



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA  
PSICOLOGIA**

PO 478/90  
E. 2

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO  
A PACIENTES CRONICO: PERFILES DE LOS PACIENTES  
ONCOLOGICOS, FAMILIARES COMO COLATERAL  
Y SU MEDICO

**REPORTE DE INVESTIGACION**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADAS EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N :**

ARIAS ARGUMEDO MARIA GENOVEVA  
AYALA GUADARRAMA MANOLA FRIDA



LOS REYES, IZTACALA EDO DE MEXICO

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

"La página tiene su bondad cuando  
la vuelves y está detrás la vida -  
que empuja y descompone todas las  
hojas del libro".

Italo Calvino.

A mis Padres  
por su gran amor y entrega.

A mis Amigos  
que no son necesarios mencionar,  
pues existen de alguna forma en  
este sencillo escrito.

GENOVEVA.

## RECONOCIMIENTOS

Deseo agradecer de manera especial a Psic. I. Nora Liceaga por haberme permitido participar en este proyecto y haber propiciado mi interes en el paciente oncológico.

Al Dr. Luis Gonzalez Moreno, Cirugano Oncologo, por el inmenso apoyo e introducción al campo de las Ciencias de la salud.

Al paciente oncológico por enseñarme el camino para buscar la armonia.

LA RESIGNACION

ES UN SUICIDIO COTIDIANO

A MIS PADRES

POR SU EJEMPLO Y AMOR

Y A TODOS AQUELLOS

G R A C I A S

FRIDA

# I N D I C E

## INTRODUCCION

### CAPITULO I: LA PSICOLOGIA EN EL AMBITO DE LA SALUD

|   |    |
|---|----|
| 1) ANTECEDENTES Y DEFINICION DE LA MEDICINA CONDUCTUAL..... | 1  |
| 2) LA MEDICINA CONDUCTUAL Y EL CANCER.....                  | 9  |
| 3) MODELOS PSICOSOCIALES DE EVALUACION EN EL CANCER.....    | 15 |

### CAPITULO II: EL CANCER; ALGUNOS PRECEPTOS BASICOS

|  |    |
|--|----|
| 1) DEFINICION DEL CANCER; UNA ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA.....           | 22 |
| 2) EL CANCER Y EL SISTEMA INMUNOLOGICO.....                                  | 26 |
| a) Tolerancia Inmunológica .....   | 27 |
| b) Respuesta Inmunitaria Celular.....  | 28 |
| c) Respuesta Inmunitaria Humoral.....  | 30 |
| d) Hipótesis Inmunopatológicas de los Tumores.....                           | 31 |
| 3) CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS.....            | 35 |
| a) Principios de Radioterapia Oncológica.....                                | 35 |
| a.1 Radiaciones ionizantes empleadas en la radioterapia.....                 | 35 |
| a.2 Mecanismos de acción de las radiaciones ionizantes.....                  | 35 |
| b) Principios de la Quimioterapia Anti-Tumoral.....                          | 38 |
| c) Principios de Cirugía Oncológica.....                                     | 39 |
| c.1 Cirugía curativa.....  | 40 |
| c.2 Cirugía paleativa.....   | 41 |
| 4) CONFRONTACION DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS TRATAMIENTOS DEL CANCER..... | 43 |
| a) Cirugía.....  | 43 |
| a.1 Cáncer de la mama.....   | 43 |
| a.2 Cáncer de los genitales.....   | 44 |
| a.3 Cáncer urinario y colorectal.....  | 46 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| a.4 | Cáncer de cabeza y cuello.....              | 47 |
| b)  | Quimioterapia.....                          | 47 |
| b.1 | Medicamentos de investigación.....          | 48 |
| c)  | Radioterapia.....                           | 49 |
| c.1 | Problemas en la educación del paciente..... | 50 |

### **CAPITULO III: ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ESTRES**

|    |   |    |
|----|---|----|
| 1) | DEFINICION DEL TERMINO ESTRES.....                  | 53 |
| 2) | INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL ESTRES..... | 74 |

### **CAPITULO IV: CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL PACIENTE ONCOLOGICO**

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 1) | LA HABILIDAD O INHABILIDAD PARA LOCALIZAR EL CANCER....     | 92  |
| 2) | LOS PROBLEMAS ONCOLOGICOS ASOCIADOS A ORGANOS SEXUALES..... | 93  |
| 3) | LOS TUMORES Y ALTERACIONES FISICAS Y FUNCIONALES.....       | 98  |
| 4) | LOS EFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS.....                        | 99  |
| 5) | LA EDAD DEL PACIENTE.....                                   | 100 |
| 6) | LA HOSPITALIZACION.....                                     | 104 |
| 7) | EL DOLOR.....   | 105 |
| 8) | LAS AREAS DE LA PERSONALIDAD.....                           | 107 |

### **CAPITULO V: ALGUNAS APORTACIONES CONCEPTUALES SOBRE EL TERMINO AFRONTAMIENTO Y EL MODELO BIOPSI<sup>CO</sup>SOCIAL.**

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 1) | HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO.....          | 110 |
| 2) | EL MODELO BIOPSI <sup>CO</sup> SOCIAL..... | 114 |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| <b>REPORTE DEL ESTUDIO.....</b> | <b>118</b> |
|---------------------------------|------------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| <b>METODO.....</b> | <b>124</b> |
|--------------------|------------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| <b>SUJETO.....</b> | <b>124</b> |
|--------------------|------------|

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>PROCEDIMIENTO.....</b> | <b>126</b> |
|---------------------------|------------|

|  |     |
|--|-----|
| DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION..... | 127 |
| DISCUSION.....                                     | 138 |
| CONSIDERACIONES GENERALES.....                     | 150 |
| ANEXOS.....  | 153 |
| BIBLIOGRAFIA.....                                  | 192 |

## INTRODUCCION

El planteamiento de hipótesis, modelos y teorías sobre la posible relación que existe entre lo psicológico de una parte, y lo fisiológico y bioquímico de otra, es reciente, de donde se ha generado la Medicina Conductual, que consiste en la aplicación de las teorías del aprendizaje (Miller, 1969, cfr. Bayés. 1985) al campo de la salud. Siendo Birk (1973) el primero en proponer el término "Medicina Comportamental" (citado por otros autores como Medicina Conductual), en 1977 en la Yale Conference on Behavioral Medicine, en donde hace el primer esfuerzo por modificar el término y catorce meses más tarde en el año de 1978, la Academy of Behavioral Medicine Research, bajo el auspicio de la United States National Academy of Sciences, dan esta segunda definición:

"La Medicina Comportamental es el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e interacción del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas que son relevantes para la comprensión de la salud y de la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamientos y rehabilitación" (cfr. Bayés, B. 1985, CUD pag. 43).

Un año más tarde, en 1979, aparece el libro Behavioral Medicine: Theory and Practice de Pomerleau y Brady, que delimitó el campo de esta disciplina en los siguientes términos:

La Medicina Conductual se puede definir como: a) la utilización de las técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta -terapia y modificación de conducta- en la evaluación, prevención y manejo o tratamiento de la enfermedad física en los trastornos fisiológicos, y b) la dirección de la investigación que contribuya al análisis funcional y la comprensión de la conducta relacionada con trastornos médicos y problemas del cuidado de la salud.

A partir de esto, la importancia de profundizar de la psicología en aspectos médicos y sobre todo en aquellas enfermedades que tienen un gran peso en la vida del hombre, entre las cuales encontramos las crónico-degenerativas

rativas y como representativas de éstas, debido a su magnitud tenemos al cáncer, en donde, se observan por ejemplo, que en los Estados Unidos (E.U.) existe un índice de muerte cada año de dos millones de personas, aproximadamente un 17% de ellas debidas al cáncer. Las enfermedades infecciosas que en el pasado fueron la principal causa de muerte, ahora sólo representan el 1% del total (Cairns, 1978; citado en Bayés, 1985); en cambio el número de muertes debidas al cáncer aumentó un 7% entre 1935 y 1970, y volvió a aumentar otro 5.5% entre 1969 y 1979 (Epstein & Swartz, 1981: op. cit.). Con lo cual, es fácil visualizar que el cáncer en el momento presente aún contando con los apasionantes descubrimientos conseguidos por la biología molecular en los años 80's (Gascón, 1983: op. cit.) todavía no está vencido.

El cáncer no es un producto de la civilización occidental del sistema capitalista o de la desintegración del átomo, pues el hombre tiene conocimiento de los tumores desde hace miles de años. En el territorio de la Unión de Repúblicas Sociales Soviéticas (URSS), en la región del - Báltico, se encontraron restos de ocho personas a causa de tumores óseos. Se piensa que fueron enterrados hacia los siglos XI-XIV. En los manuscritos antiguos se hace referencia a los tumores, por ejemplo, en los papiros de Everest 3730-3710 años antes de nuestra era, se describen

detalladamente los tumores cancerosos. En los libros sagrados de la India, por los años 1500 antes de nuestra era, en las narraciones de Sushrut, además de la desaparición de los tumores se señalaba que podían ser incididos. Al mismo tiempo se utilizaban unguentos contra el cáncer que contenían arsénico; lo anterior solamente por citar algunos ejemplos de lo remoto del padecimiento.

A través de los diversos estudios se considera dentro de la oncología moderna, que el proceso del cáncer es el resultado de la relación de las células a estimulantes químicos, físicos y biológicos.

De esta manera, consideramos oportuno definir lo que es el cáncer, (aún cuando ésto salga del campo de la psicología, sin tratar por supuesto de convertirlo en un estudio médico), "en la práctica el término cáncer se refiere a un grupo grande de tumores malignos que aparecen en diferentes órganos del hombre y de los animales. Para comenzar, diremos que de las neoplasias que aparecen en el cuerpo, la mayoría son de carácter benigno, y solo una minoría son malignos. Dentro de los primeros, se encuentran los lipomas (tumores de tejido adiposo), ateromas y otros, que sólo pueden ser peligrosos en aquellos casos en los que presionan órganos y tejidos vitales, perturbando sus funciones. Por otra parte tenemos a los segundos, los tumores malignos que se clasifican en dos grupos:

a) tumores de los tejidos epiteliales (carcinomas) y  
b) tumores de los tejidos conjuntivos (sarcomas). Los  
mecanismos de origen se entienden como "la transformación  
de una célula normal, que se divide caóticamente y adopta  
una serie de caracteres hereditarios, nuevos calificadores  
de la malignidad". (Chaklin; sin año). al mismo tiempo  
es importante aclarar que según las observaciones de  
los médicos se ha demostrado que el cáncer no es una  
enfermedad infecciosa y no se transmite de persona a  
persona además en los casos de algunas familias donde  
se observa la incidencia del padecimiento canceroso,  
habría que buscar el origen más allá de un contacto físico,  
buscando tal vez en ciertos hábitos y costumbres comunes  
entre dichas familias y en el influjo de los factores  
del medio externo, aún cuando la transmisión vertical  
de padres a hijos pueda ser una predisposición a padecer  
cáncer. En efecto la combinación de la influencia exterior,  
las perturbaciones interiores, la predisposición a presentar  
procesos tumorales conduce con frecuencia a la aparición  
de dicha enfermedad, aún cuando han concluido que existe  
cierta predisposición en el cáncer de mama.

Por otro lado, existen factores externos medioambiental  
les como hábitos y costumbres que han originado que los  
científicos se interesen en la incidencia de las enfermeda-  
des des cancerosas en las diferentes zonas geográficas

del globo terrestre. A partir de ésta, observaron relaciones directas e indirectas entre las condiciones de vida de la población y el tipo de tumores malignos. Por ejemplo, en los países donde existen costumbres de ingestión de altas cantidades de bebidas alcohólicas, como es el caso de Francia y algunos países en los que se acostumbra la ingestión de bebidas muy calientes, como es el caso del sur de Chile y Argentina, en donde sufren de cáncer en la cavidad bucal, esófago y estómago.

Otro hábito que constituye una de las principales causas del cáncer es el consumo de tabaco, ya que esto ocasiona cáncer en el pulmón, aún cuando es conocido que los habitantes de las ciudades se enferman frecuentemente de estas formas de cáncer, este hábito también puede ocasionar problemas de cáncer del esófago, además de problemas en las vías respiratorias superiores, entre otros órganos y tejidos. Por lo que las estadísticas nos dejan ver que personas que han fumado durante 25 años una cantidad de 40 cigarrillos al día, se enferman 52 veces más que aquellas que en el mismo tiempo no han fumado más de 10 cigarrillos diarios. Según investigaciones éste padecimiento en específico se debe al benzopireno, que se encuentra en el alquitrán del tabaco, así como en el humo que penetra en los alimentos como el pescado ahumado y las carnes a las brasas.

Otro aspecto que ha resultado dentro de la epidemiología del cáncer son los padecimientos de la piel, ya que, es particularmente común en Africa central y oriental, pero su incidencia va disminuyendo paulatinamente, a medida que nos alejamos hacia el este, al norte y al sur (Oleweny, 1981; citado en Bayés 1985). Así como, la moda también ha contribuido al desarrollo del cáncer ya que, el conocido bronceado entre los norteamericanos origina cada año 400 000 casos de cáncer de la piel.

Otro caso en que parecen estar involucrados los factores externos, es el cáncer del cuello del útero, ya que éste es muy frecuente entre las prostitutas y casi desconocido entre las monjas, aún cuando el cáncer de ovario tiene a estas últimas como sus predilectas. Por lo que se supone una estrecha relación entre la actividad sexual y la presentación de este padecimiento (Muir, 1981; op. cit.). Por otra parte, la incidencia del cáncer de cuello del cervix es mayor, en las esposas de hombres que han estado previamente casados con mujeres que han tenido este mismo padecimiento. Lo que indica la posibilidad de una transmisión infecciosa de tipo vírico (Cairns, 1978; op. cit.).

Otra situación que ofrece un gran riesgo de contraer cáncer de mama, es el de no haber tenido hijos, o las mujeres que han dado a luz pero no han amamantado al

niño, o mujeres que han sufrido muchos abortos, jugando esto último, un papel indudable en el desarrollo del cáncer, así el aborto no es sólo la interrupción del embarazo, sino que va seguido de un desarrollo inverso de las células glandulares mamarias, en donde se forman endurecimientos parciales que son precisamente las zonas propicias para la aparición de la neoplasia. Inversamente, los embarazos frecuentes, los partos normales y en una serie de casos la prolongada alimentación de los niños con leche materna y la ausencia casi total de abortos, son los factores que crean condiciones especiales para el organismo femenino y como lo demuestra la vida misma disminuye considerablemente las posibilidades de cáncer en mama.

Por tal motivo, las medidas higiénicas del pene y de los órganos genitales femeninos pueden prevenir el desarrollo del cáncer del cuello del útero y reducir la incidencia de estas enfermedades en más de dos veces. Finalmente las investigaciones estadísticas mostraron que el grupo de las mujeres que se casan muy jóvenes sufren con frecuencia cáncer en el cuello del útero.

A partir de lo anterior, Bayés (1985), menciona que incluso la mayoría de los cánceres cuya causa sea química o mecánica se encuentran mediados por el comportamiento del hombre y que, por esta razón, se trata de

un problema cuya solución no sea exclusivamente médica, sino también en gran parte psicológica, política y económica.

De esta forma, se ha abordado el problema de manera diversa, observándose que abarca una gama de factores dentro de los cuales el aspecto psicológico es de suma importancia. Así como ya se mencionó, nos damos cuenta que el elemento "carcinógeno" más importante que se encuentra en la base de todos los demás, es el comportamiento del hombre, en gran medida irresponsable.

De esta manera, se ha revisado el tema de manera diversa, siendo importante mencionar los diferentes enfoques que han enmarcado las investigaciones: El enfoque psicosomático, los trabajos de fisiología experimental y la aproximación "córtico-visceral".

La primera se refiere a un punto de vista psicoanalítico que aborda el problema desde la personalidad, es decir, la relación simbólica existente entre el hijo y la madre; la segunda se refiere a la fisiología experimental, la cual enfatiza los efectos de las emociones en el funcionamiento del organismo, tomando como antecedentes la asociación pavloviana explicando la respuesta fisiológica en dos sistemas: a) el eje hipofisopararrenal y b) el sistema nervioso vegetativo. Y por último, la aproximación córtico-visceral, la cual toma al igual que la anterior, anteceden-

dentés de Sechenov y Pavlov, de la forma en que la retoma Bykov. De tal manera, que su explicación se basa tomando en cuenta los dos enfoques anteriores, cristalizándose en la llamada medicina comportamental, que en esencia consiste en la aplicación de los descubrimientos de la psicología del aprendizaje (Miller, 1969; cfr. Chaklin. sin año), al campo de la salud, es decir, las variables ambientales, actúan a través de vías y mecanismos puramente psicológicos los cuales son capaces de alterar la bioquímica de nuestro organismo, de esta forma, al estrés se le ha considerado como una causa de la reactividad del sujeto sobre la situación o enfermedad, lo cual depende de factores aprendidos; entendiéndose por estrés: Término tomado de un concepto técnico o abstracto surgido de la física para designar una fuerza que actúa sobre un objeto y al reabasar una determinada medida conduce a la deformación de los objetos o sistemas. El estrés puede considerarse desde tres puntos de vista: a) el estrés como situación, esto es, ya que todos los estímulos del medio ambiente pueden actuar sobre un individuo de forma estresante; b) el estrés como reacción a corto plazo, en general es evocado por estímulos evocadores de huida/agresión, ésta se encuentran constituida por contracciones musculares, alteraciones fisiológicas y sentimientos vividos de forma subjetiva; y c) El estrés a largo plazo, la cual consiste en la alteración del rendimiento físico y del estado

psíquico de la persona, como consecuencia de que se encuentra por un determinado tiempo bajo la influencia del estrés. Aquí se habla de "predisposición a la reacción" (Huver, 1980). Por lo tanto, el estrés a largo plazo no cumple una funcionalidad como sistema de protección al organismo, sino que ésta, es una reacción nociva para el mismo organismo, la cual se puede considerar como una sobre dosis o distress.

Debiendo todo lo anterior enmarcar de forma general el objetivo de este proyecto que es el establecer los perfiles de los pacientes oncológicos dentro de nuestro contexto; para más tarde, poder elaborar estrategias de intervención que den al paciente mejores habilidades de afrontamiento.

## CAPITULO I

### LA PSICOLOGIA EN EL AMBITO DE LA SALUD

#### 1. ANTECEDENTES Y DEFINICION DE LA MEDICINA CONDUCTUAL.

El término "Medicina Conductual" es empleado por diferentes disciplinas relacionadas a la salud (como la psicología y la medicina) las cuales han desarrollado diversos enfoques sobre el empleo de técnicas particulares de psicología conductual en la intervención y mejoría de problemas que se observaban anteriormente como únicos de la práctica y dominio de la profesión médica.

La incidencia de diferentes profesionales en los problemas de salud-enfermedad no está solamente relacionada a elementos físicos, sino también a factores de la conducta y del medio ambiente que contribuyen a deficiencias presentadas durante los tratamientos médicos, por ejemplo: cuando un paciente está con el médico y presenta un mal físico dicho padecimiento a veces está relacionado con la conducta del paciente, es decir, con un estilo de vida particular. En muchos casos las complicaciones presentadas están resueltas parcialmente, en términos de la aplicación directa de un tratamiento médico, no obstante el utilizar técnicas conductuales facilitan la recuperación integral del paciente.

Hay interés en interrelacionar la conducta y los datos de la enfermedad para reforzar el desarrollo de la medicina como ciencia y práctica. Sin embargo, la sistematización empírica supone una aproximación conductual en la medicina que viene a ser cierto solamente recientemente. En este contexto, un modelo integral que combine las ciencias de la conducta y la medicina sería el punto a explicar posteriormente.

Ahora bien, es importante diferenciar la medicina conductual de otras disciplinas semejantes, como: la medicina psicosomática, la psicología médica, los trabajos de psicología experimental -sobre los efectos de las emociones en el organismo- y, la aproximación córtico-visceral, con el fin de poder llegar a una posible definición de ésta. Así pues, podemos empezar diciendo que la medicina psicosomática se evoca a analizar la interacción entre las emociones y la enfermedad en función de un modelo "Biopsicosocial" (Weiner, 1977, cfr. Pinkerton, 1982) este enfoque involucra básicamente la etiología y la patogénesis de la enfermedad física.

