptación, ella podrá repetir estas frases haciendo que se trate de calmar y que tome conciencia de que esta racha mala no va a durar todo el tiempo ya que tendrá tiempos mejores. Estos mensajes la ayudaran a que este más tranquila y pueda manejar una estabilidad emocional sin que se estrese por saber cómo esta o que pasara con ella, sino al contrario hacerla ver que ella estará bien y podrá enfrentar cualquier situación que se le presente. En la actividad de cierre se realizó una retroalimentación de lo que vimos en esta sesión y de como ella logro sentirse en este proceso.

Sesión 5. Ajuste mental del cáncer.

En esta sesión lo que se realizó fue una serie de preguntas para la paciente con la finalidad de cambiar ese pensamiento negativo sobre el cáncer, las preguntas empezaron con una específica y las demás fueron fluyendo de acuerdo a lo que ella me contestaba. La primera pregunta fue ¿Qué piensas de la palabra cáncer? Después de decirme lo que ella piensa del cáncer le pregunté ¿Por qué te provoca miedo?, si nos enfocamos al daño, ¿Quién hace más daño la enfermedad o lo que tú piensas?, ¿Qué pensamientos tienes que te perjudican?, ¿Has intentado cambiar esos pensamientos por otros diferentes?, estas fueron unas de las preguntas que le realicé, la última pregunta es más amplia por lo que terminé en una conversación sobre lo que ella piensa y lo bueno o malo que es el cáncer para la paciente. La finalidad de esto fue lograr en ella un diferente concepto acerca del cáncer logrando que pudiera establecer un concepto diferente por lo cual se pudo lograr ya que estas preguntas fueron como de confrontación de pensamientos y al final se logró que ella pudiera modificar ese pensamiento. En la actividad de cierre lo que le pedí que realizara es que en una cartulina en la mitad dibujara el pensamiento negativo que ella tenía sobre el cáncer y en la otra mitad el pensamiento positivo que ahora tiene con la finalidad de que vea más a fondo cual es la diferencia entre las dos y pueda tener una mejor percepción.

Sesión 6. Control de emociones.

Se llevó a cabo un registro de las emociones que la paciente presenta, se hizo una tabla en computadora sobre las emociones de enojo, miedo, ansiedad, angustia y estrés y en cada emoción va a poner del 1 al 10 como se sintiera por día. Posteriormente se le enseñaron las técnicas para contrarlar estas emociones.

- En la emoción de enojo las técnicas que se le enseñaron fueron las siguientes: respiración profunda, la liga, ir al baño, pintar o dibujar, repetir la palabra “relájate”, recurrir a la imaginación.
- En la emoción de miedo las técnicas fueron las siguientes: apuntar sus miedos, cuestionarte, vivir el momento, expresar el miedo.
- En la emoción de ansiedad las técnicas fueron las siguientes: técnica de relajación, masaje facial, caminar o correr, pintar una mandala, darse un baño, escuchar música relajante.
- En la emoción de estrés las técnicas fueron las siguientes: ejercicios lentos como el yoga, respiración profunda, técnica de aromaterapia, ejercicios musculares, rayar una hoja.
- En la emoción de angustia las técnicas fueron las siguientes: detención de pensamientos, salir a caminar, ver el cielo, respiración profunda, expresión de sentimientos.

Estas fueron las técnicas que se le enseñaron a la paciente con la finalidad de que las practicara lo más que pueda en su casa llevando consigo un registro adecuado para que ella este viendo hasta donde ha podido manejar las

emociones. En la actividad de cierre lo que le pedí que realizara fue unas tarjetas con el nombre de la emoción y yo le dicte lo que es dicha emoción al reverso ella tenía que dibujar en que órgano del ser humano le perjudica.

Sesión 7. Autoestima.

En esta sesión se realizó una lista diaria de las cosas positivas que la paciente está haciendo durante el día, esto lo hará todos los días y pondrá las cosas positivas que hizo por ella o por los demás, esto se hará con la finalidad de que reconozca lo bueno y que merezca halagos o reconocimiento. Esto le ayudara en su autoestima y la estimulará mas para crecer como persona. Para esta actividad se necesitara ayuda de sus familiares para que ella sienta el apoyo y que sepa que no está sola. En la actividad de cierre se le proporcionaran que haga ciertas actividades en su casa como por ejemplo que se ponga ropa de colores vivos, que cambie sus mascaradas por colores bonitos, que coma frutas cítricas o dulces si es que el medico lo autoriza, que planee que es lo que quiere hacer en la semana, que salga a caminar con su mascota o con alguien por las tardes, si le gusta arreglarse o pintarse que lo realice, esto se hace con la finalidad de que pueda estar bien y que se vea agradable.