En lo concerniente a la orientación de la psicología médica, ésta describe los principios psicológicos en el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física, apoyándose en una serie de técnicas, tales como: evaluación

psicométrica, pruebas proyectivas y de personalidad; aunque sólo se queda a nivel de análisis sin llegar a proponer una terapia práctica.

Por otra parte, los trabajos de psicología experimental se refieren a efectos de las emociones en el funcionamiento del organismo, diciendo que la respuesta fisiológica variará según los elementos del medio ambiente, ya que éstos pueden convertirse por mera asociación pavloviana en un condicionamiento respondiente estresor, dicha respuesta fisiológica se concentra fundamentalmente, en dos sistemas: a) el eje hipofisopararrenal y b) el sistema nervioso vegetativo (Bayés, R; 1985).

Y por último, el enfoque "cortico-visceral", que tiene como precursores a Sechenov y Pavlov y como máximo exponente a Bykov, que propone la idea de que las interacciones del medio externo con el interno obedecen a leyes generales del condicionamiento (Bayés 1985). De esta forma, en respuesta a la poca importancia prestada a la ciencia conductual dentro de la medicina, se empezaron a planear objetivos específicos y técnicas de intervención válidas en la práctica profesional, con el fin de solucionar problemas particulares; dando como resultado la Terapia Conductual o Modificación Conductual que tiene como base la investigación y la práctica. Por lo que ésta puede

ser definida como: "La aplicación de principios derivados experimentalmente, como son los procedimientos de condicionamiento que conducen a cambiar conductas en una situación amplia. Estas incluyen mediciones relativamente contínuas de conductas individuales que se les da una evaluación operacionalmente específica y es replicable la conducta cambiada con los procedimientos utilizados" (Pinkerton, 1982, pág. 1).

La terapia conductual es utilizada principalmente en el aprendizaje y condicionamiento y, en una gran variedad de situaciones que modifican conductas no adaptativas o en otros casos establecen conductas adaptativas (Risley & Bear, 1973; cfr. Pinkerton, 1982). Uno de los más notables rasgos de la terapia conductual es el control y especificación que dan los terapeutas, estos dos elementos en general contenidos en las terapias y en la modificación de las mismas establecen las directrices para el desarrollo de ésta (Wolpe, 1969; cfr. Pinkerton, 1982). Cuando las estrategias específicas fallan o cambian su objetivo, entonces surgen críticas terapéuticas, dando oportunidad de replantear estrategias de intervención más adecuadas hasta que el terapeuta logre su objetivo o meta. Los terapeutas conductuales realizan la intervención consideran do desde su inicio resultados específicos (cambios conductuales) de una terapia predeterminada; en comparación con

terapéutas (p. ej. los terapéuticos psicodinámicos), los cuales establecen metas al parecer muy abstractas y caprichosas.

Los psicólogos conductuales observan las enfermedades haciendo énfasis en la correlación de factores cognoscitivos, conductuales y medioambientales en la etiología y dirección de las mismas, ya que la simple identificación de la etiología orgánica no es suficiente como base de un tratamiento de salud relacionado con otras áreas del individuo. De esta forma, la medicina conductual provee la tecnología necesaria para un tratamiento integral, poniéndose énfasis en un análisis cuidadoso de todos los factores que comprenden una atención a los problemas de salud.

Ahora bien, ¿podríamos definir ya, lo que es la medicina conductual?. La respuesta es difícil, pues el campo de acción de ésta es muy amplio, y el definir implica limitar y especificar, así como alinear algunas profesiones afines a esta disciplina.

Así podemos empezar citando a Birk (1973 (cfr. Bayés, 1985), como el primero que propone el término "medicina comportamental", que en 1977 en la Yale Conference on Behavioral Medicine Research, bajo el auspicio de la United States National Academy of Sciences, dan esta

esta segunda definición:

"La medicina comportamental es el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas que son relevantes para comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y esta técnica a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Bayés, 1985, pag. 41).

De igual manera, Schwartz & Weiss (1978) (cfr. Pinkerton, 1982), definen a la medicina conductual como: el campo que comprende las ciencias biomédicas y técnicas importantes para la salud y la enfermedad, siendo su aplicación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; sin embargo, esta definición no enfatiza los orígenes de los conductistas moderno. Esto implica que la medicina conductual es derivada de una variedad de disciplinas que subyacen dentro del término "ciencias conductuales" debido a que algunas contribuciones significativas vienen desde las ciencias sociales, biológicas y disciplinas relacionadas, que cubren una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la medicina conductual (Pomerleau, 1978; cfr. Pinkerton, 1982).

Otro punto de vista que ayuda a definir a la medicina

conductual es el siguiente: "El uso clínico de las técnicas derivadas desde el análisis experimental de la conducta -modificación de conducta y terapia conductual- para la evaluación, prevención, dirección y tratamientos de enfermedades físicas o disfunciones psicológicas; y la conducción de investigaciones que contribuyen al análisis funcional y el entender la asociación conductual con las enfermedades médicas y problemas en el cuidado de la salud" (Pomerleau & Brady, 1979; cfr. Pinkerton, 1982, pag. 10).

Después de algunas consideraciones de los diferentes puntos de vista relativos a la definición de la medicina conductual, se muestra otra definición del mismo Pomerleau & Brady (1979), con la cual nosotros estamos de acuerdo, pues se apega más a lo que ocurre en la práctica de campo. Consecuentemente la Medicina Conductual está definida como:

"La aplicación clínica de los principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la contribución de tratamientos, direcciones, rehabilitación y prevención de enfermedades físicas o reacciones conductuales concomitantes de disfunciones físicas y la validación y refinamiento de semejantes tratamientos médicos como la aplicación de problemas médicos y relativos a la salud, contiguos

a investigaciones sistemáticas e indagaciones" (Pomerleau & Brady, 1979; cfr. Pinkerton, 1982, pag. ).

## 2.- LA MEDICINA CONDUCTUAL Y EL CANCER

Tanto en el campo de desarrollo de la medicina conductual como en el de otras disciplinas, se hace evidente la participación en el cuidado de pacientes con cáncer, mediante la intervención de profesionales especializados en diversas áreas. Estudios epidemiológicos demuestran que uno de cada cuatro norteamericanos tienen alguna enfermedad neoplásica en algún momento de su vida (Pinkerton 1982); el cáncer es aún desconocido por algunos y no obstante lo avanzado en sus tratamientos e investigaciones, las causas de éste no son claramente identificadas. El curso de la enfermedad varía notablemente de un organismo a otro, por ello algunos de los pronósticos proveen esperanzas para una larga vida, pero no de forma radical.

Dada que es una realidad que cada día más gente desarrolla cáncer y que la tasa de sobrevida es mayor, tenemos que la población de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas va en aumento, por lo cual, sería ideal que tanto oncólogos como médicos pudieran realizar una evaluación psicosocial de sus pacientes; sólo que debido al corto período de vida que presentan la mayoría de éstos, los estudios e investigaciones se ven desfavorecidos. Sin embargo, se ha observado que los psicólogos han sido capaces de establecer una posición en las investiga

ciones, diagnóstico y habilidades clínicas en esta área.

Así se desarrolla una gran atención en las investigaciones psicobiológicas y psicosomáticas de la incidencia de una neoplasia y su desarrollo (Achterber, Lawlis, Simonton & Simonton, 1977; Bahnson & Bahnson, 1966; Green & Morris, 1975; Kiser & LeShan, 1969; Watson & Schuld, 1977; cfr. Pinkerton, 1982), aunque las investigaciones psicobiológicas recuerdan la potencialidad de la prevención primaria, el actual estrés que genera la enfermedad requiere además la dirección psicológica para su afrontamiento (Brown, 1966; cfr. Pinkerton, 1982). Esto parece que será el área crucial de la medicina conductual y una de las que más demandan atención.

Uno de los mayores problemas en la destreza de afrontar, radica en la realidad que envuelve la actividad de esta enfermedad, que parece ser la demanda inmediata de atención profesional, incluyendo una breve intervención práctica; teniendo como principal objetivo la aplicación de diversos "paquetes de tratamiento" (Deitz, 1978; cfr. Pinkerton, 1982). Así antes de cualquier análisis los pacientes deben manifestar las deficiencias de afrontamiento que se presentan para su intervención.

Asímismo si analizamos los tiempos y los espacios en que aparece la enfermedad se observan momentos diferentes

de prevención en donde el psicólogo puede tener incidencia. Así, Bayés (1985) cita tres tipos de prevención: 1) La prevención primaria que se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene por objetivo impedir su aparición; es desde luego, el tipo de intervención más deseable. Siendo así los factores que impiden la prevención primaria del cáncer, los siguientes: hábitos, costumbres, aspectos socioeconómicos y políticos del mismo país que no permiten llevar a cabo dicha prevención, por ejemplo: en caso del tabaquismo y alcoholismo que se han llegado a denominar como vicios sociales, en donde la persona a pesar de las advertencias continúan ingiriendo tabaco y alcohol, debido a su tendencia a obtener satisfactores inmediatos (tal vez favorecidos por los medios de publicidad), aún cuando a largo plazo van en deterioro de su salud.

2) La prevención secundaria, que se refiere a la forma de detección del cáncer y, a la importancia que tendría o tiene el poder llegar a detectarlo lo más temprano posible, teniendo incidencia el psicólogo en la elaboración de programas de adiestramiento que garanticen un nivel de ejecución eficaz en todas aquellas prácticas en las que deban tomar parte activa los no profesionales y la investigación de las interacciones entre el personal sanitario y los pacientes, con el fin de conseguir una óptima calidad didáctica y la máxima difusión posible

de la información y habilidades que se juzguen adecuadas (por ejemplo la auto-exploración de cáncer de mama).

Y por último, la prevención terciaria, que se refiere a la intervención psicológica durante la evolución y tratamiento de la enfermedad, para lo cual el profesional debe contar con conocimientos necesarios, para solucionar totalmente el problema, pudiendo ser esto en aislado o con apoyo de las ciencias biomédicas.

En suma, podemos decir que los puntos que Bayés (1985) cita como preventivos son representativos de un marcado enlace entre las disciplinas de la salud y la medicina conductual, que si bien, podemos decir que dicho enlace es todavía muy poco visible; constituye así una tarea de investigación profunda el que se hagan explícitos los puntos de intervención del psicólogo con las demás disciplinas para solucionar total o parcialmente todas aquellas complicaciones que se presentan a causa de la enfermedad.

De igual manera, los pacientes con cáncer tienen que hacer frente a diversos tratamientos, manifestando las diferentes conductas adaptativas y experiencias de algunas enfermedades relacionadas o concernientes, pero diferentes entre sí, por ejemplo: En la investigación en la que participaron 150 pacientes con diferentes tipos

de cáncer, se pudo observar que el 50% manifestaron signos de distress\*; mientras el otro 50% restante mostraron un adecuado afrontamiento. De los datos relacionados con los pacientes que mostraron distress se pudieron observar los siguientes puntos: 15% estuvo relacionado con el temor de la muerte; un 10% con el sueño; el 10% relacionado con el dolor; 5% relacionado a cuestiones sexuales y un 10% con problemas de reincidencia (Bayés, 1985).

★

De esta forma, generalizando nociones acerca de los pacientes con cáncer y los problemas relacionados con éste, se impide un entrenamiento específico sobre los mismos y el afrontamiento adecuado. Estos factores son el punto para la necesidad de un proceso secuencial que le enseñe al paciente las habilidades de afrontamiento necesarias para tener una buena calidad de vida a pesar de la enfermedad, aún sin la presencia del psicólogo. Así pues, no se asume una posición rígida, ni empírica, ni clínicamente para todos los pacientes con cáncer, porque para ellos éste representa un sufrimiento lleno de ansiedad y depresión; además en general se deben de marcar las "diferencias individuales" del aspecto cognitivo-

(\*se menciona bajo este rubro para mantener la forma en la que el autor lo maneja, pero esto es sinónimo de estrés nocivo y de estrés a largo plazo. Ver capítulo III: definición del término estrés).

conductual de los seres humanos. Los problemas relacionados con las partes afectadas del cuerpo, se encuentran dadas por las diversidades del cáncer y los estilos de vida, alterándose todo esto además con los diferentes tipos de cáncer, pues basta mencionar en general que en el cáncer y en los problemas relacionados a él se incluyen los efectos secundarios de los tratamientos -radiación, quimioterapia y cirugía- los cuales se hacen presentes en los pacientes como serios problemas de adaptación y afrontamiento. En este amplio sentido el cuidado psicosocial del paciente con cáncer o el trabajo psico-oncológico nos lleva al centro del entrenamiento, predicción, modificación y enseñanza de procesos de afrontamiento durante el transcurso de la enfermedad.

### 3.- LOS MODELOS PSICOSOCIALES DE EVALUACION EN CANCER

Barofsky (1981) hace un análisis de tres modelos que permiten la evaluación a diferentes niveles de la interacción que se da entre factores de tipo biológico, psicológico y social en el surgimiento y desarrollo del cáncer; que además permiten tener una perspectiva más amplia de la cual es posible generar estrategias integrales de intervención.

Para comenzar, parte del planteamiento de que si bien el cáncer es un accidente biológico que causa una mutilación que libera los mecanismos de control reproductivo de las células y de que existen diferencias genéticas en cuanto a la predisposición para sufrir este tipo de accidentes; también se ha visto que el cáncer no sólo está en función de factores genéticos, sino que su ocurrencia es producto de secuencias de eventos poco probables, que en su mayoría son inducidos por el medio ambiente (Kindson, 1977; Miller, 1981; cfr. Barofsky, op.cit.).

Antiguamente el tratamiento del cáncer se concentraba a extirpar las tumoraciones mediante técnicas quirúrgicas, llenando más allá de la ocupación del sistema linfático, lo cual limita la producción de células cancerígenas (Halstead, 1894-95). Sin embargo, en la actualidad el cáncer se ve como una enfermedad sistémica en donde el

sistema linfático sólo juega un papel muy limitado en la regulación de la extensión de la enfermedad (Fisher y Fisher, 1966; Fisher, 1977; cfr. Barofsky, 1982). A partir de este planteamiento se puede suponer que el cáncer es curable mediante un tratamiento que reduzca el número de células carcinógenas hasta el punto en que el mecanismo normal del cuerpo pueda controlar la producción de células ajenas o aberrantes, siendo entonces que el sistema inmunológico puede actuar efectivamente.

Se considera que las células carcinógenas normalmente se encuentran en el cuerpo y cuando se presentan en exceso se dice que la persona está "enferma", que cuando su presencia esta "controlada" el paciente "no está enfermo". Algunos investigadores han sugerido que el sistema inmunológico se encuentra alterado cuando se da la producción incontrolada de células aberrantes (op.cit.).

Hablar de que los pacientes cancerosos están "curados" puede interpretarse como la correspondencia entre la medida de la tasa de mortalidad entre este grupo de personas y la tasa encontrada en la población total. En cambio para decir que un individuo se ha "curado", es necesario que el paciente haya alcanzado un nuevo estado, sin embargo, para evaluar esto es necesario una mayor claridad en las medidas psicológicas y sociales más que en la significan

cia biológica, ya que aquellas se dan en base a: a) cómo piensan los individuos sobre sí mismos, b) cómo planean su vida futura, y c) cómo reportan su historia clínica; siendo esto mucho más factible de lograr que la evaluación del estado de "cura" desde el punto de vista biológico, pues se carece de una medida precisa que permita evaluar el residuo de la enfermedad y la capacidad de los pacientes para combatirlo (cfr. Barofsky, 1981).

Barofsky (1981) dice que el "estado de cura" se puede definir operacionalmente en términos de qué tan capaz es el paciente de cuidarse por sí mismo y de los cambios sociales y conductuales que se presenten, permitiéndole ser etiquetado de esta manera. La etapa terminal del padecimiento puede definirse en términos de los cuidados que el paciente necesita de parte de otros.

Al paciente canceroso se le debe considerar como: a) una persona de características físicas y psicológicas que no difieren de la población en general, pero que ha experimentado un accidente biológico; b) que tiene un gran riesgo de experimentar la recurrencia de la enfermedad original o alguna complicación relacionada con ésta; y c) una persona que padece esta enfermedad, ya sea que se le considere como "curada" o que esté en fase terminal, sufre un cambio en el cuidado médico que recibe.

Son tres los modelos "psicosociales de evaluación" del cáncer que propone Barofsky (1981), el primero es el psicogénico, el segundo de afrontamiento y el tercero de sistemas de salud.

a) El modelo psicogénico.- En primera instancia analiza los eventos intrapsíquicos y supone que existe una adherencia a procesos psicológicos, los cuales se encuentran relacionados con el origen e historia natural de la enfermedad. Su principal postulado es que los conflictos inconscientes y las respuestas a eventos traumáticos están altamente relacionados con la alteración de la vigilancia del sistema inmunológico, implicando ésto una supresión del funcionamiento de dicho sistema y que resulta un evento antecedente requerido para transformar una célula aberrante en un grupo de células al cual se ha denominado tumor.

A pesar de que hay evidencias que apoyan este postulado, es difícil validar los instrumentos de evaluación que se utilizan dentro de este modelo, pues es difícil encontrar las variables adecuadas que conduzcan a la psicopatología y que ésta a su vez lleve al cáncer (op. cit.).

b) El modelo de afrontamiento.- Comienza por evaluar la adaptación del individuo a los cambios que ocurren

dentro de sí mismos y en su medio ambiente así como la interacción entre ambos, sin hacer referencia a la etiología de la enfermedad.

Este modelo se basa fundamentalmente en ciertas habilidades conductuales y cognoscitivas que adquieren los individuos en el transcurso de su vida. El proceso de afrontamiento incluye el reconocimiento del problema y el resultado de la respuesta emitida ante él; este proceso es reiterativo en tanto que las soluciones a problemas se evalúan, corrigen y las nuevas aproximaciones se prueban.

Se han establecido tres grandes grupos de estrategias de afrontamiento: a) técnicas para minimizar el estrés, b) actividades que intentan incidir sobre consecuencias específicas, y c) actividades que involucran a otros. Estas técnicas están encaminadas a controlar eventos que provocan estrés para tratar de evitar situaciones potenciales de enfermedad. Los esfuerzos para incidir sobre situaciones específicas pueden incluir la búsqueda de información, la participación en toma de decisiones y el aprendizaje de nuevas habilidades para compensar la pérdida en funciones; esto puede involucrar a la familia, amigos y grupo de autoayuda. En general las habilidades de afrontamiento comprenden procesos cognoscitivos y conductuales específicos que pueden variar como una función

del estado de la enfermedad o de la edad del paciente (Barofsky, 1981).

Averill y Opton (1968; cfr. Barofsky, 1981) señalan que el afrontamiento se puede evaluar de dos formas: a) como una disposición en términos de la estabilidad relativa y de carácter consistente respecto a la forma en que la gente incide sobre sus problemas; y b) como un proceso de desarrollo constituido por varios estados, en donde se hace necesaria la observación de conductas y de la forma en que ocurren, para de esto inferir la manera en que se de el afrontamiento.

Afrontamiento se define aquí según Hann (1977; cfr. Barofsky, 1981) como un acto propositivo e intencional y se establece una diferencia entre lo que son las habilidades de afrontamiento y los mecanismos de defensa, ya que las primeras se ven como respuestas adaptativas orientadas a la realidad, en cambio los segundos presentan una distorsión de ésta.

c) El modelo de sistemas de salud.- Supone que hay sistemas dentro de los cuales el individuo encuentra sus propias funciones para determinar el "cómo" y la "forma específica" en que ellos actúan. Además supone que el cuidado de las condiciones ambientales óptimas para el paciente canceroso juegan un papel preponderante,

ya que el paciente está determinado por su estado Psico-social; este modelo no enfatiza la etiología ni las habilidades del paciente.