Sesión 8. Depresión.

Se le dio una explicación de lo que es tristeza y posteriormente la depresión y que consecuencias lleva. Se realizó un registro de los acontecimientos en que para la paciente le provoquen tristeza originándole depresión y en cuantos días a la semana siente tristeza. Se le enseñaron técnicas para combatir la tristeza o depresión con la finalidad de que lo ponga en práctica cuando sienta esta emoción.

- Las técnicas que se le enseñaron fueron las siguientes: desahogo, mantenerse ocupado, salir a tomar aire fresco, platicar con alguien, leer algo agradable, escribir lo que sienta, caminar, escuchar música alegre y comer frutas cítricas o dulces.

Estas fueron las técnicas que se le enseñaron para que la paciente pueda ponerlas en práctica y así tenga un estado emocional más equilibrado. En la actividad de cierre se realizó una retroalimentación sobre esta sesión y la paciente mostro sus inquietudes y me realizo unas preguntas para saber más del tema.

Sesión 9. Motivación.

En esta sesión lo que se realizó fueron unas tarjetas de apoyo que la paciente deberá de tener en la mano, en su cuarto, automóvil, escritorio, negocio etc. Para que pueda leerlas constantemente, por lo menos tres veces al día o cuando ella crea que sea necesario. En las tarjetas se escribirán una frase u oración donde demuestre motivación para que ella se sienta impulsada a continuar en esta etapa. Las tarjetas se escribirán con mi ayuda y ella deberá de conservarlas para así poder trabajar con ellas. En la actividad de cierre lo que se realizó fue que ella con sus propias palabras escribiera que es motivación además de que se realizó una retroalimentación del tema.

Sesión 10. Proyecto de vida.

En esta sesión lo que se realizó fue que la paciente hiciera su propio proyecto de vida en donde establecerá los objetivos o metas que ella quiere alcanzar. En una cartulina se realizó un círculo y se dividirá en 6 u 8 partes donde pondrá las metas o cosas que ella quiere realizar a corto o largo plazo y con el objetivo que quiere realizar dicha meta. Esta cartulina se le queda la paciente para que pueda realizar sus objetivos y vea lo que ella quiere lograr. Como actividad de cierre se realizó un collage de todo lo que pasó y vivió durante estas diez sesiones, en el collage podrá plasmar sus emociones, lo que sintió en el momento de cada sesión, podrá dibujar o escribir y para esta actividad le puse música relajante para que estuviera relaja.

5.7 Resultados Cualitativos Generales.

Los resultados generales que la paciente demostró, fue que al principio de la sesión la paciente emocionalmente se mostró muy agotada, desauseada y sin ninguna motivación, lo cual cuando empecé a trabajar con ella, al principio me costó un poco poder sacarla de ese hoyo en el que se encontraba, ya que mostraba vergüenza y timidez porque pensaba iba a juzgarla.

Conforme íbamos trabajando la paciente iba reflejando mejor el interés de que quería salir adelante y que quería luchar por su salud, ya que cuando la entreviste tenía mucha tristeza y una falta de confianza hacia las personas, no mostraba sus sentimientos como tal si no que los ocultaba haciendo creer que ella estaba bien, no le gustaba que le dieran un consejo y mostraba enojo hacia la vida y hacia los demás, en un momento me comentaba que se desquitaba con las personas de lo que a ella le estaba pasando.

Lo que tuve también que hacer es hablar con los familiares que viven con ella para que ella se sienta apoyada y querida por ellos, los familiares no muestran gran interés o amor y no es porque no quieran si no que ellos suelen ser fríos y poco atentos con las personas, pero afortunadamente están haciendo que la paciente salga adelante con su ayuda y que ella se sienta comprendida por los familiares.