Weissman (1979; cfr. Barofsky, 1981) acuñó el término "salvo conducto" para hacer referencia a las pautas que marca el personal médico al paciente para que éste deduzca la existencia de su enfermedad, el tratamiento directo al que va a ser sometido, la recurrencia que puede presentarse y la posibilidad que tiene de morir; este término encubre el intento implícito que existe de llevar a cabo ciertas actividades que disminuyen la ansiedad del paciente.

En función de lo anterior, se establece que el individuo requiere de un enfoque integral y de un cuerpo de profesionales interdisciplinario que contemple por lo menos uno de los niveles de evaluación anteriormente mencionados. Sin perder de vista que existen otros niveles, aún cuando lo ideal, sería establecer un modelo en el que el equipo encargado de la salud evalué a cada paciente como una unidad integral. Y así frenar la carrera de las ultraespecialidades, que si bien profundizan en una área, pierden a la persona como su objetivo

## CAPITULO II

### EL CANCER: ALGUNOS PRECEPTOS BASICOS

#### 1.- DEFINICION DE CANCER:

##### UNA ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA

"En la práctica el término cáncer se refiere a un grupo grande de tumores malignos que aparecen en diferentes órganos del hombre y de los animales. Los tumores malignos se clasifican en dos grupos: tumores de los tejidos epiteliales (carcinomas) y tumores de los tejidos conjuntivos (sarcomas). La mayoría de los tumores tienen carácter benigno, en general, crecen con lentitud y no producen metastasis (traslado de partículas del tumor desde el órgano lesionado de origen a otros órganos y tejidos). Los tumores benignos del tipo lipoma (tumores de tipo adiposo), ateroma y otros, pueden ser peligrosos sólo en aquellos casos cuando ellos presionan órganos y tejidos vitales importantes perturbando sus funciones" (Chaklin, sin año pp. 7).

Los tumores están formados por un número grande de células pero el crecimiento de cada tumor comienza, por lo general, con la transformación de una célula normal en maligna, como resultado de cambios irreversibles ocurridos en dichas células, que se dividen caóticamente y adoptan una serie de características hereditarias nuevas,

calificadores de la malignidad (op. cit).

El hombre tiene conocimiento de los tumores desde hace miles de años. Hipócrates y Abu Ali Ibn-Sina (Avicena) hicieron valiosos aportes al desarrollo de la oncología clínica antigua. Es en realidad a Hipócrates a quien se le deben los conceptos de cáncer y sarcoma. Básandose en la semejanza que existe entre la carne de pescado y algunos tumores de tejido conjuntivo, propuso nombrar los tumores carnosos sarcomas, y a los tumores epiteliales que recuerdan a un cangrejo o langosta con patitas extendidas, carcinomas o cáncer (Chaklin, sin año).

Avicena en su obra clásica "Canon de la Medicina" le dedicó una gran parte al problema de los tumores malignos. El sabio señaló que no se debe dejar pasar por alto la etapa inicial de esta enfermedad, es necesario extraer el tumor en los límites de los tejidos sanos. Estas dos proposiciones son válidas hasta nuestros días. Claro está que los métodos activos de curación en aquellos tiempos no existían. Avicena escribió fundamentalmente acerca de los tumores exteriores al igual que Hipócrates, y este último propuso cauterizarlos con hierros candentes (op. cit.).

Los trabajos de Celso, Galeno, Morgagni, Hunter, Paracelso y muchos otros sentaron las bases para el desarro-

llo del estudio de los tumores. La idea de que el cáncer acompaña a la humanidad a través de toda su existencia, está demostrada en muchos otros documentos (Chaklin, sin año).

A través de todos los siglos se han acumulado observaciones sobre las enfermedades cancerosas, sin embargo, sólo a partir del siglo XVIII se hacen los primeros intentos para extirpar los tumores. Se perfecciona la medicina y con ella los métodos de registro de la enfermedad y la mortalidad de la población.

¿Qué diferencias hay entre la célula normal y la cancerosa?.

El núcleo de las células es irregular, tortuoso, es profundamente anormal; sus cuarente y seis cromosomas se duplican de una manera atropellada, tanto que es posible encontrar en él hasta más de noventa cromosomas. Pero ¿son estas anomalías la causa del estado canceroso?. El origen del proceso canceroso podría quizá encontrarse a nivel del Acido Desoxirribonucleico (ADN) (cfr. de The, 1987).

La membrana, el órgano "social" de la célula, también aparece seriamente modificada en las células neoplásicas, pero, ¿es esto consecuencia del estado canceroso o es

la causa del cáncer?. De cualquier manera, la especificidad de las células cancerosas reside en el nivel del comportamiento social. Así, cuando se cultivan células normales en el laboratorio, están sometidas a la inhibición de contacto, es decir, se multiplican en el fondo de las cajas de cultivo hasta el momento en que invaden toda la superficie disponible. Las células cancerosas van más lejos, incluso llegan a aglomerarse unas a otras. A nivel de la ultraestructura de las células malignas y de los mecanismos como la replicación del ADN o la síntesis de proteínas, nada separa fundamentalmente las células cancerosas de las normales, con excepción de que el comportamiento de aquéllas es anormal. Esto bien pudiera estar ligado a la modificación de la membrana citoplasmática, que es el órgano "social" (cfr. de The, 1987).

En resumen, "el cáncer sería el resultado de la expresión no controlada de las funciones vitales de la célula, que la obligan a replicarse y mantener su propia descendencia mientras existan reservas nutritivas. Esto sucede en detrimento, primero, de otros tipos de células, después de todo el organismo y, por consiguiente, a expensas del enfermo que puede morir sumergido en la fuerza vital de una parte de sí mismo que poco a poco, van destruyendo el resto de su ser..." (de The, 1987, pag. ).

## 2.- EL CANCER Y EL SISTEMA INMUNOLOGICO

En este apartado el interés principal es el de explicar de manera general los elementos que constituyen el sistema inmunológico y la relación existente entre éstos. Con base a esto, se comenzará mencionando los tipos y funciones celulares del sistema inmunológico, y posteriormente algunos puntos de vista acerca del por qué de la aparición del cáncer.

Hoy es opinión aceptada que el estado inmunológico del huésped puede condicionar la historia natural y clínica de la neoplasia (sinónimo de tumor ya sea benigno o maligno). A pesar de que los términos en que se lleva a efecto no sean completamente conocidos. (cfr. Bonadonna y Robustelli, 1983).

Conseguir puntualizar mejor la situación teórica, y sobre todo esclarecer los no pocos elementos contradictorios que la caracterizan, puede contribuir significativamente, por una parte, a mejorar la comprensión de los eventos biológicos que tienen lugar en el origen de la neoplasia y, por otro lado, a hacer más racional la aplicación clínica de la inmunoterapia (tratamiento basado en la manipulación del sistema inmunológico, estimulándolo por ejemplo: con vacunas, trasplante de médula ósea, entre otras). Según la visión más actual del tema, la

reacción inmune no se basa en los pilares tradicionales representados por el antígeno (factor extraño o ajeno al organismo -agente agresor- y el anticuerpo, sino en el antígeno y el sistema inmunitario de manera global (cfr. Bonadonna y Robustelli, 1983).

El antígeno es el elemento indispensable para iniciar dicha reacción, cuyas modalidades de desarrollo dependen de: caracteres físicos, químicos y estructurales del antígeno, estado de inmunoreactividad del individuo y del momento en que se realiza el encuentro. La respuesta provocada en el organismo, puede ir dirigida a aceptar a el antígeno de manera selectiva (tolerancia inmunológica), estableciendo un equilibrio bioinmunológico; o a oponerse mediante la estimulación de células inmunocompetentes (respuesta celular) y/o de la formación de los anticuerpos (respuesta humoral). Los antígenos son polivalentes e inmunogénicos, es decir, capaces de producir una adecuada estimulación de todo el sistema inmunitario (Wunderlich, 1982).

a) TOLERANCIA INMUNOLOGICA.- Es el fenómeno de adaptación del sistema inmune al estímulo antigénico, con las siguientes fases: 1) tolerancia reversible, debida al bloqueo de los receptores producidos por acceso o por un defecto de un antígeno, 2) tolerancia irreversible, debida a auténticas alteraciones clonales; 3) tolerancia

parcial, dirigida específicamente a un determinado antígeno o a partes de éste; 4) tolerancia celular tipo "T" o "B", que afectan los linfocitos "T" de acción supresora y linfocitos productores de inmunoglobulina; 5) desviación inmunológica, por modificaciones artificiales o espontáneas a nivel antigénico; y 6) supresión mediada del nivel periférico de anticuerpos solubles (Keast, 1981; Wunderlich, 1982).

b) RESPUESTA INMUNITARIA CELULAR.- Es la defensa antitumoral en particular; los elementos que intervienen son: linfocitos "T", las células Killer (k), las células Natural Killer (NK) y los macrófagos. Los linfocitos "T" se derivan de la médula ósea madurando en el timo, haciéndose así timocitos maduros subdivididos en tres subtipos: 1) Hellpers (actividad de cooperación); 2) Citotóxicos o Killers (actividad citotóxica); y 3) Suppressors (actividad inhibidora frente a ciertas reacciones inmunitarias) (Wunderlich, 1982).

La reacción inmune comprende tres fases: a) aferente, en la que tiene lugar el contacto de los linfocitos "T" con el antígeno; b) activación, que se desarrolla en el interior de los órganos linfoides secundarios; c) eferente, donde participan los linfocitos activados tras su encuentro con el antígeno y dotado de actividad citotóxica, los linfocitos con memoria, las células linfocitos

"T" con función "Hellper" y "Suppressor", los linfocitos "B" que producen anticuerpos, los macrófagos y células "NK" y "K" (cfr. Wunderlich, 1982).

Una aplicación ulterior de la respuesta inmune se obtiene mediante la participación de los linfocitos "T" con función "Hellper", cuya tarea es la de favorecer la cooperación entre los elementos inmuno-competentes: linfocitos "", linfocitos "B" y macrófagos (células de defensa, grandes: que se caracterizan por comer células o desechos celulares). Por el contrario los linfocitos "T" Suppressor ejercen una acción supresora y su intervención regula la intensidad de la misma respuesta inmunitaria (cfr. Wunderlich, 1982).

Células K y NK.- Las NK son capaces de funcionar independientemente de la presencia del anticuerpo, mientras que las células K actúan sólo si "son armadas por la molécula del anticuerpo". Según otros autores dichas diferencias no existen, la actividad citotóxica ejercida por las células NK es: selectiva, intensa y precoz. Las células K se conocen porque ejercen su capacidad de citolisis frente a las células diana (son células blanco, es decir, las células extrañas al cuerpo, que pueden ser, aunque no necesariamente cancerosas, el blanco para las macrófagos) (cfr. Wunderlich, 1982).

Macrófagos.- Por su función fagocitaria y citotóxica constituye una población celular ampliamente involucrada en los procesos inmunobiológicos de los tumores. Frente a la célula tumoral los macrófagos desarrollan una actividad citotóxica la cual, a su vez, puede ser específica o no específica, de acuerdo a si los macrófagos están activados o sólo armados de manera genérica. Experimentalmente, la citotoxicidad de los macrófagos se acompaña de una auténtica inhibición del crecimiento del tumor. Según algunos autores los macrófagos podrían liberar también una sustancia de naturaleza protéica capaz de producir la necrosis tumoral y un factor de activación linfocitaria denominado LAF Lymphocyte Activating Factor (cfr. Bernardo, 1983).

c) RESPUESTA INMUNITARIA HUMORAL.- Los linfocitos "B" activados por el contacto antigénico se transforman sucesivamente en células plasmáticas, es decir, en elementos productores de anticuerpos específicos, es a este nivel donde tienen lugar las funciones de las células "T" (Helper) y "T" (Suppressor). Dado que las clases y las subclases de inmunoglobulinas son numerosas y su producción está específicamente ligada a la constitución del antígeno, resulta obvio que la respuesta de los anticuerpos a las células neoplásicas sea multiforme. En numerosas neoplasias humanas se ha demostrado la presencia de anticuerpos

dirigidos frente a los antígenos tumorales y parece que pueden correlacionarse con un pronóstico más favorable. Los conceptos anteriormente expuestos permiten considerar que las respuestas inmunes (celular y de anticuerpos) cooperan para salvaguardar el equilibrio del organismo frente a las agresiones antigénicas (Strada y Robustelli, 1983).

En síntesis: de una célula progenitora única (stem cell) de la médula derivan los linfocitos "T" y "B"; los linfocitos "T" se diferencian posteriormente en "Hélper", "Citotóxico" y "Suppressors"; los linfocitos "B" se transforman en células plasmáticas y producen anticuerpos; los linfocitos "T" (Hélper) a su vez, pueden interactuar con los linfocitos "T" (Suppressor) y con los linfocitos "B", mientras que los linfocitos "T" (Suppressors) pueden influir las funciones de los linfocitos "T" destinados a convertirse en linfocitos "B"; y por último si los Fimocitos intervienen para mejorar ulteriormente la respuesta inmune (Bonadonna y Robustelli, 1983).

d) HIPOTESIS INMUNOPATOLOGICA DE LOS TUMORES.- En las enfermedades neoplásicas se ha señalado también desde hace tiempo una patogénesis de carácter inmunitario. La hipótesis inmunológica, por ejemplo, se ha observado que el estrés produce la activación de las glándulas adrenales, lo cual supone un incremento en la producción

de corticoesteroides que, a su vez, tienen como consecuencia una involución del timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos y, por lo tanto, un debilitamiento del sistema inmunitario encargado de proteger al organismo. En otras palabras, parece plausible defender que aunque el estrés, no sea, en este caso, la causa primaria del cáncer si, constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo" (Bayés, R. 1985; pág. 55).

Hoy no es posible afirmar definitivamente cuáles son los conceptos hasta ahora demostrados de manera cierta, sino que hay que tener en cuenta la eventualidad de que en un futuro puedan confirmarse o ser desmentidos; los conocimientos inmunológicos y en particular los que se refieren a los tumores, se encuentran en continua evolución y constituyen uno de los temas de interés actualmente controvertidos y, a la vez más estimulantes. Se presume que las células tumorales están dotadas de características antigénicas de histocompatibilidad, que normalmente están ausentes en las restantes células. La presencia de elementos neoplásicos en el organismo podría, por tanto, ser equiparable a la de un trasplante entre dos sujetos genéticamente diferentes, pero que pertenecen a la misma especie. El fenómeno evocaría una respuesta de rechazo a guisa de

que, en general, lo que sucede en la realidad difiere notablemente de los supuestos teóricos (Jensen, 1981).

De la relación entre la inmunidad y tumores se distinguen dos diferentes fenómenos: a) los mecanismos que el huésped puede desarrollar para defenderse de la agresión neoplásica que se manifiesta con base a la citotoxicidad que involucra esencialmente a la inmunidad celular y, b) de los mecanismos que favorecen el desarrollo de las neoplasias. Esto representa el fracaso del efecto protector que desarrolla el sistema inmune frente a un elemento extraño al organismo humano, como puede considerarse a la célula neoplásica. En la facilitación del crecimiento tumoral algunos consideran que se debe a condiciones características propias del tumor (Bayés, 1985).

Como conclusión a este punto podemos decir que son muchos los problemas que todavía restan por definir con una mayor precisión antes de que se pueda preveer el manipular la respuesta inmunológica con fines terapéuticos y con una buena garantía de éxito. Dichos problemas se podrían sintetizar de la siguiente manera: a) situación espacio-temporal del papel desarrollado por los fenómenos inmunitarios en la oncogénesis y en el desarrollo sucesivo del tumor, b) correlación del estado inmunológico del huésped con las distintas fases de la enfermedad, c) definición cuantitativa y cualitativa de la relación

que se establece entre cada individuo y el tumor de que es portador, y el d) el empleo de la inmunoterapia de manera definitiva.

### 3.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

a) PRINCIPIOS DE RADIOTERAPIA ONCOLOGICA.- El empleo - de radiaciones ionizantes (disociación de una sustancia en solución en sus iones constituyentes; partículas subatómicas) en el tratamiento de los tumores se basa en la posibilidad de obtener la destrucción total de la neoplasia sin producir alteraciones graves e irreversibles en los tejidos sanos. El efecto se basa en una acción selectiva, lenta y gradual, que poco a poco, establece en las células tumorales daños incompatibles en su supervivencia, dejando a los tejidos normales en la posibilidad de reparar de manera más o menos completa los efectos de la irradiación (Banfi, 1983).

a.1. Radiaciones ionizantes empleadas en la radioterapia.- El término radiaciones ionizantes se reserva para las radiaciones electromagnéticas o corpusculares que poseen la energía suficiente para determinar, a su impacto con la materia, fenómeno de ionización del átomo (ejemplo: los rayos X, gamma, beta, neutrones y electrones veloces) (op. cit.).

a.2. Mecanismos de acción de las radiaciones ionizantes.- El efecto biológico de las radiaciones ionizantes es el resultado final de una serie de fenómenos de diversa

naturaleza, todavía no del todo conocido. La interacción entre la radiación y materia viva se realiza esquemáticamente a través de tres fases sucesivas: \*física, \*\*química y \*\*\*biológica.

\*Fase física.- Representa el primer momento de la interacción y corresponde esencialmente a fenómenos de ionización y excitación de los átomos. La ionización consiste en la expulsión de un electrón de la órbita extrema de un átomo, es decir, en la formación de iones y rotura de enlaces químicos. La excitación es determinada por el paso de un electrón de una órbita externa a otra de mayor nivel energético (op. cit.).

\*\*Fase química.- Los mecanismos a través de los cuales los fenómenos físicos iniciales de ionización y de excitación se traducen en alteraciones químicas y en consecuencia en modificaciones bioquímicas y biológicas. Hoy se admite que coexisten dos mecanismos de acción: uno directo y otro indirecto. El primero, se refiere a la acción directa consistente en ceder energía a macromoléculas de elevada significación y, por lo tanto, en el desencadenamiento directo de las modificaciones bioquímicas y biológicas sucesivas. Y el segundo, comenta la acción indirecta consistente en la activación de átomos y/o moléculas muy reactivos y, por lo tanto, de vida muy breve, que de manera secundaria interactúa con las

moléculas o macromoléculas orgánicas. En las radiaciones de tipo convencional la acción indirecta constituye el mecanismo de interacción predominante. A nivel químico los efectos que siguen de manera inmediata a la irradiación consistente, por vía directa o indirecta, en fenómenos que afectan a los distintos tipos de moléculas o macromoléculas orgánicas (proteínas, lípidos, hormonas, etc.). Determinando importantes consecuencias sobre el metabolismo, la capacidad de reproducción y supervivencia de las células irradiadas.

\*\*\*Fase biológica.- El efecto biológico de las radiaciones ionizantes sobre las células se desarrolla preferentemente a nivel del núcleo mediante alteraciones de los ácidos nucleicos (ADN y ARN) y de las enzimas vitales. El conocimiento del mecanismo y de la velocidad de reparación constituye una base teórica de enorme interés para la elección de las distintas modalidades de distribución en el tiempo de la irradiación.

Hoy se admite la existencia de tres tipos principales de lesión a nivel celular: a) lesiones letales, capaces de provocar la muerte a la célula, b) lesiones subletales, y c) lesiones potencialmente letales. Estas dos últimas se diferencian de la primera en que su capacidad de determinar la muerte celular depende de factores externos. Las alteraciones más significativas y más importantes son

las que se observan en el núcleo. Así a estas alteraciones morfológicas corresponden graves alteraciones funcionales que al ser irreversibles pueden conducir a la muerte inmediata de la célula o al retraso o al bloqueo total de su capacidad de reproducción y, por consiguiente, a la muerte diferida, o bien a modificaciones genéticas que puedan traducirse en mutilaciones más o menos compatibles con la supervivencia (Banfi, 1983).

b) PRINCIPIOS DE LA QUIMIOTERAPIA ANTI-TUMORAL.-  
Hace treinta años no existía ningún tratamiento válido para el manejo de los tumores malignos en fase avanzada, las neoplasias que no estaban lo suficientemente bien localizadas para ser resecaadas (sinónimo de estirpadas, removidas mediante la cirugía, etc.) o irradiadas, tenían un pronóstico invariablemente fatal en un breve período de tiempo desde el diagnóstico. Hoy en día, este cuadro ha cambiado notablemente, aunque aún falta mucho para lograr un control satisfactorio de los tumores mediante esta modalidad; algunas neoplasias pueden curarse definitivamente con quimioterapia sola, en otros casos su efecto es parcial o coadyuvante, y en otros paliativo. Dependiendo de la respuesta individual al fármaco (Bonadonna, 1983).