Para esta etapa la paciente ya mostraba un mejor semblante y una mejor confianza hacia mí para decirme lo que pensaba y como realmente se sentía, mostraba mejor interés en realizar las actividades ya que al principio no le veía el interés y la notaba que hacía las cosas a fuerza pero en la tercera sesión mostro más entusiasmo y realizaba las actividades que hacíamos tanto en la sesión, como en las actividades de cierre y las tareas.

Empecé a notar que ya estaba mejor emocionalmente y aceptando su etapa en la que está pasando, ya tomaba las cosas con más tranquilidad no resignada si no aceptando lo que estaba viviendo y con más alegría en al platicar con ella y sobre todo con un entusiasmo por hacer muchos cosas tanto para ella, como para su negocio y sus amistades que aún están padeciendo el mismo problema que ella.

Al final de las sesiones ella ya podía aceptar que el cáncer no es tan malo como ella lo veía antes si no que la palabra puede ser muy fuerte pero realmente lo que la hace ver fuerte son los pensamientos que ella tenía y que mostraba mucho miedo y hasta cierto punto un trauma cuando recordaba la etapa que vivió cuando le aplicaron las quimioterapias.

Pero en las últimas sesiones ella ya estaba más centrada y aceptando lo que padeció, vivió, y lo que quería de ahora en adelante en su vida. Me hizo

referencia que ella aún tiene cosas que sanar sentimentalmente lo que me pidió que siguiera trabajando con ella hasta sanar un poco más lo cual acepte y ella está un poco más tranquila por haber llevado a cabo estas 10 sesiones.

CONCLUSIÓN

Para concluir se deduce que el cáncer de mama no es una enfermedad fácil para una paciente, cada ser humano tiene una personalidad distinta lo que depende de que cada mujer se vea perjudicada de distinta manera cuando pasa por una situación como esta. Sabemos que las emociones tienden a afectarnos cada etapa que pasa el ser humano de acuerdo a su edad se ve afectada emocionalmente pero esto es normal ya que en la infancia tenemos una personalidad y ciertas emociones establecidas pero llegando a la etapa de la adultez ya sabemos exactamente qué rol jugamos y cuáles son las emociones que más mostramos y que tenemos ya establecidas.

El desgaste emocional que pasa cualquier ser humano por una situación desagradable es perjudicial para la salud, en este caso para una paciente que padece cáncer de mama es más perjudicial el desgaste emocional afectando un poco más su salud ya que cuando alguien pasa una experiencia de padecer cáncer es bastante trágica para la persona lo que comienza a sentir depresión, ansiedad, estrés, angustia, enojo, resentimientos y varios estados de emociones descontrolados que provoca un desgaste físico en la paciente provocándole una pronta recuperación.

La investigación que se realizó fue precisamente para deshacer cognitivamente y conductualmente esas emociones negativas que la paciente tenía del cáncer y de ella misma ya que al pasar por una operación y proceso de quimioterapias la paciente se siente menos estable emocionalmente y con su seguridad, dando como buenos resultados ya que la paciente puso mucho de su parte para sanar ciertas cuestiones que le estaban afectando y que no lograba sobresalir de ese estado.

Para eso se utilizó técnicas mediante el enfoque cognitivo-conductual para reforzar más la cognición y conductas disfuncionales, las limitantes que se presentó en esta investigación fue que no encontré más que una paciente con el tipo de cáncer así como también la edad que se requiere, lo cual lo que se hizo fue un estudio de caso enfocándose más en todo el proceso que paso la paciente desde el inicio que se realizó sus estudios y le dijeron la enfermedad que padecía hasta la última quimioterapia que le aplicaron.

La experiencia que dejó al trabajar con una persona que padeció cáncer de mama es verdaderamente interesante pero sobre todo delicado ya que era la primera vez en la que yo me enfrentaba a una situación como esta, se necesita tener suficiente empatía con la paciente y sobre todo ponerse en sus zapatos para poder entenderla y comprender lo que ella estaba viviendo en ese momento, esto también requiere de una gran responsabilidad, trabajar con

cualquier paciente que padezca cualquier situación se necesita la responsabilidad de por medio y la confidencialidad para que la paciente o el paciente se sientan seguros y tranquilos, esto también te deja un gran aprendizaje pues te hace ser consciente de que uno como mujer necesita de ciertos estudios ya sea cada seis meses o cada año que se debe de realizar para checar como uno se encuentra y tener la precauciones suficientes y sobre todo cuidarse.