El control de la neoplasia mediante la técnica monoquimioterapica ha consistido fundamentalmente en la juiciosa rotación de los fármacos disponibles, adminis--

trando un medicamento hasta que apareciera la evidencia clínica de su ineficiencia (Bonadonna, op.cit.).

Las bases biológicas y farmacológicas de la poliquimio terapia antitumoral han sido ampliamente estudiados. Desde el punto de vista clínico, la asociación de varios fármacos antineoplásicos persiguen el objetivo de: 1) aumentar el sinergismo terapéutico, 2) retrasar la aparición de fenómenos de resistencia celular, 3) aumentar la tolerancia del paciente a la acción tóxica de los fármacos, y 4) aprovechar las características farmacológicas de los distintos componentes para inducir una rápida regresión completa sin producir simultáneamente una elevada toxicidad y por consiguiente, establecer las bases para poder obtener una remisión de duración prolongada o incluso de curación definitiva (Bonadonna, 1983).

En síntesis: la poliquimioterapia antineoplásica representa actualmente un tipo de tratamiento más eficaz para obtener la destrucción de células tumorales, debiendo ser administradas por médicos especialistas, en pacientes seleccionados, con un modelo óptimo y con el objetivo preciso de lograr la máxima eficiencia terapéutica a expensas de una toxicidad en algunos casos irreversible (Bonadonna, 1983).

c) PRINCIPIOS DE CIRUGIA ONCOLOGICA.- En oncología

puede llevarse a cabo una intervención quirúrgica con distintos objetivos como lo son: 1) el terapéutico radical; 2) terapéutico reductor; 3) terapéutico paliativo, y 4) diagnóstico explorador en sentido estricto (biopsia, comprobación del estadio, entre otras). Así una de las premisas fundamentales de la cirugía oncológica es que los tumores malignos presentan un escaso respeto a la anatomía (Molinari & Bonadonna, 1983).

Ahora bien, la tarea del cirujano no es sólo la de extirpar el tejido neoplásico en todos los casos en que sea posible hacerlo de manera radical. Así pues, el cirujano deberá aplicar en determinadas ocasiones intervenciones paliativas directas sobre el tumor, con el fin de eliminar situaciones de amenaza vital en condiciones de urgencia o simplemente para dar una mejor calidad de vida (Molinari, 1983).

c.1. Cirugía Curativa.- Toda intervención curativa debe fundamentarse siempre en el concepto de radicalidad, es decir, en la existencia de una probabilidad razonable, de que toda la neoplasia se encuentra contenida en el tejido a extirpar; en teoría la presencia de metastasis a distancia del tumor sólido, debería excluir toda finalidad curativa de una intervención quirúrgica. Sin embargo, esta regla representa numerosas excepciones por la posible existencia de metastasis solitarias (Molinari, op. cit.).

Toda intervención quirúrgica en oncología, presupone la posibilidad de extirpar las formaciones anatómicas invadidas por la neoplasia, obviamente con conservación de la vida, pero de una vida que merezca la pena ser vivida por el paciente y, que lo sea por un período de tiempo razonable.

c.2. Cirugía paliativa.- La aplicación real de este tipo de cirugía no muestra una gran difusión, debiéndose al hecho de que en muchas situaciones clínicas prevalecen consideraciones éticas que llevan a renunciar a intervenciones útiles debido a que sus beneficios serían demasiado breves; por ejemplo: 1) intervenciones de limpieza o para el control del dolor, como la amputación de un miembro con una gran neoplasia ulcerada y sangrante o bien que ocasione un síndrome doloroso importante; aún en presencia de metastasis a distancia, por lo que es evidente que el objetivo de la intervención no es el de prolongar la supervivencia sino, el de mejorar la "calidad de vida". Finalmente, no se debe olvidar que una justificación adicional de este tipo de intervención, representa la posibilidad de empleo de otras terapias en el sentido de lo que se conoce como cirugía citorreductora, esto es, cuando una neoplasia se encuentra diseminada, y no es posible resecarla en su totalidad, se remueve todo el tumor posible, para después aplicar otras terapéuticas

complementarias como quimioterapia y/o radioterapia (cirugía complementaria o adyuvante) (Molinari, R., 1983).

En suma, podemos preguntarnos si no sería preferible ampliar al máximo las indicaciones y extensión de las intervenciones en el campo de los tratamientos curativos, incluso en el caso de las neoplasias limitadas a fin de conseguir el mayor número posible de curaciones locales definitivas, no importando las consecuencias, con el único fin de salvar la vida, siendo esta la filosofía de la cirugía; hasta que no se consigan otras armas suficientemente válidas que las respalden (op. cit.).

Hoy con la adquisición de estos medios, la pregunta a formularse es ¿No sería más razonable reducir la extensión de las resecciones en los tumores más limitados y recurrir sistemáticamente a asociaciones terapéuticas, empleándose éstas con la intención de obtener una sumación de efectos que puedan mejorar el pronóstico del paciente?. En este tipo de secuencias deberá emplearse cada medio terapéutico al máximo de sus posibilidades.

Por este motivo, es de gran importancia la secuencia que se elija, es decir; el orden en el cual se deberán suceder los actos terapéuticos, entidad de las dosis de radioterapia, fármacos a administrar y, desde el punto de vista quirúrgico la entidad de las resecciones a efectuar.

#### 4.- CONFRONTACION DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS TRATAMIENTOS DEL CANCER

El cáncer es una forma diferente de una enfermedad crónica, debido a su estado de presentación, su evolución, tipos de tratamientos y por una concepción social que lleva a la muerte; en donde los tratamientos pueden ser aversivos, y a veces más aversivos que los mismos síntomas de la enfermedad.

##### a) Cirugía

Es el tratamiento preferido en muchos tipos de cáncer, los pacientes que son sometidos a cirugía pueden encontrarse con una variedad de problemas como pueden ser: la desfiguración y pérdida de tejidos u órganos, cambios en la imagen del cuerpo y rehabilitación postoperatoria. Algunos de estos problemas se asocian con una preparación inadecuada para la cirugía (Burish & Lyles. cfr. Burish & Bradley, 1983).

##### a.1) Cáncer de la mama

En el cáncer de la mama en donde el tratamiento es quirúrgico se remueva parte o todo el tejido mamario recibiendo mayor atención en la literatura psicosocial que en otro tipo de cáncer. Después de la mastectomía la mayoría de los pacientes experimentan depresión, ansiedad y reducen la autestima. Algunos pacientes les lleva hasta

un año en volver a funcionar normalmente en estas áreas y un pequeño porcentaje de pacientes les toma un período considerable, o nunca se ajustan adecuadamente (op. cit.).

En suma, a la ansiedad y depresión mencionada se le auna el tratamiento quirúrgico el cual produce una variedad de otros problemas algunas veces de proporciones serias. Uno de los problemas más comunes es el deterioro de la autoestima. Después de una mastectomía en muchas mujeres, especialmente en quienes la apariencia y la buena figura han sido de gran importancia, se sienten devaluadas, feas, desfeminadas, rechazadas social y sexualmente (op. cit.).

Como consecuencia de la mastectomía se presentan disturbios o alteraciones en las relaciones maritales. Existiendo una serie de problemas que se relacionan más directamente con los efectos físicos de la cirugía, por ejemplo muchas postmastectomizadas experimentan disminución en la movilidad del brazo y linfedema (inflamación del brazo). Las estrategias de intervención dan pocos datos sólidos en cuanto a como tratar o prevenir los efectos psicológicos adversos (op. cit.).

#### a.2) Cáncer de los genitales

La cirugía más común es la histerectomía que usualmente se practica en el cáncer del útero. Una vulvectomía

radical se practica frecuentemente en el cáncer de vúlva, en la enfermedad extensa se puede practicar una exenteración pélvica (se remueva la vagina, el útero, las trompas de Falopio, ovarios, parte de la vulva, vejiga y recto). A la mujer que se le practica este tipo de cirugía tiene que enfrentarse con las dificultades que resultan del tener dos ostomías (formación de aberturas artificiales permanentes para evacuar el excremento y la orina -ano y vejiga artificial en la pared abdominal-). La preocupación más común después de una cirugía ginecológica se relaciona a su sexualidad, en algunos casos su capacidad sexual empeora o se pierde como resultado de la cirugía. Estos sentimientos de desconcierto y disminución de la autoestima puede atribuirse a una reducción del interés sexual y capacidad para el orgasmo. Desafortunadamente algunas parejas demuestran repulsión contribuyendo a que el paciente empeore (op. cit.).

En el caso de otros tipos de cánceres, por ejemplo, los pacientes con cáncer ginecológico, frecuentemente reciben poca ayuda para ajustarse a sus dificultades, viéndose que la mayoría de las pacientes no reciben ninguna información respecto a los ajustes sexuales debidos a la cirugía.

Algunos autores han sugerido que la terapia sexual y la cirugía reconstructiva pueda ser benéfica, sin embargo

quedan por investigarse.

En el hombre es significativo el distress físico y psicológico después de una cirugía de cáncer genital, en el cáncer de la próstata, después de la cirugía produce como secuelas y perdida temporal o permanente de la capacidad de erección y eyaculación, presentando los pacientes distress respecto a la pérdida de la función y miedo respecto a su atracción sexual con su pareja. La ansiedad, depresión e inseguridad pueden reducir el vigor sexual y fomentar la inhibición de su ajuste (op.cit.).

#### a.3) Cáncer urinario y colorectal

Como resultado de la cirugía, el paciente tiene que enfrentarse al problema de la ostomía, teniendo que aprender a cuidarse de forma adecuada, provocando situaciones embarazosas por no controlar los gases del estómago, produciendo en ocasiones conductas compulsivas de limpieza y autocuidado. También algunos pacientes reportan una imágen negativa de su cuerpo, disminución de la autoestima y miedo a lesionarse. Siendo suficiente para algunos pacientes un adecuado apoyo psicoeducacional para superar la recuperación de las relaciones sexuales tanto físicas como psicológicamente; sin embargo, para otros pacientes, la terapia sexual puede ser una intervención adecuada, al igual que la cirugía reconstructiva (op.cit.).

#### a.4) Cáncer de cabeza y cuello

Las cirugías en los cánceres de cabeza y cuello, pueden ser emocionalmente devastadora por sus efectos sociales que pueden producirle las secuelas de la cirugía. Al remover huesos y músculos, las funciones básicas como es el hablar, el comer y deglutir pueden empeorar. La cirugía reconstructiva y las técnicas de rehabilitación, así como la terapia para hablar pueden ayudar a muchos pacientes en recuperar sus funciones y la autoestima, siendo estas frecuentemente una meta irrealizable (op.cit.).

#### b) Quimioterapia

##### Descripción de los tratamientos y de los efectos colaterales:

La quimioterapia es un tratamiento sistémico, que consiste en la administración de sustancias químicas que son tóxicas a las células que se dividen rápidamente, siendo esta la característica del tejido canceroso, intentando detener el progreso de la enfermedad maligna. La acción de estas sustancias químicas no se limitan a las células cancerosas, en esencia las células malignas son más susceptibles al agente tóxico, como un resultado de los efectos en el tejido normal se produce una variedad de efectos adversos colaterales, incluyendo la disminución de la inmunidad, cambios en las enzimas hepáticas, pérdida de pelo, fatiga, pérdida del apetito, estomatitis (inflama-

ción de las encías), náuseas, vómito, diarrea, frigidez temporal o permanente impotencia, cambio en el color de la piel, y efectos negativos como ansiedad y depresión. Cada uno de estos efectos colaterales incluyen estados emocionales como ansiedad y depresión, son producidos por las propiedades farmacológicas de las drogas anticancerosas. Desafortunadamente no se han identificado medicamentos que puedan controlar adecuadamente estos efectos colaterales en la mayoría de los pacientes con cáncer (op.cit.).

En suma, a estos efectos colaterales farmacológicos, muchos pacientes presentan una respuesta condicionada negativa a su quimioterapia, como es la asociación de imágenes, colores, olores, ruidos, etc., que provocan respuestas negativas como son la náusea y el vómito.

En un sentido clínico, el lograr tratamientos de quimioterapia, no depende solamente de nuevas drogas que sean efectivas, sino también de encontrar métodos para reducir los efectos adversos de esas drogas. Esto podría incrementar la calidad de vida, ya que actualmente los efectos de la quimioterapia disminuye la calidad de vida.

#### b.1) Medicamentos de investigación

Algunos investigadores han identificado drogas anti-eméticas (anti-vómito) que reducen en gran medida

los efectos de náusea y vómito apareciendo efectos secundarios de los medicamentos nombrados anti-eméticos, como es: fátiga, pérdida de la coordinación muscular, aluciones altas y bajas psicológicas y toxicidad orgánica específica (op. cit.).

La falla de los medicamentos antieméticos, combinada con la aparición de náusea y vómito, condicionado antes de la infusión de la quimioterapia, ha provocado una serie de investigaciones, aplicando técnicas de relajación, y esperando reducir las reacciones adversas. Cinco tipos de intervenciones conductuales han sido reportados en la literatura: hipnósis, relajación muscular progresiva y entrenamiento con relajación imaginaria, desensibilización sistemática, retroalimentación electromiográfica y entrenamiento para el manejo del stress (op.cit.).

En suma, estas técnicas conductuales han sido empleadas especialmente con respuestas condicionadas y generalmente se han visto que son efectivas.

### c) Radioterapia

#### Efectos Colaterales:

Hay dos tipos básicos de radiación: la externa y la interna (en contacto con el tumor); además de la destrucción del tejido maligno, la radiación también

afecta al tejido normal causando una variedad de efectos secundarios. Los efectos físicos comunes son: fátiga, irritación, escamación de la piel, quemaduras, y pérdidas del pelo en la zona irradiada (op.cit.).

La radioterapia en cuello y cabeza puede dañar la mucosa de la boca y la garganta, resultando inflamaciones importantes, cambios o pérdida del gusto, dificultad para deglutir, incremento en la aparición de caries, infecciones periodontales y necrosis del hueso (op.cit.).

La radioterapia en el abdomen o en grandes áreas del abdomen, provocan náuseas, vómito, pérdida del apetito y depresión de la médula ósea (disminución en la aparición de globulos blancos y globulos rojos) (op.cit.).

Desafortunadamente, así como en la quimioterapia, la náusea y el vómito usualmente no se pueden controlar de forma adecuada con medicamentos anti-eméticos.

La radioterapia en abdomen y pelvis puede causar diarrea, disfunción sexual y esterilidad.

#### c.1) Problemas en la educación del paciente

En la mayoría de los problemas reportados que se asocian con tratamientos de radioterapia, parecen estar involucrados una preparación inadecuada o educación; pudiendo ser las causas más frecuentes las siguientes:

1) el recibir poca información o no relevante; 2) en otras ocasiones la información se presenta de forma compleja; 3) el estado de stress del paciente provoca que no entienda o recuerde la información; y por último algunos investigadores sugieren que se repita la información varias veces de diferentes formas hasta que el paciente lo entienda (op.cit.).

Es claro que mucha de la ansiedad y confusión que caracteriza a muchos pacientes radiados y a sus familias, podría ser eliminado si recibe una preparación adecuada psicoeducacional. Así el preparar al paciente implica investigar formas de ayudar a afrontar los efectos secundarios de la radiación.

Se ha publicado que algunos pacientes presentan aumento de la ansiedad y depresión cuando su quimioterapia o radioterapia termina, porque ellos temen que sin el tratamiento un tumor puede crecer otra vez, o nuevos tumores pueden aparecer. A pesar de los efectos colaterales que disminuyen la calidad de vida del paciente, éste desea su aplicación porque desde su punto de vista este es un agente activo que puede prolongar la vida. Asimismo algunos pacientes toman como mayor efectividad el hecho de que presenten náusea y vómito constante, ya que creen que esto es indicio de una mayor efectividad del tratamiento; también algunos pacientes presentan temor a que termine

el tratamiento porque con este termina una relación de apoyo establecida con el grupo médico que administra el tratamiento. Finalmente se podría reconocer que aunque es posible algunas veces identificar estresores específicos asociados con los tratamientos del cáncer, en la actualidad el enfrentamiento del stress con los tratamientos del cáncer y el tener la enfermedad del cáncer se entrelazan. Meyerowitz, Heinrich y Schag, señalan que la dificultad por enfrentarse al cáncer se debe a que esta compuesto de muchos stress separados; sin embargo, es seguro predecir que continuara el avance en los tratamientos que puedan curar al paciente y aumentar la expectativa de vida, así el más grande desafío para los pacientes con cáncer, será el aprender a vivir con la enfermedad de afrontarla, así como los tratamientos (op.cit.).

## CAPITULO III

### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TERMINO ESTRES

#### 1.- DEFINICION DEL ESTRES

La psicología, la psicopatología y la medicina psicosomática han manejado el término estrés con una libertad inapropiada de los riesgos de la ciencia. Para algunos, es sinónimo de sobresalto; para otros es de malestar, y para la mayoría, exponente de tensión. En todos los casos hay tácito acuerdo de que el estrés es algo "malo", desde el momento en que su uso conceptual va definitivamente unido a explicaciones sobre el malestar y la enfermedad, de los que se supone antecedente. El mismo Lader (1971; cfr. Valdéz, 1985) afirma que el concepto de estrés es más filosófico que científico, ya que implica valores, modelos de vida en relación con la cultura y evaluaciones circunstanciales, por lo tanto, se considera al estrés como un "mal" o falta de salud, y por exclusión se considera a la salud como un parámetro y cuando mucho estadístico; y si alguna necesidad tiene la medicina es la de conceptualizar a la salud desde modelos científicos para poder entender de una vez cuáles son sus objetivos (Valdéz, 1985). En consecuencia se han hecho una serie de investigaciones que carecen de metodología científica convirtiendo los

estudios sobre el estrés en una amalgama de datos heterogéneos e incomprensibles. Como respuesta a esto se generaron investigaciones en su intento por controlar las variables ambientales, donde utilizaron animales de laboratorio dejando a un lado la práctica clínica. Dentro de estas investigaciones se han logrado establecer algunos parámetros válidos donde encontramos a uno de los precursores del enfoque biológico, Claudio Bernard (1865), quien menciona que el organismo es comprendido como un conjunto de relaciones al servicio de un orden mantenido por la información biológica (Jacob, 1970; Schordinger, 1944; cfr. en Valdéz y Flores, 1985). y es a partir de esta concepción cuando han podido entenderse los resultados de muchos experimentos.

Las primeras versiones médicas del estrés se apoyaron en la idea de que el organismo era un sistema encargado de mantener el equilibrio interno u homeostásis, mediante mecanismos de retroalimentación (feedback) (Cannon, 1932; citado en Valdéz y Flores, 1983), del mismo modo que el termostato mantiene estable la temperatura del agua al recibir la información del termómetro que la registra. Esto implica un modelo no viable, porque una visión así comprende estabilidad y retroalimentación negativa e imposibilidad de transformación y de crecimiento. No obstante, se entendió al estrés como reacción de alarma

vehicular a través de la actividad simpático-adrenal, y se supuso una relación causada entre enfermedad y ruptura homeostática.

Este modelo inicial entendió al estrés como estimulación perturbadora del equilibrio interno y por eso la conceptualiza como sobrecarga.