La enfermedad del cáncer no es una enfermedad ligera pero emocionalmente hay que tomarlo con toda la tranquilidad posible para que al final tener resultados favorables tanto físicamente como emocionalmente y estar consciente de lo que pasa y como perjudica pero sobre todo de tener la responsabilidad de cuidarnos.

REFERENCIAS

BECK S. JUDITH. (2000), Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización, Editorial Gedisa, Barcelona

BERGER STASSEN KATHLEEN. (2009), Psicología del Desarrollo Adultez y Vejez, séptima edición, Editorial Panamericana, España.

BOSQUED MARISA. (2008), Quemados Síndrome de Burnout, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona.

CARLIN MAICON. (2014), El Síndrome de Burnout: Comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas del futuro, Editorial: Wanceulen editorial deportiva, España.

CASASSUS JUAN. (2007), La Educación del ser Emocional, Editorial Cuarto Propio, Chile.

CORNACHIONELARRINAGA A. MARIA. (2006), Psicología del Desarrollo Adultez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales, primera edición, Editorial Brujas, Argentina.

CRAIG J. GRACE, BAUCOM DON. (2009), Desarrollo Psicológico, novena edición, Editorial Pearson Educación, México.

DIAZ RUBIO EDUARDO, GARCÍA CONDE GARCÍ JAVIER. (2000), Oncología Clínica Básica, Editorial Aran, Madrid.

FAUCI S. ANTHONY. (2008), Harrison Principios de la Medicina Interna, 17^a edición, Editorial McGraw-Hill/Interamericana, México.

FEIXAS G. y MIRO T. (1993), Aproximaciones a la psicoterapia, Editorial Paidós, España.

GARCÍA SAENZ A.J. JIMENEZ MARTIN M. (2009), Cáncer de mama, segunda edición, Editorial Aran, Madrid.

HERNANDEZ SAMPIERI ROBERTO, COLLADO FERNANDEZ CARLOS. (2003), Metodología de la Investigación, quinta edición, Editorial McGraw-Hill, Perú.

HOFFMAN LOUIS, PARLS SCOTT, HALL ELIZABETH. (1996), Psicología del desarrollo hoy, vol.2, Editorial McGraw-Hill, España. .

MITCHELL N. RICHARD. (2004), Patología Estructural y Funcional, séptima edición, Editorial ELSEVIER, España.

MYERS G. DAVID. (2005), Psicología, séptima edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires.

PALMERO FRANCESE. (2002), Psicología de la Motivación y la Emoción, Editorial McGraw-Hill, Madrid.

PAPADAKIS A. MAXINE. (2014), Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 52^a edición, Editorial McGraw-Hill, México.

PAPALIA E. DIANE, OLDS WENDKOS SALLY, FELDMAN DUSKIN RUTH. (2001), Desarrollo Humano, octava edición, editorial McGraw-Hill, Colombia.

PEREAQUESADA ROGELIA. (2004), Educación para la Salud, Editorial Díaz de Santos, España.

REDORTA JOSEP. (2006), Emoción y conflicto. Aprenda a manejar las emociones, Editorial Paidós, Barcelona.

REEVE MARSHALL JOHN. (2003), Motivación y Emoción, tercera edición, Editorial McGraw-Hill, México.

SANCHEZ ESCOBEDO PEDRO A. (2008), Psicología Clínica, Editorial Manuel moderno, México.

SEGURA MORALES MANUEL. (2002), Ser Persona y Relacionarse, Habilidades Cognitivas, Sociales y Crecimiento Moral, Editorial Narcea, Madrid.

<https://metinvestigacion.wordpress.com/>

GLOSARIO

Adiposas: Son células especializadas de la síntesis y almacenamiento de lípidos. Son grandes, esféricas, que por contacto mutuo se deforman adquiriendo entonces formas poligonales de contornos irregulares.

Alelo: Es cada una de las formas alternativas que puede tener un mismo gen que se diferencian en su secuencia y que se puede manifestar en modificaciones concretas de la función de ese gen.

Anomalía: Irregularidad, anormalidad o falta de adecuación a lo que es habitual: se han detectado ciertas anomalías en el funcionamiento del aparato.