Desde otro enfoque Hans Selye (1936-1956) detalla los ejes biológicos a través de los cuales se ejecutan las transformaciones del organismo, pasando el estrés a ser entendido entonces como una respuesta específica en sus manifestaciones pero inespecíficas en su causación, ya que cualquier estímulo (externo o interno) podía promoverlo. Así pues, el estrés se ha entendido como una respuesta restauradora de la homeostasis, de manera que puede hablarse de adaptación pasiva. En el sentido de que se trata de un automatismo biológico en el que no siempre es necesario la participación (acción) del sujeto (cfr. Valdez y Flores, 1983).

Puesto que en la versión inicial de Selye queda por resolver la cuestión del primer mediador, es decir, el agente responsable de la actividad del hipotálamo que origina respuestas hormonales, Mason (1968) recurrió a la actividad emocional para demostrar la participación del hipotálamo, y estableció su teoría neuroendócrina

del estrés, que se desarrolló al mismo tiempo que las teorías de la emoción. Posteriormente Selye (1983) atribuyó a las endorfinas este papel de iniciador de las respuestas - adaptativas, siguiendo así las investigaciones del estrés, los lineamientos de la biología de las emociones, como demuestra su evolución conceptual y metodológica (cfr. Valdez y Flores, 1985).

Por eso entendemos como evolución, el cambio operado a partir de los experimentos de Schaefer y Singer al inicio de la década de los sesentas, en donde observaron distintas respuestas emocionales en las que se ven implicados aspectos vegetativos-periféricos (James, 1985; cfr. McKay y Cols. 1985), lo cual abrió paso a las teorías cognoscitivas del estrés, como la de Lazarus.

En la teoría de Lazarus (1966, op.cit.), se incluye el estudio de significados y se habla de "Primary Appraisal" como una evaluación de los acontecimientos y de la situación en términos de su significado para el bienestar personal. Se trata de una constante evaluación de cómo va todo, llevando a cabo de un modo tónico y basal por todos los organismos. Es decir, también los organismos difieren percibiendo y evaluando, de manera que en unos habrá cogniciones amenazadoras donde en otros hay estímulos placenteros. Los organismos perciben de manera idiosincrática y se sienten amenazados de forma desigual, al margen

de estas diferencias (evaluación primaria), el sujeto evalúa sus recursos y opciones para responder y adaptarse cuando percibe en su entorno algún estímulo o situación amenazadora (evaluación secundaria). La convicción o desconfianza respecto a los propios recursos determina también de manera desigual estrategias de afrontamiento para adaptarse en el sentido de atenuar la sobreestimación.

Por lo tanto, puede aceptarse que el estrés tiene lugar cuando una estimulación (una cognición amenazadora) incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla (Levin, 1977). Esto es, el estrés se sitúa en la sobreestimulación (sobre carga) y la acción atenuada (o restaurada) del organismo, que implica una estrategia adaptativa y no una simple evitación, puesto que la estimulación no es nociva en sí misma. Además el sujeto (y no su organismo) pueden intervenir para adaptarse, de ahí que el término adaptación haya sido gradualmente sustituido por el de "estrategia de afrontamiento" (coping strategy) de acuerdo con el hecho de que el organismo, se adapta a través de cuatro ejes: psicofisiológico, psiconeuroendócrino, psicoimmunológico y conductual.

En la actividad, los modelos cognoscitivos del estrés forman parte de la psicología experimental derivada de la teoría del desamparo aprendido (Seligman, 1975), que

como se sabe, propone la participación de variables cognoscitivas en la determinación de la conducta. Dichas variables están relacionadas con la apreciación que hace el organismo de sus posibilidades de controlar el medio con su conducta y se altera de modo peculiar cuando se da un fracaso adaptativo.

La psicología cognoscitiva de metodología experimental se ha desarrollado a pasos agigantados en comparación con la teoría del desamparo, de lo que ha permitido rebasar la explicación mercante reflexológica de la conducta, donde diversos factores pueden ser la causa, al mismo tiempo que se incluyen operaciones para la explicación del estrés.

Por su parte, McKay, Davis y Fanning (1985) hacen una representación esquemática del estrés, y mencionan que este fenómeno se presenta como un síndrome y consta de tres elementos: El ambiente, los pensamientos negativos y la respuesta de la ansiedad o estrés. Donde menciona de forma general que el ambiente es el evocador o culpable y la relación de los sucesos positivos o negativos son quienes parecen determinar el clima emocional, de esta forma las cogniciones o sentimientos son un resultado directo de los estímulos ambientales, por tal motivo la respuesta física se interpreta como una emoción particular (cognición); provocando estos tres elementos una

emoción dolorosa.

Así pues, los autores proponen dos esquemas básicos para la explicación del síndrome del estrés:

|           |             |             |          |
|-----------|-------------|-------------|----------|
| Estímulo  | Activación  | Cogniciones | Emoción  |
| ambiental | fisiológica | negativas   | dolorosa |

|           |             |             |          |
|-----------|-------------|-------------|----------|
| Estímulo  | Cogniciones | Activación  | Emoción  |
| ambiental | negativas   | fisiológica | dolorosa |

En el primer esquema el estímulo ambiental produce una activación fisiológica seguida de una interpretación negativa de la activación (estoy enfermo) y finalmente una emoción dolorosa. Esta depende de la cantidad de activación sentida por cada persona.

Este esquema se deriva de la teoría de Stanley Sachater en 1962, apoyada en su Teoría de Atribución que se basa en dos enunciados:

a) La emoción no es meramente un suceso fisiológico, ni una reacción química en la que el organismo crea sentimientos automáticamente, sino que la activación fisiológica por sí misma no produce emociones.

b) Cuando el individuo tiene un estado de activación

fisiológica a la cual no existe una explicación aparente, busca una respuesta en el ambiente o etiqueta la activación determinando así la respuesta (cfr. Mckay, Davis, Fanning, 1985).

La emoción se debe a las evaluaciones de los sucesos internos y externos, por lo tanto, la emoción depende del pensamiento, y este precede a la emoción debido a que una persona necesita atribuir, su activación fisiológica a un evento e interpreta algo de su ambiente como un peligro relacionado con ello.

Por lo tanto, Schacheter sostiene como argumento básico de la teoría de la atribución que las personas tienen la necesidad, de comprender sus experiencias y que mientras es consciente, la persona estará ocupada en los procesos de explicación, de las sensaciones que existen en su interior y de los sucesos observados en el mundo (op. cit.).

En el segundo esquema, proponen que un estímulo ambiental da paso a pensamientos negativos (me voy a sentir mal) seguido de una activación fisiológica y una emoción dolorosa. Este esquema fue expuesto por Beck y Ellis (1983) quienes argumentan que las relaciones emocionales son el resultado de la forma en que se estructura la realidad. Cuando una persona está ansiosa sugiere

que es por causa de que está interpretando los sucesos como peligrosos.

Estos sucesos no tienen un contenido emocional porpor sí mismos, pero las personas tienen una enorme necesidad de ordenar su mundo, de insertar los datos nuevos en la categoría apropiada.

Por otra parte, McKay, Fanning y Davis (1985) mencionan que en el síndrome del estrés se crea un circuito de retroalimentación negativa entre la mente y el cuerpo, uno de ellos influye y reacciona ante el otro en un patrón intensificante de la acción, y menciona que para romper este círculo negativo, es necesario cambiar los pensamientos de forma primordial, o bien, la respuesta física o la alteración de la situación que despierta la reacción de alarma.

Finalmente Huver (1980), trata de esclarecer el término de estrés y se remonta a la física, en donde ésta palabra designa una fuerza que actúa sobre un objeto y que al rebasar determinada medida, conduce a la deformación o a la destrucción de este objeto o sistema, por lo que comenta que en todos los seres vivos el estrés designa el peligro que amenaza el biestar y, como consecuencia incluso a la supervivencia, como resultado del efecto del estrés. El ser vivo afectado intenta ajustarse a

las condiciones modificadas del medio ambiente y actúa contra esta influencia perniciosa o intenta huir de ella.

Asimismo, menciona que el estrés se puede considerar desde tres puntos: a) El estrés como situación en donde todos los estímulos del ambiente imaginables pueden actuar sobre el individuo de una forma estresante (estímulos condicionados); b) En el segundo, el estrés aparece como reacción a corto plazo, éste se da como consecuencia de estímulos provocadores de estrés, los cuales consisten en contracciones musculares, alteraciones fisiológicas y sentimientos vividos de manera subjetiva; y c) El estrés como reacción a largo plazo, que consiste en la alteración del rendimiento físico o del estado cognoscitivo de una persona, como consecuencia de que se encuentre por tiempo prolongado bajo la influencia del mismo estrés, en este contexto se habla también de predisposición a la reacción o de impresionabilidad.

Por lo tanto, podemos decir que debido a la influencia continua de estímulos aversivos, el sujeto se ve involucrado en una situación que el autor denomina como distress, (describiéndose a continuación los puntos anteriores de forma más amplia).

a) El estrés como situación.- Todo ser vivo se encuentra inmerso en un medio ambiente con todos los presupuestos

biológicos que aporta desde su nacimiento, y éste está formado por muchas situaciones totalmente diferentes y que consisten, a su vez, en una multiplicidad ilimitada de estímulos, a los que habrá que reaccionar si se quiere sobrevivir, el estímulo es la dimensión más pequeña de la influencia que actúa sobre cada individuo. El estímulo es un corte más o menos complejo del medio ambiente cuya alteración (cuantitativa y/o cualitativa, física o energética) son capaces de excitar los receptores del organismo, teniendo como consecuencia las correspondientes relaciones; por lo tanto, los estímulos tienen que ser percibidos para que puedan provocar una reacción.

En primer lugar, el organismo divide todos los estímulos en positivos y negativos, pudiéndose decir que pondera las cosas, separando por una parte, lo que es útil, adecuado, utilizable o que satisface las necesidades directas y primarias, mereciendo un análisis y desencadenando un proceso de acercamiento, por otra parte, lo que es desagradable o nocivo e incluso mortal, es decir, lo que se evita y que en un futuro exige ser evitado al primer indicio de aparición ("estímulos indicativos", "estímulos de señalización").

Así, esta segunda clase de estímulos es lo que llama nuestra atención al ámbito de los estímulos "negativos" y que producen estrés, por lo tanto, los eventos que

son desagradables, nocivos, amenazadores, anunciadores de peligros, etc. y que queremos evitar, son ante los cuales nuestro organismo reacciona de la misma manera, aunque con mayor o menor intensidad.

Operacionalmente, definimos un estímulo aversivo como la condición que un ser vivo intenta evitar, de la que intenta huir o a la que intenta poner término. Las cualidades especiales o determinantes que hacen que un estímulo neutro se transforme en "estímulo punitivo", son las siguientes: 1) Intensidad y 2) Novedad.

Sin embargo, a través del "enlace de estímulos", cualquiera puede convertirse en la señal de un estímulo originalmente aversivo, asumiendo así en sí mismo estas cualidades. La intensidad y la novedad, o la asociación, entre intensidad y novedad, pueden transformar todos los estímulos en aversivos para todos los seres vivos.

En lo que se refiere al análisis práctico del estrés en la vida diaria, ampliaremos esta clasificación de gran importancia, a efecto de identificar y definir aunque de forma muy general, las dimensiones de los estímulos físicos estresores:

- 1) Físicos.
- 2) Químicos.
- 3) Bioquímicos.

#### 4) Psicológicos.

Sólo existe una diferencia cualitativa en las distintas posibilidades que tiene un individuo para hacer activamente algo en contra de ellos, y poder controlarlos, las posibilidades especiales de dominación activa (coping) que un individuo puede aplicar en contra de los estímulos, definen complementariamente el grado y la dimensión, que un estímulo estresante puede resultar para el individuo, representando por tanto un (posible) peligro y/o esfuerzo.

Hasta ahora, ha podido parecer que el estrés sólo es debilitante y con efectos únicamente patológicos, sin embargo, no es así. Al igual que los demás seres vivos, el hombre necesita también de un "material estimulante" para poder conducir su actividad biológica, fundamentalmente existente hacia ambos caminos orientados a la realidad, es decir, estamos programados en el sentido de recabar experiencias (curiosidad, "instinto de investigación") incluso experiencias negativas.

El estrés básicamente es saludable, sólo a una "dosis excesiva" tiene efectos patológicos.

Para definir el estrés, y la importancia para cada ser vivo, resulta interesante, tomar en cuenta además de la dimensión de la actividad de un estímulo estresante y de las posibilidades individuales que se dispone para

dominarlo (coping), la "dosis" en la que aparece.

b) El estrés como reacción a corto plazo. Huver menciona que el estrés no consiste solamente en estímulos estresante, sino también existe la denominada "reacción a corto plazo", en donde se pondera lo que ocurre cuando un estímulo es captado por los receptores y se transforma en impulsos nerviosos. Hace poco tiempo que se ha descubierto que todas las reacciones humanas, tanto en el campo psicológico como en el fisiológico, se pueden clasificar lógica y claramente en tres niveles distintos de reacción (niveles de comportamiento):

1.- El nivel subjetivo-cognoscitivo.- Este nivel de comportamiento describe los procesos "Psíquico-intelectuales". Incluye todos los procesos de pensamiento y percepción, es decir, la percepción y la vivencia subjetiva de una situación, tal y como se puede expresar verbalmente.

2.- El nivel vegetativo.- Abarca todas las reacciones del sistema nervioso vegetativo y los órganos ajenos (por ejemplo, intestinos y su musculatura lisa, glándulas, procesos hormonales). Por otra parte, no pueden ser medidos con precisión sin aparatos de medición especiales (por ejemplo, las funciones cardíacas; la actividad de las glándulas sudoríparas, PGR, etc.).

3.- El nivel motor.- Abarca todos los músculos estriados

del cuerpo. Por lo tanto, los que están sujetos a control voluntario.

4.- "Reacciones de alarma" o "excitación fisiológica".-  
Esta consiste en tres puntos:

1° Un estímulo aversivo excita un receptor, éste lo conduce hacia el centro (el cerebro) bajo la forma de impulsos nerviosos.

2° El primer punto de comunicación (núcleos asociativos del tálamo y de la corteza cerebral) controla cada estímulo respecto a su vitalidad (peligro o grado) y prepara así la decisión para reacciones ulteriores.

3° El segundo punto de conmutación (centro activador o formativo reticularis) pone en marcha la excitación general. Esto ocurre en el orden siguiente: a) A través de la corteza cerebral y el tálamo, se excita al hipotálamo (con sus centros vegetativos). Este excita a continuación, a través de las vías nerviosas y de las hormonas, b) La hipófisis segrega la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y ésta provoca la excitación de la glándula suprarrenal que, a su vez excita a la totalidad del sistema nervioso (incremento de la función de los órganos, es decir, suministro de energía, aumento de la disposición a la percepción y a la reacción).

4° Independientemente de estos procesos, el segundo punto

de conmutación, se antepone al sistema de excitación reticular y a la totalidad de los músculos y esqueleto.

5° Esta excitación vegetativa general (nivel de comportamiento vegetativo) y la simultánea tensión nerviosa (nivel de comportamiento motor) vuelve ahora al centro (el cerebro) describiéndolo el bucle de la retroalimentación (feedback), pasando por los receptores internos del cuerpo. Puede tener como consecuencia un incremento adicional de excitación general (amplitud cada vez más grande) y, a la inversa, una relajación al disminuir excitación o influir correspondientemente sobre todo el proceso. La excitación y activación mutuas del simpático y del parasimpático, en parte se excluyen mutuamente, por lo que resulta difícil y complejo describirlo con breves palabras, sin embargo nos proporciona una idea de las funciones a nivel fisiológico.

El simpático correspondería al grupo de jefe responsable de la aplicación de las fuerzas, el combate, el consumo de fuerzas y el habitual ligamiento. Y el parasimpático correspondería al grupo jefe responsable de la preparación de las reservas humanas, de las tropas de refuerzo y de la recuperación, por tanto, del reciclaje de las fuerzas.

Ambos "grados jefes" poseen misiones opuestas, pero al fin y al cabo cooperan; esto es cierto también en

el organismo en la que después de una aplicación de fuerzas o, tras "acciones de combate", se hacen necesarios periodos de recuperación sucesivos o regulares (a veces forzados o impuestos por la fatiga) y periodos de reclutamiento de las tropas de refuerzo. Estas tareas y funciones están desempeñadas en distintas formas por los diferentes órganos.

Resumiendo, el estado de activación general del sistema nervioso vegetativo (SNV) y la influencia del simpático estimulado por esta activación, provoca un aumento de la actividad cardíaca, tanto del punto de vista de la frecuencia como de la intensidad, optimizándose así el suministro del cuerpo, y creándose una concentración en el bazo que libera los eritrocitos almacenado para suministrarlo a los músculos: el suministro de la sangre pasa de la piel y de los intestinos hacia los músculos y al cerebro la respiración es estimulada y los bronquios se dilatan, para absorber así más oxígeno del aire; las pupilas también se dilatan, probablemente con el objeto de mejorar la potencia de la visión y aumentar la capacidad de coagulación de la sangre, para cerrar más aprisa las heridas y mejorar el suministro de linfocitos que eliminan los daños causados en los tejidos. A la vez, la activación del simpático está acompañado de una limitación de la actividad parasimpática, en forma del incremento de la actividad gastrointestinal, de la contracción del músculo de la vejiga y de una tendencia para variar ésta. Por

lo tanto, podemos decir, que el organismo se prepara para responder de una forma adecuada a los estímulos aversivos a nivel bioquímico, gracias al estrés.

c) El estrés como reacción a largo plazo.- Un animal que vive en un entorno especialmente peligroso o adverso, tiene que estar muy atento, tenso, despierto y preparado para la huida, especialmente si no dispone, por sí mismo, de armas para detenerse contra los agresores y sólo le queda la huida como recurso.

El estrés como reacción a largo plazo no considera las reacciones humanas en los tres niveles, sino desde el punto de vista de una carga a largo plazo. Esta carga o esfuerzo a largo plazo puede ser comprendido como un fuego alimentado con regularidad, un fuego alimentado con estímulos de estrés o miedo y pueden generarse debido a estímulos permanentemente fuertes. En todo caso, hay una "sobredosis" o "distress" manejado como estrés nocivo.

La disponibilidad del organismo para reponder a estímulos vitales como una determinada excitación individualmente diferente, se denomina labilidad vegetativa o emocional.

La labilidad emocional elevada es la "disposición" de algunos individuos para reaccionar a estímulos vitales (de recompensa o castigo), con el mecanismo de excitación

reticular y con un sistema nervioso vegetativo total de una manera más rápida, más intensiva y durante más tiempo que los individuos con una labilidad emocional más baja.

Esta disposición para reaccionar durante más tiempo y de un modo más rápido y más intensivo constituye, en el lenguaje corriente, la base para designar al sistema nervioso como estable o lábil e incluso aplicar calificaciones de sensible, sensitivo, fuerte..... hasta flemático, colérico, insensible, etc. Esta "cualidad" o disposición para la reacción puede tener dos orígenes en la persona como forma individual de la actitud nerviosa básica: 1) Cada individuo tiene constitucionalmente o desde su nacimiento una determinada disposición a la reacción del sistema nervioso, y 2) Los estímulos de su entorno, factores modificadores a largo plazo, bajo la forma de la historia del aprendizaje del hombre, pueden determinar su disposición nerviosa a la excitación.

Por ello, la apariencia nerviosa, estable o lábil que en un determinado momento, es simplemente una mezcla de factores primarios de disposición con influencia secundaria del entorno.

La alteración de la disposición a la excitación debido a esfuerzos a largo plazo, comienza en la mayor parte de los casos como un esfuerzo importante o permanente

del mecanismo de excitación reticular.

Este sistema de excitación representa, para cada estímulo el punto de conmutación entre la percepción del estímulo, por una parte, y la excitación de todo el sistema nervioso vegetativo (como unidad funcional); por otra parte este punto de conmutación tiene la propiedad de poder ser regulado con una precisión más o menos sensible, reaccionando muy pronto y fácilmente cuando la disposición es lábil, y muy despacio y retrasado cuando la disposición es estable.

Ahora bien, cuando el nivel de excitación de este punto de conmutación reticular está permanentemente elevado por mucho tiempo, debido a un esfuerzo incidente a largo plazo, la función del mecanismo de excitación reticular puede cambiar. Con una disposición sensible o lábil, la "formato reticularis" comunicará su excitación como reacción a los estímulos del entorno de manera más fácil y más frecuentemente y por ello, rebasará el umbral de desencadenamiento en respuesta a estímulos cada vez más pequeños, provocando así la reacción de alarma de un modo cada vez más frecuente; por lo tanto, cuando el punto de excitación reticular está sometido a una "tensión excesiva" debido a esfuerzos permanentes, el organismo ya no está capacitado para establecer inmediatamente una distinción adecuada entre estímulos aversivos dañinos e inocuos. A partir de este momento el sistema vegetativo

total, responderá, de una manera demasiado intensa y frecuente, con una reacción de alarma espontánea, a demasiados estímulos de estrés mínimos o secundarios; esto no se refleja solamente en el esfuerzo al que está sometido el sistema nervioso vegetativo, sino también en la vida emocional o sentimental asociada de la persona.

Esta disposición a la reacción incide en los tres niveles de comportamiento del organismo y puede considerarse ya aquí como disposición para las siguientes tendencias de reacción en los tres niveles de respuesta. Finalmente, comentaremos que de las diferentes gamas de aproximaciones al estrés, se tomó como referencia una, siendo la más adecuada para nuestros fines la que propone Huver (1980), sobre todo el inciso concerniente al estrés a largo plazo, puesto que representa uno de los puntos centrales de la hipótesis planteada para la presente investigación.

## 2.- INVESTIGACION COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL ESTRÉS

McKey y Cols. (1985) mencionan que la intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés debe considerarse éste como un síndrome que se define por la combinación de tres elementos: el medio ambiente, los pensamientos negativos y la activación fisiológica, y para interrumpir el síndrome del estrés, es suficiente con cambiar uno de los tres elementos. Por lo que algunas de las técnicas están diseñadas específicamente para modificar la conducta de forma que pueda cambiar efectivamente el ambiente, esto es, una persona puede aprender a reestructurar los patrones de su antiguo pensamiento, que crónicamente producen ansiedad, cólera y depresión. Y otros están destinados a informar al cuerpo cuándo debe relajarse; de esta manera pueden eliminar el estrés calmando su respuesta de alarma y distendiendo los músculos tensos. Donde quiere que se intervenga en el síndrome del estrés, se está actuando para romper el circuito de retroalimentación negativa; los pensamientos negativos y la activación fisiológica ya no puede incrementarse hasta producir las emociones dolorosas, con ello la persona habrá dado un gran paso en su vida emocional.

En general, las terapias pertenecientes a este grupo reciben el nombre de terapias cognoscitivas y parten de la base de que el sujeto percibe y configura su entorno

como resultado de una integración de estímulos, los cuales se traducen en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones. La psicoterapia racional emotiva de Ellis (1973) y la terapia cognoscitiva de Beck (cfr. Beck y Cols. 1983) constituyen conocidos ejemplos centrados en la modificación de esquemas y convicciones. Estas son terapias verbales y otras peculiaridades que han demostrado su utilidad en la práctica cotidiana.

Por su parte Valdez y Flores (1985), menciona que en la actualidad, los modelos cognoscitivos del estrés forman parte de la psicología experimental derivada de la teoría del desamparo aprendido (Seligman, 1975) que como se sabe, propone la participación de variables cognoscitivas en la determinación de la conducta; dichas variables están relacionadas con la apreciación que hace el organismo de sus posibilidades de controlar el medio con su conducta y se alteran de modo peculiar cuando se da un fracaso adaptativo, es decir, que es una teoría que vincula los efectos desorganizadores de aprendizajes establecidos a partir de atribuciones peculiares, de tal manera que se cree controlar el entorno y cuando fracasan "usan sus hipótesis" mediante las que generalizan su desconfianza a otras situaciones, renunciando al control del que realmente son capaces. Este fenómeno ha sido entendido también como un simple fracaso en el aprendizaje, debido a las bajas tasas de reforzamiento (Lewinsohn, 1975), y como

un aprendizaje rápido de inmovilidad que al tener lugar en resultado al estrés inicial, hace incompatible el aprendizaje de cualquier otra respuesta alternativa (Glazer Weiss, 1976).

Las cogniciones que desarrolla el sujeto en situaciones de desamparo, respecto a su naturaleza puede ser una cognición exacta (como en el caso de Seligman), pero su efecto nocivo no depende de ese error. de hecho, puede darse el caso inverso: el organismo se "equivoca" creyendo de modo supersticioso que puede controlar la situación la que redefine subjetivamente de modo más asequible para sus capacidades; pero esta "creencia" lo protege, ya que no se trata de atribuciones exactas o inexactas sino de atribuciones protectoras o aversivas.

Otro elemento que interviene en las cogniciones, son las diferentes estrategias de afrontamiento que pueden explicarse como sigue: las defensas o estrategias de afrontamiento que dispone el sujeto para hacer frente a la experiencia estresante, son aquéllas que en primer lugar pueden oponerse a la situación o a la gente estresante, bien a través de mecanismos de defensa o bien precediendo a la acción para modificar el contexto objetivo.

Entre los mecanismos de defensa se puede hablar de la defensa perceptiva y de la negación, la cual es

una cognición en la que se han suprimido los significados amenazantes; las distracciones pueden ser consideradas como otro mecanismo de defensa, ya que opera reduciendo la tensión emocional y el procesamiento de información perturbadora (Jeremko, cfr. Valdez y Flores, 1985).

Dentro de los mecanismos defensivos también se incluye el aislamiento mental, el cual es una estrategia cognoscitiva de distanciamiento emocional que permite al sujeto "intelectualizar" su experiencia, manteniéndola dentro del plano racional; tal capacidad ha demostrado su poder protector en sujetos sometidos a condiciones aversivas extremas (Sarason y Cols; cfr. Valdez, Flores, 1985).

Un segundo conjunto de estrategias de afrontamiento que intenta neutralizar la experiencia estresante en caso de no ser modificada por las conductas realmente adaptativas (es decir por aquéllas que eliminan la amenaza objetiva); se trata por tanto de estrategias que, al no operar sobre el entorno para modificar los términos iniciales de la amenaza, deben modificar la actitud y la posición psicológica del sujeto para atenuar la sobreestimulación que ésta le provoca. En el primer caso, el sujeto afronta la situación emitiendo conductas que van dirigidas al control del medio externo, y en el segundo, reestructura su medio interno para amortiguar los efectos de su interacción con el entorno (op. cit.).

En base a esto, la terapia asertiva incluye el cambio de cogniciones; ésta persigue a su vez que el sujeto pierda miedo y desinhibe su acción para que los efectos de su conducta tengan valor de reafirmación de su autoestima y de sus capacidades. También sería un modo de ganar control amortiguando los efectos perturbadores de la amenaza, que de hecho, pueden consistir en el simple temor de no "atreverse" a afrontar una situación objetivamente neutra o potencialmente controlable por el sujeto. Las terapias asertivas persiguen también anular la acción funcional del sistema periventricular, septo-hipotalámico o inhibidor de la acción que como se verá constituye el principal sustrato biológico de la experiencia estresante.

En base a esto, las estrategias de intervención que se pueden utilizar para lograr lo anterior son las siguientes:

\*La desensibilización sistemática.- Tiene como finalidad, que una persona pueda aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadores, tratando de aprender a relajarse mientras imaginan escenas que progresivamente le provocan mayor ansiedad.

Los principios básicos de la desensibilización sistemática (DS) son simples; el primero, una emoción puede contrarrestarse con otra emoción y segundo, es posible llegar

a "acostumbrarse" a las situaciones amenazadoras.

Así pues, la DS es un tratamiento efectivo para combatir fobias clásicas, miedos crónicos y algunas reacciones de ansiedad interpersonal. Es especialmente valiosa para inhibir ansiedades activadas por estímulos que no tienen respuestas manifiestas apropiadas, tales como el miedo a la soledad, al rechazo o a ser ridicularizada.

El primer paso de la DS es el dominio de la relajación progresiva, que es en sí misma efectiva para reducir la tensión; esta técnica no está indicada en síntomas multifóbicos, ansiedades generalizadas o situaciones interpersonales que requieren conductas asertivas.

El dominio de la DS es un proceso simple de aprendizaje en cuatro etapas: relajar los músculos a voluntad, hacer una lista de todos los temores; en base a ésta, construir una jerarquización de escenas ansiógenas y progresar a través de estas escenas en la imaginación.

Es imposible estar físicamente relajado y emocionalmente tenso al mismo tiempo, por lo que se puede aprender a sacar ventaja de esta conexión directa fisiológica, entre el cuerpo y las cogniciones.

\*\*La inoculación del estrés.- Esta enseña como afrontar y relajarse ante una amplia variedad de escenas estresantes

al margen del análisis racional de la situación y de las posibilidades que el sujeto tiene para afrontar, por lo que hay que diseñar una técnica específica destinada a proponer estrategias cognoscitivas, informaciones o planes para facilitar la asimilación de los acontecimientos potencialmente estresantes, a lo que se añade una práctica gradual en el uso de lo que el paciente va aprendiendo. Así pues, es un verdadero entrenamiento práctico, en el que el sujeto se somete a una situación estresante con el fin de adquirir habilidades para afrontar (Valdes y Flores, 1985).

Los procedimientos básicos fueron formulados a partir del entrenamiento en técnicas de afrontamiento, desarrollado por Golfrid en 1983 y por Suin y Richardson en 1971, como una prolongación del trabajo de Wolpe en relajación muscular profunda y en DS (op. cit.).

Más tarde, Meichenbaum expuso en su libro -modificación de la conducta cognoscitiva- que una respuesta de miedo o cólera puede concebirse como una interacción de dos elementos fundamentales: -una elevada activación fisiológica (aumento de la tasa cardíaca y respiratoria, sudoración, tensión muscular, escalofríos, etc.) y pensamientos que interpretan la situación como peligrosa, amenazadora o injusta. Aquí es importante señalar que hay poca relación entre las situaciones reales del estrés y la respuesta

emocional, pero la situación cobra fuerza a partir de la aparición de peligro, de la intención que se atribuye a otras personas y cómo se interpretan las propias respuestas somáticas.

El entrenamiento de inoculación del estrés IE incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda, la relajación profunda y la relajación progresiva de grupos musculares, de modo que cada vez que se experimenta estrés, donde y cuando sea se puede relajar la tensión.

El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarlas jerárquicamente desde las menos estresantes hasta las más estresantes, después, se aprende a evocar cada una de las situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación. El segundo paso, es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento al estrés, lo cual se utiliza para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales. El tercer paso, es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento "en vivo" para ejercer presión sobre los hechos estresantes que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento.

Una vez que la persona ha aprendido a relajarse, se encuentra preparada para hacer una lista de situaciones

de su vida ordinaria que considere más estresantes, debe incluirse en ellas los hechos estresantes que probablemente se presenten en el futuro inmediato. Debiendo pensar en las áreas principales de su vida (trabajo, familia, relaciones sexuales, amigos, responsabilidades diarias, salud, etc.) y en los lugares específicos, con las personas implicadas en estas situaciones y que se asocien físicamente a momentos desagradables.

Se debe realizar una lista de aproximadamente veinte situaciones que recorran toda la gama, desde la molestia más ligera hasta la experiencia más molesta.

Wolpe diseñó un sistema para ordenar los hechos estresantes basándose en una medida a la que llamó "unidad subjetiva de ansiedad" (Usas), la relajación total se valora como cero Usas y el hecho más estresante se le asigna el valor de cien Usas; entre estos dos extremos se valoran el resto de los ítems dependiendo de la impresión subjetiva que produce cada situación en relación a los ítems más o menos estresantes.

\*\*\*Terapia racional emotiva.- Planeada por Ellis en 1983, en la cual menciona que puede ser utilizada para ayudar a los pacientes a superar sus sentimientos y sus conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, ya que consiste en emplear varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales de forma integral; aquí

se hace relucir la tendencia negativa de las cogniciones del paciente, para que este fije su atención en ello y así pueda proceder a desarraigarlas. Esta es una terapia realista que no compromete a nadie, al mismo tiempo que es directa y activa.

No hay 'mística en el enfoque racional emotivo de los trastornos psicológicos; su lenguaje es simple, sólo se emplean términos de uso corriente, a menudo se le ha llamado método de sentido común, ya que sus técnicas son fácilmente aplicadas.

El padecimiento básico, se puede asimilar mediante la observación de la table que se utiliza para esta terapia; dicha table consiste en tres columnas que el paciente debe llenar, expresando lo siguiente:

---

| ALTERNATIVAS | SITUACION PROBLEMA | COGNICIONES ACTUALES |
|--------------|--------------------|----------------------|
|--------------|--------------------|----------------------|

---

\*\*\*\*Sensibilización encubierta.- Esta técnica se desarrolló y popularizó para tratar los hábitos destructivos a los cuales se les denominó "encubiertos", ya que éstos se dan a nivel cognoscitivo. La teoría en la que se basa la sensibilización encubierta es la siguiente: las conductas que se convierten en hábitos arraigados son aprendidos debido a que son reforzados consistentemente, y una

forma de eliminar el hábito es empezar asociando la conducta habitual con algún estímulo imaginario muy desagradable, así, el antiguo hábito deja de evocar situaciones placenteras y empieza a asociarse con algo nocivo y repulsivo.

Los pasos a seguir son de forma breve, los siguientes: aprendizaje de la relajación progresiva, análisis de hábitos destructivos: jerarquización de las situaciones en las que la persona disfruta de un hábito destructivo; jerarquización de escenas repulsivas; posteriormente aparecen escenas agradables y las desagradables; a continuación se da el aprendizaje de cómo finalizar la escena aversiva por medio de conductas adecuadas y, finalmente, vivenciar la escena donde se presentaban las conductas destructivas.

\*\*\*\*\*La visualización.- Es la técnica cognoscitiva utilizada para conseguir un mayor control sobre las cogniciones, emociones y conductas.

Coué, farmacéutico francés, encabezó un movimiento a principios de este siglo con el fin de usar la sugestionabilidad para vencer el síndrome del estrés, mejorar la repercusión de la enfermedad y facilitar el cumplimiento de objetivos positivos. Este estudio postulaba que una persona podía persuadirse a sí mismo a través de su imaginación para realizar cualquier fuerza física. Además, si

una persona piensa en fracasar, es muy probable que fracase, de esta manera el miedo al fracaso se convierte en la causa del fracaso mismo, la creencia en el éxito inspira éxito. Coué argumenta que los pensamientos buenos o malos, se convierten en realidad concreta. El estaba convencido de que las enfermedades físicas son generalmente bastante más fáciles de curar que las psicológicas.

Mientras que Coué, ponía el énfasis en un programa de cogniciones positivas en forma de una auto-sugestión, los profesionales contemporáneos han extendido el ámbito del pensamiento positivo, incluyendo también la visualización positiva; al formular una imagen, se realiza una declaración cognoscitiva clara de lo que se pretende conseguir, repitiendo esta imagen una y otra vez, se llega a lograr que ocurra lo que se desea. En función de esta expectativa positiva se empieza a obrar de forma orientada al logro del objetivo y en verdad ayudan a producirlo (Mckay y Cols., 1985).

## CAPITULO IV

### CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL PACIENTE ONCOLOGICO

La comunidad médica por años ha considerado de forma superficial tanto los factores psicológicos como los sociales. Sin embargo, varias investigaciones demuestran que existen complejas interacciones entre los estados psicológicos, fisiológicos y sociales de los pacientes (Hersh, 1982). Por lo que es necesario la conceptualización integral del individuo y no seccionarlo en diferentes componentes desarticulados entre sí.

De aquí la importancia de considerar como básica la intervención psicosocial a nivel de apoyo al paciente con cáncer, conjuntamente con la cirugía, quimioterapia y radioterapia. Esto se debe a que en la terapéutica oncológica intervienen tanto los factores médicos, como las emociones y significado que la sociedad le ha atribuido a la enfermedad llamada cáncer. Y sobre todo, el hecho de que el paciente por lo general siente que ha perdido el control de su vida y siente la destrucción de sí mismo por ejemplo, "parece que esto viene de cualquier lado..., esto golpea sin advertencia..., esto puede aparecer en cualquier lugar y tiempo". Así el cáncer representa la condición anormal física por sí misma, que por un lado, la ténue posesión de nuestras vidas y la verdadera fragili-

dad del control que tenemos sobre esta (Hersh, 1979: cfr. Hersh, 1982).

Así pues, en el cáncer se conjugan una imagen de soledad y desamparo. A esto hay que agregar que en las culturas Judeo-Cristianas como la nuestra, dentro de un sinfín de misterios, se asocia con el castigo, el cual debe ser sufrido para mitigar la culpa, quedando esta enfermedad ligada a la desgracia, al reproche y la infamia.

Algo que parece insólito es el que hoy, aún cuando nos encontramos a fines del siglo veinte, este padecimiento se asocie a eventos como la lujuria, el mal de ojo y la mala suerte. Además se trata al paciente oncológico como una fuente infecciosa y se estigmatiza y se le segrega de grupos sociales y familiares, siendo víctima del morbo y repudio y otras mezquinas actitudes.

Esto según Hersh (1982) se sigue presentando en los Estados Unidos de Norteamérica, aún a pesar de los esfuerzos de instituciones como la Asociación Americana del Cáncer y del Instituto Nacional de Cáncer para estudiar a la comunidad.

Por tales motivos, Hersh (1982) considera que los médicos deben estar concientes de las implicaciones emocionales del diagnóstico, tanto a nivel de la reacción social,

como laboral y de la concepción que el paciente tiene de sí mismo. Así pues, se debe tomar en cuenta que esta situación fácilmente puede llevar al paciente a caer en depresión, pérdida del apetito, aislamiento e intolerancia. Lo cual puede ocasionar una pobre reactividad a los tratamientos. Y lo que es más, se pueden llegar a establecer repertorios de conductas perturbadoras, entre las cuales se pueden encontrar la demora de la conducta (de presentarse en consulta) y la inhabilidad del paciente para controlar los síntomas de la enfermedad.

Por lo tanto, el conocimiento de las características psicológicas de este tipo de pacientes es de suma importancia tanto para los médicos como para los psicólogos, pues por un lado, sabemos que desgraciadamente esta población va en aumento y merece una atención especializada. Y por otro lado, este tipo de eventos tienen repercusiones directas sobre los aspectos médicos del tratamiento y un gran impacto psicológico sobre el paciente (Holland, 1982).

Por tales motivos, se han realizado varias investigaciones en las que se vislumbran algunas características o rasgos más importantes y generales. Sólo que hasta donde nosotros sabemos, no se ha llegado a un acuerdo total, por lo que es tal vez más importante, es que no se conocen las características específicas de la población

mexicana.

Debido a la importancia de los diferentes estudios, a continuación se presentan algunos planteamientos, como por ejemplo el de Weissman y Worden (1977) quienes mencionan que en la fase inicial del padecimiento, las concepciones y tipos de tratamientos son determinantes; y en relación a estos parámetros ellos observaron patrones de comportamiento comunes ante el diagnóstico: a) se manifiesta pesimista; b) tiene problemas maritales; c) convierte a su familia en multiproblemática; d) siente mucha culpabilidad respecto a situaciones pasadas, presentando serios problemas de ajuste, en torno a su nueva condición.

Por su parte Lucas y Brown (1981) observaron los siguientes parámetros comunes en los pacientes cancerosos: a) negación de la existencia de su enfermedad; b) la inactividad injustificada; c) se presentan altos niveles de ansiedad, en general ocasionados por temores que tienen ante la muerte, el aislamiento, el dolor y a la mutilación; d) además, se han observado altos niveles de depresión, generados de alguna manera por la misma problemática y por otra parte, porque el paciente difícilmente es escuchado cuando quiere comunicarse; incluso se ha visto que los médicos que tratan con este tipo de pacientes procuran que su interacción con el enfermo sea breve, además que este especialista es más ansioso que otros;

e) presentan hostilidad, la cual aunada a la depresión se encuentra relacionada a una sensación de desamparo y a la pérdida de control. Dicha hostilidad puede estar principalmente dirigida al personal médico y su familiar; f) reporte verbal de dolores severos, aún cuando en realidad no hay un correlato real, esto puede deberse a factores de aislamiento, esto es, el paciente utiliza como medio para tener contacto con las personas que lo rodean y por lo tanto, al obtener la atención, la conducta de reportar dolor se incrementa y g) el insomnio se presenta en general como resultado de estados de ansiedad, y/o síntomas físicos y pueden ocasionar un debilitamiento general durante el día que agudice los síntomas.