Burnout: Es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Carcinoma: Es una forma de cáncer con origen en células de tipo epitelial o glandular, de tipo maligno. Los dos grandes grupos de carcinomas son los carcinomas epidermoides y los adenocarcinomas. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer.

Cardioprotección: Significa prevenir el daño vascular coronario y de los miocitos cardiacos, lo cual se obtiene por mecanismos internos del organismo y a través de diversos fármacos.

Citología: Nombre femenino. Parte de la biología que estudia la célula y sus funciones. Examen y análisis de un conjunto de células extraídas del cuerpo de un animal.

Connotación: Significativa de la frase es la de una existencia sufrida, floja, mala. Infinidad de frases y palabras poseen un significado casi por entero connotativo.

Contingencia: Se predica de los estados de cosas, los hechos, los eventos o las proposiciones. Existe un debate sobre si es aceptable hablar de entidades contingentes (o entidades necesarias o imposibles), conocido como el debate en torno a las modalidades de dicto (de la palabra) y de res (de la cosa)

Cromosómicos: Cuerpo o elemento a cada una de las estructuras altamente organizadas, formadas por ADN y proteínas, que contiene la mayor parte de la información genética del individuo.

Ductografía: Utiliza la mamografía y una inyección de material de contraste para crear fotografías del interior de los ductos que transportan la leche en los senos.

Ecografía: Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.

Eritema: Es un término médico dermatológico para un enrojecimiento de la piel condicionado por una inflamación debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación.

Epitelio: Es el tejido formado por una o varias capas de células unidas entre si, que puestas recubren todas las superficies libres de organismos y constituyen el revestimiento interno de las cavidades, órganos huecos, conductos del cuerpo así como forman las mucosas y las glándulas.

Germinal: Al contrario de las células somáticas que se dividen por mitosis originando la mayor parte de las células del organismo, esta línea celular es la precursora de los gametos.

Histopatología: Consiste en estudiar al microscopio los tejidos orgánicos: las anomalías que se detecten permitirán realizar un diagnóstico de una patología determinada.

Intercostales: Son músculos que agrupan a las láminas musculares que ocupan los espacios comprendidos entre dos costillasvecinas. Estos músculos son muy importantes dentro del grupo de los músculos torácicos en el proceso fisiológico de la respiración.

Linfático: Es una red de órganos, ganglios linfáticos, conductos y vasos linfáticos que producen y transportan linfa desde los tejidos hasta el torrente sanguíneo. El sistema linfático es una parte principal del sistema inmunitario del cuerpo.

Lobulillo: Lóbulo pequeño. Cada una de las divisiones primarias de un lóbulo.

Mamografía: Es un tipo específico de toma de imágenes de los senos que se utiliza rayos x de baja dosis para detectar en forma temprana el cáncer.

Neoplasia: Es el término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido. Se produce porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior a lo normal.

Neurofisiología: Es la rama de la fisiología que estudia el sistema nervioso. En cualquier acción o conducta de todo organismo está presente el sistema nervioso. Cualquier cambio en su desarrollo es resultado de modificaciones funcionales de dicho sistema.

Neuronal: Son un tipo de células del sistema nervioso cuya principal función es la excitabilidad eléctrica de su membrana plasmática. Están especializadas en la recepción de estímulos y conducción del impulso nervioso (en forma de potencial de acción) entre ellas o con otros tipos celulares como, por ejemplo, las fibras musculares de la placa motora.

Oncogén: Gen que por su gran capacidad de mutación o transformación induce a la formación de cáncer en una célula.

Osteosarcoma: Es un cáncer óseo que aparece por lo general en cualquiera de los extremos de la diáfisis de un hueso largo; también llamado osteoma sarcomatoso.

Psicosis: Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.

Radioterapia: (También llamada terapia de radiación) es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores. En dosis bajas, la radiación se usa en radiografías para ver el interior de su cuerpo, como las radiografías de sus dientes o de huesos fracturados.

Reintegrativa: Comprobación de los resultados.

Toxicidad: Es la capacidad de algunas sustancias químicas de producir efectos perjudiciales sobre un ser vivo, al entrar en contacto con el.

Tumefacción: Hinchazón de una parte del cuerpo a causa de una infiltración, edema, tumor, etc.