Por su parte Pattison (1974) detectó ocho temores principales que enfrenta un paciente portador de padecimientos terminales: a) miedo a lo desconocido, principalmente a la muerte, esto es, a su propia aniquilación; b) miedo a la pérdida de sí mismo y de los demás, sobre todo a nivel de la privación sensorial; c) miedo a la pérdida de su familia y de sus amigos; d) miedo a la pérdida de su cuerpo, principalmente a la mutilación; e) miedo al dolor, tanto a nivel de la percepción de éste como a la actitud que llegue a tener hacia él; f) miedo a la pérdida del control como consecuencia del debilitamiento; g) miedo a la pérdida de la identidad, tanto a nivel

corporal como social y de relaciones íntimas, es decir, teniendo conocimiento total pero sin su integridad corporal, y h) miedo a la regresión, esto es, a la pérdida total de sus facultades.

Según otros estudios, existen algunos parámetros que de forma particular generan reacciones específicas, en función de los cuales se llevará a cabo la siguiente revisión.

## 1.- LA HABILIDAD O INHABILIDAD PARA LOCALIZAR EL CANCER

Esto es, cuando el cáncer es fácilmente localizable y se encuentra lejos de órganos vitales, el temor es menor y la esperanza de alivio se hace presente. Por lo que el paciente llega a reaccionar en ocasiones ante los melanomas y sarcomas con más optimismo que inclusive el mismo médico. Por el contrario, los tumores que están cerca de órganos vitales producen sensación de desamparo, generando así altos niveles de estrés.

## 2.- LOS PROBLEMAS ONCOLOGICOS ASOCIADOS A ORGANOS SEXUALES

Ante ésto existe un descontrol emocional de gran magnitud, pues principalmente, crece el miedo a relacionarse con el sexo opuesto y sobre todo con su pareja. Por otra parte, en lo que respecta a aspectos médicos, estos tumores caen dentro de los tumores agresivos, los cuales producen una serie de sintomatologías que hacen patente la existencia del tumor. Sobre todo cuando el padecimiento ha evolucionado hasta ciertas etapas (III y IV) en donde existen metástasis y el mal puede encontrarse en cualquier lugar. Debido a esto, o a sus dimensiones y localización no es posible su resección. Aquí el paciente cae en un estado de abatimiento total.

Dentro de este inciso, se encuentran las mujeres con cáncer mamario en donde de forma general se ha observado por un lado, que los conyuges han manejado bien la situación de enfrentar la enfermedad y el tratamiento, aún en el caso de la mastectomía radical. Pero por el otro lado, en las mujeres existen altos niveles de estrés los cuales desembocan en intentos de suicidio, incremento de ansiedad, cambios drásticos en el carácter y el comportamiento además de un trascendental consumo de alcohol y tranquilizantes (Jahison, 1978; cfr. Hers, 1982), realizaron estudios de

series consecutivas en un grupo de mujeres cuyo problema era el cáncer mamario; para este trabajo se consideraron además el tratamiento y el control de la enfermedad (medicamentos). En donde encontró que el espíritu de lucha se presenta en la fase inicial del tratamiento de forma más común que la negación y la desesperanza.

Años más tarde, estos mismos investigadores (1981) realizaron otro trabajo en el que se consideraron tres etapas del tratamiento en el caso de mujeres con cáncer de mama, a las cuales se les había practicado mastectomía. Las etapas que se consideraron son: a) postoperatorio; b) la primera reincidencia y, c) pacientes terminales. Aquí se encontró que la primera reincidencia es el momento de mayor estrés para los pacientes y en segundo lugar, aquéllas en etapa terminal. Además pudieron advertir que un tercio de la población en la etapa más estresante, se negó a recibir apoyo psicológico.

Claro que esto va matizado de acuerdo a ciertos antecedentes personales, pues las personas que han manejado situaciones con altos niveles de estrés, o aquellas que han tenido otros problemas crónicos, generalmente se han provisto de cierta invulnerabilidad (Morris, Green & White, 1977; cfr. Hersh, 1982).

Por lo tanto se podría pensar que los déficits

de habilidades de afrontamiento no son hechos casuales; Por tal motivo es importante conocer ciertos aspectos de la personalidad del paciente; especialmente los patrones conductuales y cognoscitivos en situaciones de estrés.

Otro problema relacionado con problemas de órganos sexuales, como los linfomas Hodgkin's, que aún cuando medicamente el diagnóstico es muy optimista, existe un problema de esterilidad (puede ser permanente o temporal), lo cual es producto de la quimioterapia (estrategía prescrita para estos casos por su eficiencia); esto promueve desajustes severos particularmente en la auto-estima, en las relaciones con el sexo opuesto, amistades y familiares; además debiendo considerar la alta incidencia de este padecimiento en adolescentes. A pesar de esto, los ajustes que en este caso se presentan, son de fácil manejo y sobre todo si se conocen en etapas tempranas (Schain & Hawards, 1982).

El cáncer en los genitales exteriores, representan sobre todo cambios en la imagen corporal y en el funcionamiento sexual. Por lo cual se vuelve más severo el tratamiento, pues la intervención que generalmente se lleva a cabo es la cirugía radical, lo que da como resultado una desfiguración por mutilación y una inhabilidad de la función sexual, por lo menos en el caso del pene y lesiones en la vulva. Y esto desencadena un sufrimiento

emocional agudo, manifestándose en silencio y aislamiento (Levin & cols., 1982).

Así pues, es fácil comprender que un conflicto sexual en los pacientes oncológicos se puede deber al padecimiento, al estrés generado por la circunstancia; por lo que es de suma importancia evaluar las habilidades de afrontamiento del paciente en particular, desde etapas tempranas, para evitar el conflicto total. Y es muy importante visualizar que las habilidades de afrontamiento pueden ser aprendidas y mejoradas.

Pero es importante saber la conceptualización que el paciente hace de su enfermedad, pues como ya se mencionó el cáncer se relaciona popularmente con el castigo, que en estos casos se asocia a la promiscuidad o impulsos catalogados como negativos, lo cual genera una actitud de rechazo al sexo, a partes de su cuerpo o bien la resignación ante la voluntad divina (Lewis & Bloom, 1981; cfr. Hersh, 1982 & Sklar, 1981).

Además, la importancia de la vida sexual, no se debe reducir al coito, sino que esta puede significar muchas cosas, tales como el deseo de estar cerca, el deseo de concebir, el deseo de controlar o manipular a la pareja, una forma no verbal de expresar afecto, una defensa contra la ansiedad y la depresión, el capturar

la atención de alguien, una auto-confirmación, una defensa a ser intimidado, etc... Pero cualquiera que sea la causa que origina o inhiba la conducta sexual, debe ser considerada terapéuticamente, pues esto puede ser la clave que nos indique la conceptualización que el paciente hace de su padecimiento, de ahí se deriva la estrategia de intervención (Schain, 1982).

### 3.- LOS TUMORES Y LAS ALTERACIONES FISICAS Y FUNCIONALES

Este es otro factor que ocasiona altos niveles de estrés sobre todo dependiendo, por un lado la visibilidad de la malformación dada por su ubicación y tamaño principalmente. Por otro lado, la relación de su inhabilidad con sus actividades cotidianas; pues no le es igual a un cirujano perder la vista que sufrir la pérdida motora en una pierna, mientras que tal vez sea más importante una pierna para un deportista que para el médico (Silberfar, 1982 2 ).

El nivel socio-cultural, pudiera considerarse de peso en esta área, ya que en los niveles bajos, sobre todo en educación, encontramos que aún a pesar de las alteraciones que estas neoplasias producen, el enfermo llega en etapas muy avanzadas de la enfermedad. En contraste con los países en donde la educación se ha encargado de situaciones tan importantes como la salud. Por sólo citar una situación, mientras que en nuestra realidad, en las clases socioeconómicas bajas, las etapas en que los pacientes llegan son avanzadas, en los países europeos, son tempranas. Y de igual forma, en cuanto a la incidencia veremos que en nuestro país el cáncer cervicouterino está en las más altas tasas, en países sajones, este problema no es tan agudo.

#### 4.- LOS EFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS

Este factor tiene un fuerte impacto, ya que los efectos más comunes son: la alopecia, desfiguración por amputación, ulceración de la piel, debilidad física, reducción de la libido, anorexia, náusea y vómito entre otros.

Un ejemplo drástico de esto es el efecto de una laringectomía, ya que aquí hay cambios físicos muy severos, pues la apariencia es grotesca y por otra parte funcionalmente el paciente tiene problemas para hablar, deglutir, etc., por lo cual los pacientes caen en depresiones severas, que sugieren la necesidad de programas pre y post operatorios a implementar de forma rutinaria (Minear & Lucente; cfr. Hersh, 1982).

## 5.- LA EDAD DEL PACIENTE

Esto tiene mucho que ver con la forma en que el paciente ve que su familia maneja la situación. Al respecto Hersh (1982) explica que es conveniente aclarar que muchas ocasiones no coincide la edad cronológica con la psicológica, pero el médico debe ser capaz de detectar esta última y actuar respecto a ella.

Pero algo que se debe tener muy en cuenta es que el contacto con el diagnóstico y las primeras experiencias con el tratamiento tienen gran influencia en el comportamiento ante el resto del ciclo. Pero generalmente, se produce cierta regresión en el paciente y en el sistema familiar, que incluye: retracción de las interacciones sociales, incremento de la dependencia a los miembros de la familia para que le asistan en las actividades diarias y en la toma de decisiones, además de verbalizaciones del reconocimiento del estado y de la expresión de los sentimientos que se basan en monitoreos externos más que en la experimentación propia (Cullen, 1982).

Se ha observado que los niños pequeños tienen gran facilidad de adaptación, tanto que pareciese que ese fuera su estado normal. Además es muy importante hacer del conocimiento de los padres, que generalmente el infante desde los cinco años aproximadamente, intuye que padece

de una enfermedad no ordinaria y severa. Por lo que es muy conveniente permitirle al menor hablar de forma abierta sus inquietudes, para que de esta forma el niño reciba el apoyo requerido para enfrentar la lucha (Spinetta, 1982).

Por otra parte, algunos eventos que pueden afectar al niño son:

\*La caída del pelo.- pues aún cuando es temporal y la gente se acostumbra a esto, suele ser penoso para el niño.

\*Por supuesto los estragos de los efectos secundarios.- Estos llegan a ser muy severos en los niños, entre ellos se encuentran: un descenso dramático de peso, ulceración de la boca, espasmos musculares, decoloración de la piel, pérdida de órganos, amputaciones y erupciones en la piel, entre otros (Spinetta, 1982 2 ).

En cuanto a los padres de los pequeños, reportan el momento del diagnóstico como el más dramático, y en la mayoría de los casos están ansiosos de ayudar emocionalmente y guiar a otros para manejar a sus hijos.

Pero cualquier paciente, puede ser víctima de la depresión, ansiedad o volverse introvertido como medio de defensa de los otros, siendo estos otros, la familia

o el personal médico (Feldman, 1982).

En el caso de los niños, ocurren ciertos patrones de afrontamiento en donde se presenta el establecimiento de relaciones amistosas con el personal del hospital y trata de identificarse con ellos, por lo cual utiliza tanto el lenguaje no verbal como más adelante el médico, a sí mismo tiende a absorber tanta información sobre los tratamientos y del padecimiento como sea posible.

Por su parte en los adolescentes se plantea que existe una doble lucha, pues por un lado durante este período el individuo trata de establecer la independencia de sus padres, sufre los cambios sexuales secundarios, por lo cual tiene que hacer ajustes sexuales hacia sí mismo y respecto a la forma de relacionarse con el sexo opuesto.

Y por el otro lado, debido a su enfermedad se ve forzado a depender de la familia y del personal hospitalario; al mismo tiempo que puede sufrir una demora en la aparición de los caracteres sexuales secundarios y/o una disfunción en sus órganos genitales (impotencia o esterilidad) debido generalmente a los tratamientos.

Es fácil imaginar el conflicto en el que se ve involucrado el adolescente, así como suponer la posible existencia de alteraciones en su vida adulta.

Por su parte, la gente adulta también se encuentra en una situación difícil al ver limitadas o perdidas las funciones creativas y/o productivas, pues su continúa experiencia de vida se ve interrumpida. Por lo que se presenta una constante añoranza de su funcionamiento físico, de nivel de energía y de su habilidad para cubrir sus necesidades y expectativas.

La gente senil, tiene una mayor facilidad (aparente) de adaptación a la pérdida de sus funciones, sin embargo, se presentan serias depresiones y ansiedad que facilmente hacen que caigan en situaciones de pánico.

## 6.- LA HOSPITALIZACION

Este evento predispone a la ansiedad y a la depresión, el cual se hace muy patente en los niños (Paeasek & Groff & Schyving, 1978; cfr. Sklar, 1981), debido a ello se debe trabajar el mayor tiempo posible por consulta externa.

## 7.- EL DOLOR

El dolor es otro factor que contribuye a incrementar el estrés, siendo éste tal vez el más temido. Pues popularmente se ha descrito como un mal que genera dolor severo e irremediable; ante el cual se debe actuar con reserva pues no hay una relación directa entre el dolor y el cáncer, ya que si bien es cierto que el dolor puede hacerse presente sobre todo en ciertos tipos de cáncer, y en etapas evolucionadas, hay muchos pacientes que jamás reportan dolor. Lo cual también es un problema, pues la ausencia de dolor dificulta su detección oportuna.

Aquí se señalan dos aspectos muy importantes, pues por un lado debemos de tener en cuenta que el dolor es una percepción individual, en donde el umbral a él y el evento que provoca dolor es diferente para cada uno de nosotros.

Por otro lado se observa que en los pacientes con cáncer el nivel de dolor y el de ansiedad o depresión guardan una relación proporcional entre sí (Clevlend, 1984). Pero esto no se debe sobre-enfatizar, pues sería un error el dejar de lado el aspecto psicológico como el atribuirle a este toda la responsabilidad de la presencia del dolor.

Además, se debe aclarar que aún cuando se ha observado

la coexistencia del dolor con problemas psicológicos, hay autores que sugieren que el aspecto emocional es causa o por lo menos contribuye a la percepción de éste (ganancia secundaria), mientras otros investigadores reportan que una lesión orgánica con dolor crónico puede en ocasiones desarrollar cambios emocionales importantes como psicosis (Magni & Merskey, 1987).

Por lo tanto, podemos observar que todos los pacientes presentan incremento de los niveles de ansiedad y cambios de carácter, y dichos cambios en general son de trascendental importancia; teniendo impacto a niveles psicológicos y sociales, lo cual en gran medida se llega a controlar por la utilización de intervenciones interdisciplinarias.

## 8.- AREAS DE LA PERSONALIDAD

Este problema tiene impacto en ciertas áreas de la personalidad, como son:

- Auto-imagen.- Es la forma en la que la persona se siente respecto a sí misma. Como ya se mencionó, los tratamientos oncológicos producen cambios físicos (amputaciones, alopecia, entre otras), sociales (dependencia, problemas económicos, etc.) y psicológicos (anorexia, desamparo..) temprales y/o permanentes, lo cual modifica su realidad a corto y largo plazo.

En cuanto a la auto-imagen, tal vez uno de los puntos que más le afectan al paciente, aunque implica una deformación y que puede ser poco visible a simple vista (vestida) es la mastectomía, pues como ya se mencionó los cónyuges aceptan la mutilación e intentan seguir su vida sexual, las mujeres mutiladas quienes en muchos casos no permiten las caricias ni ser vistas, pues para ellas se perciben incompletas o grotescas entre otras cosas.

Otro caso dramático, ya que implica una deformación que puede ser muy visible, como un cambio morfológico grotesco en el cuello y en la cara, ante la cual la gente que rodea al paciente y aquella que se cruza en su camino, inevitablemente reaccionan (negativamente)

al verlo pasar. Y al mismo tiempo provocan cambios en el carácter pues puede llegar a una total retracción y aislamiento o bien agresiones como la exposición innecesaria de sus mutilaciones, lo cual, no es más que un reflejo de cómo se percibe a sí mismo, pues pareciera que se concibe como un monstruo que ocasiona terror, lo cual en algunos casos no está tan lejos de la realidad (Katterbagen, 1982). Es aquí el momento de comentar la importancia de la cirugía reconstructiva, como un importante apoyo al paciente.

Por otra parte el perder la capacidad de ser económicamente activo tiene gran impacto en cuanto a la auto-imagen, pues se sienten mantenidos, inútiles, arrimados (parásitos), pues se ven en la necesidad de depender de otros debido a que ya que no pueden realizar sus actividades acostumbradas.

- Sexo y sexualidad.- Por sexualidad se entienden ciertos patrones de conducta humana aprendida, un conjunto de habilidades y sentimientos con una identificación de género (femenino o masculino) y conducta sexual. Aquí se incluyen aquellas conductas y sentimientos asociados con el acariciar, el tocar y el coito. Las demandas y las expectativas sexuales de la gente varían a través de su vida (Stoller, 1981). El cáncer y sus tratamientos pueden afectar la imagen del cuerpo y los aspectos fisiológicos

cos directamente relacionados con la identificación sexual como por ejemplo: demora en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, alteraciones de la capacidad funcional (colostomías, exenteraciones pélvicas, hemipelvectomías), desaparición de los caracteres sexuales secundarios, el interés sexual (libido). Por ello después del cambio físico o ante la posible existencia de estos se dan cambios psicológicos.

Así la sexualidad en el paciente oncológico se ve afectada por el estrés generado por el tratamiento y la enfermedad, por su nivel de conocimientos y habilidades de afrontamiento.

## CAPITULO V

### ALGUNAS APORTACIONES CONCEPTUALES SOBRE EL

### TERMINO AFRONTAMIENTO Y EL MODELO

### BIOPSIICOSOCIAL

#### 1.- HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Como es de esperarse, existen ciertas dificultades para definir el concepto (Coping Skills -habilidades de afrontamiento-) al que ahora se hace referencia. Es importante el puntualizar el significado de este término, pues de lo contrario se puede crear una contradicción o bien la invalidación de las experiencias de investigación como es el caso.

De hecho, este concepto es el resultado de un arduo trabajo realizado principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y otros países como Alemania, Israel, Inglaterra y España entre otros.

He aquí algunas de las dificultades que se han presentado:

- Delimitar los alcances y limitaciones del vocablo.-  
Con respecto a este punto existe gran controversia, pues dentro del "Coping Skills", algunos estudiosos, han contemplado los comportamientos en situaciones estresantes que requieren cambios conductuales, independientemente

de niveles y categorías. Mientras que otros, sólo han enmarcado en este rubro, las conductas emitidas en situaciones de altos niveles de estrés.

De esta confusión ha surgido la idea de que este término resulta limitado (en el caso de la acepción más estrecha), pues se argumenta que existen situaciones que son poco estresantes, que también requieren cambios de actitud. De aquí que otros autores han propuesto términos paralelos, supuestas diferencias que lejos de esclarecer la situación, han creado controversia, en cuanto a la definición del problema (alcances y limitaciones).

- El establecimiento del término.- Como ya se mencionó surgieron algunos términos como "Adaptation" (Silberfarb, 1982), que compitieron con el de "Coping", pero al parecer, el primero hace referencia básicamente a aspectos conductuales y no así a los psicológicos. Además puntualiza al ambiente como promotor de los cambios de conducta. Por lo tanto, el término "Adaptation" fue desechado, ya que se requiere de una palabra que permita incluir tanto por los aspectos externos como internos y su interacción.

- La traducción del término al español.- Aquí un problema tal vez mayor, pues en nuestro idioma existe una amplia gama de adjetivos, los cuales se presentan con sutiles diferencias, al mismo tiempo que se maneja

un buen número de sinónimos.

Así, de entre vocablos como: confrontar, contender, afrontar, enfrentar, adaptar, entre otros. Se resolvió el utilizar la palabra "Afrontar" (Liceága, 1984) quedando ésta como la traducción conceptual de "Coping".

Ahora bien, es conveniente delimitar y definir lo que se entiende por "habilidades de afrontamiento". Para lo cual se retoma la definición de Lazarus y Folkman (1984) (cfr. Turk & Bellísimo, 1988) en donde mencionan que "Coping Skills" se refiere a aquellos cambios continuos a niveles cognoscitivos y conductuales, como un esfuerzo para manejar demandas específicas externas y/o internas que son apreciadas como tolerantes o que exceden los recursos de la persona. De esta forma queda entendido que:

- Hace referencia a aspectos psicológicos tanto en lo conductual como a lo cognoscitivo (Turk & Bellísimo, 1988).

- Los individuos pueden tener mayor o menor nivel de estas habilidades.

- Estas dependen de la historia personal.

- Por lo tanto dichas habilidades pueden ser mejoradas o aprendidas.

- Estas habilidades las muestra el sujeto en situaciones de estrés.

- Son éstas las que le permiten tener una actitud de mayor o menor adecuación para enfrentar el problema.

- Es importante señalar que una actitud por sí misma no es adecuada o inadecuada, sino que esto depende de la situación, pues en un momento pueden ser necesarias y en otro no, esto es, en una circunstancia puede resultar benéfica y en otra perjudicial.

- Por lo tanto estas respuestas son flexibles y sobre todo dinámicas, por lo tanto estas difieren de los mecanismos de defensa, quedando así totalmente excluidos de este concepto (Burish & Bradley, 1983).

## 2.- EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Liceága (1984), explica que por mucho tiempo se ha planteado el concepto "biopsicosocial", sin embargo, en la práctica cada profesional relacionado con algunos de estos tres aspectos (biológico, psicológico y social), ha mantenido una concepción reduccionista del hombre y de su entorno, ésto es, el médico a pesar de que reconoce la existencia y relevancia de factores psicológicos y sociales, continúa viendo al paciente como padecimientos y órganos, además difícilmente durante su entrenamiento recibe nociones respecto a los diferentes marcos teóricos que le permitan concebir al ser humano como un ente integral. Por otra parte, el psicólogo, el sociólogo y la trabajadora social, tampoco reciben un entrenamiento que contemple los aspectos fisiológicos que contribuyen a sustentar dicha concepción integral del ser humano.

Lo anterior no está encaminado a pretender hacer de cada profesional o de alguno de ellos "todólogos", que en un momento puedan suplir las funciones de los demás, ni siquiera pretende creer que dichos profesionales sean los únicos que deban intervenir en la prevención y tratamiento de los pacientes; sino simplemente con ello se desea ejemplificar algunas carencias que hasta ahora han impedido consolidar una concepción biopsicosocial, de la cual en verdad se pueda generar un trabajo plenamente

interdisciplinario (Liceága, 1984).

Si bien es cierto, que aún no se ha podido consolidar "El Modelo Biopsicosocial", ésto no quiere decir que no sea factible su consecución y justamente en función de esto es que Liceága (1984) ha propuesto una estrategia, que se retroalimenta constantemente, tanto a nivel teórico como empírico, esto es, a partir de la experiencia compilada a través del trabajo con pacientes crónicos (oncológicos y con problemas músculo-esquelético, principalmente), así como de la observación y vivencia de las alteraciones producidas en la fase aguda de una situación de desastre, donde vio características de comportamiento y las contrastó en función de situaciones de pérdida y de la forma en que éstas se afrontan a corto, mediano y largo plazo. Asimismo, simultáneamente se recopiló una vasta cantidad de literatura referente a dichos tópicos, de la conjugación de ambas condiciones surgió el intento de clasificar categorías conductuales a tres niveles: biológico, psicológico y social; encontrándose que existen dos elementos que aparecen como constantes tanto en problemas agudos como crónicos, estos son, el estrés y las habilidades de afrontamiento.

Cuando se llegó a dicha síntesis, se pensó que era necesario ver como interactuaban los tres factores, de tal manera que al alterar uno se alteran los otros

dos; aquí cabe señalar, que es un hecho que siempre se ha reconocido, prácticamente de manera intuitiva, sin embargo, no se han sistematizado los conocimientos de los mecanismos que lo rigen. De aquí que como siguiente intento se desarrollará un modelo lógico, el cual se encuentra destinado a la confrontación con los hallazgos que se obtengan a nivel pragmático, o en su defecto, que sea viable su comprobación. Simultáneamente se desarrollaron algunos instrumentos de evaluación de afrontamiento dirigidos a pacientes, familiares y médicos; con la intención primordial de buscar posibles relaciones entre sí (aspectos sociales). Asimismo, se diseñó un protocolo de investigación encaminado a evaluar cambios fisiológicos ante situaciones de estrés (diferentes estadios clínicos de padecimientos crónicos) (Liceága, 1984).

Todo lo anterior, ha implicado en primera instancia constante trabajo interdisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos), en segunda instancia, a través de dicha forma de trabajo una modificación (por medio de la retroalimentación entre dichos profesionales, en función de cada perspectiva) de la concepción del paciente (op.cit.).

Es evidente que hasta el momento, no se puede hablar de un modelo biopsicosocial en términos de una estructura consolidada y universal, sin embargo, se continúa trabajando

en él, y no en aspectos independientes, sino ya en términos de una visión integral, lo cual implica un gran avance, que si bien es cierto, aún cuando sólo pertenece a un pequeño grupo, en el momento en el que el modelo lógico estructurado, inicialmente haya sido retroalimentado por el trabajo con personas con padecimientos físicos, sea susceptible de ser aplicado a personas que tengan otras condiciones, sin que por ningún motivo se les clasifique como "normales" o "anormales"; ya que finalmente la intención es brindar una herramienta que permita hacer análisis tanto a nivel molar como molecular y derivar de ello estrategias de apoyo acordes a cada situación, lo cual en verdad le otorga la categoría de universalidad a un modelo (op. cit.).

Por el momento es necesario reiterar que se encuentra en una fase incipiente pero en adelante prometedora (Liceá-ga, 1984).

**REPORTE DEL ESTUDIO**

Una vez que se revisó a grandes rasgos la importancia y convergencia a nivel teórico de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de un individuo ante una situación específica como lo es el padecimiento oncológico, surgió la inquietud de analizar las características de los pacientes con cáncer de nuestro contexto (México). Basándose en las estrategias clínicas y tomando en cuenta los tres niveles anteriormente mencionados (biológico, psicológico y social), mismo que permite ver al paciente como unidad integral.

Por lo que el siguiente escrito fue el primer paso (inserción del proyecto) para lograr el objetivo general de esta línea de investigación, que es: establecer una estrategia de intervención o programa motivacional encaminado a entrenar habilidades de afrontamiento a pacientes oncológicos.

Las dos principales hipótesis planteadas, fueron las siguientes: a) el entrenamiento de habilidades de afrontamiento disminuye la ansiedad mediante una intervención cognitivo conductual desde el modelo biopsicosocial.. y b) la disminución de la ansiedad mejora la reactividad al tratamiento médico eliminando factores psico-somáticos como diarrea, náusea y vómito anticipatorio, insomnio y otros síntomas que lo deterioran; lo cual puede prolongar el pronóstico de vida del paciente oncológico.

En lo que respecta a las características del proyecto general, se establecieron los siguientes puntos:

Fase 1.- Construcción de un primer instrumento para la elaboración del perfil del paciente oncológico, su familia -como colateral- y su médico (fase piloto).

-Aplicación del instrumento de evaluación a pacientes oncológicos derechohabientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), atendidos en el "Hospital 20 de Noviembre", así como a su colateral y médico.

-Construcción de un segundo instrumento modificado para la elaboración del perfil del paciente oncológico, su familia -como colateral- y su médico.

-Y por último, la selección de los aspectos comunes de las áreas (laboral, social y familiar) en que se hayan observado deficiencias con mayor incidencia, así como la interpretación de las pruebas estadísticas hechas a los mismos. Para elaborar posteriormente los perfiles poblacionales.

Fase 2.- En esta fase se diseñaron paquetes motivacionales, para determinar si la implementación del programa motivacional encaminado a entrenar habilidades de afrontamiento, logra la mejor reactividad al tratamiento médico

para la evaluación de lo anterior se propone la implementación de tres programas motivacionales, dirigidos a: a) familia, b) paciente y, c) grupo de auto-ayuda.

Fase 3.- Esta fase consistirá en la comparación entre la fase inicial y el momento final en donde se aplicarán nuevamente los cuestionarios y/o escalas utilizadas en la fase uno.

Ahora bien, la función específica de nuestra investigación dentro del proyecto general fue debido a las características de los objetivos generales del proyecto y a las observaciones del proyecto anterior de esta línea "Control de Náusea y Vómito Anticipatorios a la Quimioterapia") en el que se consideró necesario hacer un estudio en el cual se tomase en cuenta al paciente de forma integral, incluyendo sus cogniciones sobre él mismo (paciente) y su problemática en aquellos puntos que se encontraran ligados a la ansiedad.

Por lo que en esta fase y para lograr un mayor entendimiento del problema y de las características del paciente, se elaboró un instrumento de evaluación que permitiera perfilar al paciente oncológico mexicano.

#### OBJETIVOS GENERALES:

- Establecer los perfiles psicológicos del paciente oncológico, de su colateral y su médico del "Hospital

20 de Noviembre" -México-.

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar los instrumentos de evaluación para establecer los perfiles del paciente oncológico -tanto foráneos, como del D.F.-, de su colateral y el médico, del "Hospital 20 de Noviembre".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Elaborar un instrumento que evalúe el afrontamiento del paciente oncológico.

- Elaborar un instrumento para los datos demográficos y desarrollo del problema -enfermedad- del paciente.

- Elaborar un instrumento para evaluar las actividades sociales del paciente.

- Elaborar un instrumento para evaluar las relaciones familiares del paciente.

- Elaborar un instrumento para evaluar las actividades laborales del paciente.

- Elaborar un instrumento que evalúe el afrontamiento del colateral -familiar-.

- Elaborar un instrumento que evalúe la actitud del médico oncólogo.

- Establecer el perfil del paciente oncológico.

- Establecer el perfil del colateral -familiar-.

- Establecer el perfil del médico oncólogo.

## METODOLOGIA

-El instrumento utilizado es un cuestionario, el cual se elaboró con los siguientes pasos:

\*Delimitación de la población (criterios de selección): Los pacientes debían ser beneficiarios del "Hospital 20 de Noviembre" (siendo foráneos o del D.F.) en un rango de edad entre 19 a 97 años de edad.

\*Diseño de los instrumentos de evaluación: Se basó tanto en la revisión bibliográfica, como en las experiencias clínicas presentadas con los pacientes.

\*Aplicación de los instrumentos de evaluación: Los cuestionarios se contestaron en la sala de quimioterapia, mientras que al colateral se le aplicaron en la sala de espera, y el médico lo contestó en su consultorio.

\*Análisis estadístico de los resultados: Para el análisis de los resultados se obtuvieron porcentajes y se aplicaron pruebas estadísticas para la confiabilidad y validez del instrumento.

\*Identificación de las áreas con déficit a nivel poblacional.

\*Descripción de los perfiles poblacionales.

En suma, podemos decir que esto es únicamente un bosquejo del eje principal del presente trabajo, ya que,

a continuación se detallara todo lo que corresponde a la metodología y procedimiento de dicha investigación, intitulada "Entrenamiento de habilidades de afrontamiento a pacientes crónicos: Perfiles de los pacientes oncológicos, familiares como colateral y su médico".

## METODO

### Sujetos:

Un grupo de 100 pacientes oncológicos(\*) del "Hospital 20 de Noviembre", del cual se formaron dos grupos, uno comprendido por 31 personas que participaron en un estudio piloto para probar el instrumento y el otro formado por 69 personas que participaron con el cuestionario modificado.

### Estudio Piloto:

-Del total de pacientes 23 fueron mujeres y 8 fueron hombres.

- El rango de edad de las mujeres fue de 20 a 75 años con un promedio de 48 años y, para los hombres la edad fue de 19 a 73 años, con un promedio de 48 años.

- De las mujeres, 2 eran foráneas (interior de la República) y 21 eran del Distrito Federal, y de los hombres 1 fue foráneo y 7 del Distrito Federal.

- Estado civil: a) mujeres: 11 casadas, 6 viudas, 5 solteras y 1 en unión libre; y b) hombres: 7 casados y 1 soltero. Véase tabla A.

NOTA: (\*) Es importante aclarar que no se va a especificar el tipo de cáncer que tenía cada paciente debido a las limitaciones de la investigación.

Cuestionario Modificado:

- Del total de pacientes 47 fueron mujeres y 22 hombres.

- La edad de las mujeres, osciló entre 19 y 73 años con un promedio de 48 años y, para los hombres la edad fue de 16 a 79 años con un promedio de 63 años.

- De las mujeres, 9 eran foráneas y 38 del Distrito Federal y, de los hombres, 2 eran foráneos y 20 del Distrito Federal.

- Estado civil: a) mujeres: 28 casadas, 13 viudas, 2 separadas y 1 en unión libre y b) hombres: 14 casados, 7 solteros y 1 viudo. Véase tabla B.

## PROCEDIMIENTO:

La presente investigación consistió en el desarrollo de los instrumentos de evaluación de las áreas problemas, detección de las principales áreas de intervención y elaboración de los perfiles a nivel familia, paciente y médico.

Para lograr lo anterior, se aplicaron cuestionarios a 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, así como a 13 médicos, todos pertenecientes al "Hospital 20 de Noviembre". Dicho cuestionario fue contestado por los pacientes en la sala de quimioterapia; mientras que al coateral se le aplicó en la sala de espera; en tanto que el médico lo contestó en su consultorio. Durante la aplicación del cuestionario, el psicólogo estuvo presente para resolver alguna dificultad que se tuviese en la comprensión de las preguntas.

En cuanto a la aplicación de los instrumentos es importante hacer notar que del total de pacientes, se formaron dos grupos, uno comprendido por 31 personas que participaron en un estudio piloto para probar el instrumento y el otro formado por 69 personas que participaron con el cuestionario modificado.

## DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION

### ESTUDIO PILOTO:

#### 1. Cuestionario de Información Demográfica y Desarrollo del Problema:

Este cuestionario comprende dos partes: la primera de ellas se refiere a datos demográficos del paciente, y la segunda contiene 12 preguntas de opción múltiples que se refiere al desarrollo mismo del problema de Náusea y Vómito Anticipatorio a la Quimioterapia. Véase apéndice A.

#### 2. Cuestionario de Actividad Social:

Este cuestionario contiene 10 preguntas de opción múltiple que se refiere a: a) Tipos de actividades que realiza(ba) los pacientes. Véase apéndice A.

#### 3. Cuestionarios de Relaciones Familiares:

Este cuestionario consta de 18 preguntas de opción múltiple, las cuales estan divididas en dos grupos: el primero de ellos se refiere a las relaciones que llevaba el paciente con su cónyuge e hijos o bien padres y hermanos antes de saber de su enfermedad, y el segundo grupo se refiere a estas mismas relaciones familiares después de saber de su enfermedad. Véase apéndice A.

#### 4. Cuestionario de Actividades Laborales:

El cuestionario contiene 6 preguntas de opción múltiple, las cuales están divididas en dos grupos: el primero consta de 3 preguntas que sondan los siguientes aspectos: 1) Si faltaba el paciente a sus obligaciones laborales antes de saber su diagnóstico, 2) Si interactuaba con sus demás compañeros de trabajo antes de saber su diagnóstico, y 3) Cómo era el desempeño laboral antes de saber su diagnóstico, y el segundo grupo explora los mismos puntos, pero después de que el paciente se sabe enfermo. Véase apéndice A.

NOTA: El procesamiento de los datos para los cuestionarios mencionados, se basó en la obtención de porcentajes de cada una de las respuestas, así como la agrupación de categorías para el inciso correspondiente a otros, con el fin de poder definir características en común.

#### **CUESTIONARIOS MODIFICADOS:**

##### 1. Cuestionario de Información Demográfica y Desarrollo del Problema:

La primera parte del cuestionario comprende datos demográficos del paciente, del colateral y de su médico, básicamente no difiere del primer cuestionario elaborado (piloto). La segunda parte contiene 11 preguntas de las

cuales 9 son de opción múltiple que detectan el desarrollo del problema de náusea y vómito anticipatorio a la quimioterapia, y las dos últimas son abiertas las cuales evalúan la posibilidad de que el paciente haya sido predispuesto a desarrollar dicho problema al recibir información sobre la quimioterapia. Véase apéndice B.

#### 2. Cuestionario de Actividades Sociales.

El cuestionario consta de 5 preguntas de opción múltiple, que exploran los siguientes puntos: 1) Actividades que realiza(ba) el paciente; 2) Las personas que acompañan al paciente en sus actividades y los motivos del porque dejo de realizar la(s) actividad(es), estos aspectos siempre antes y después del diagnóstico. Véase apéndice B.

#### 3. Cuestionario de Relaciones Familiares.

El instrumento contiene 5 preguntas de opción múltiple que evalúan los siguientes aspectos: Los cambios en sus relaciones familiares, antes y después de saber de la enfermedad, así como la(s) actividades recreativas que realiza(ba) el paciente. Véase apéndice B.

#### 4. Cuestionario de Actividades Laborales:

Esta parte consta de 6 preguntas de opción múltiple, que evalúan los siguientes aspectos: 1) La interrupción

de actividades laborales, 2) Desempeño del trabajo y 3) La comunicación con los compañeros de trabajo, antes y después de saber el diagnóstico de la enfermedad. Véase apéndice B.

NOTA: El procesamiento de los datos para los cuestionarios mencionados, se basó en la obtención de porcentajes de cada una de las respuestas, así como la definición de categorías para las dos últimas respuestas de la segunda parte del cuestionario de Desarrollo del Problema, esto con el fin de poder definir características en común.

#### 5. Cuestionario para Médico:

Este instrumento contiene preguntas cerradas con dos opciones afirmativa y negativamente y con él se evalúa la forma en que el médico concibe manejar al paciente, desde el nivel de información hasta su forma de interactuar con él. Véase apéndice B.

Para el procesamiento de estos datos, únicamente se obtuvieron porcentajes de las respuestas, pues las preguntas son de opción múltiple.

Por otro lado, se analizaron los variables de dos cuestionarios -Información Demográfica y Habilidades de Afrontamiento para Pacientes- aplicándose la prueba de Ji cuadrada ( $\chi^2$ ), relacionándose las siguientes áreas:

1) Auto-estima con Estado Civil; 2) Auto-estima con Sexo; 3) Adherencia a tratamiento con sexo y 4) Adherencia a tratamiento con Edad.

Y por último, para los cuestionarios 5, 6, 7, 8 y 11, únicamente se codificaron los datos ordenándolos por pregunta, y se obtuvieron porcentajes, para definir características en común.

#### 6. Cuestionarios de Habilidades de Afrontamiento para el Paciente:

Este instrumento se diseñó con preguntas cerradas planteando 23 reactivos con dos opciones de respuesta: Falso y Verdadero, las cuales si se respondían idealmente a la conducta de afrontamiento, se les asignaban 2 puntos y en el caso contrario el de 1 punto. Estas se determinaron en base a la investigación previa sobre habilidades de afrontamiento y a observaciones directas del comportamiento de los pacientes. Con este cuestionario se evalúa si el paciente posee o no adecuadas habilidades de afrontamiento, así como el área específica en donde se encuentran los déficits. Las áreas exploradas son las siguientes:

- a) información y concepto de la enfermedad;
- b) concepto de muerte;
- c) adherencia a tratamiento;
- d) auto-estima,
- e) relaciones interpersonales;
- f) relaciones familiares y/o de pareja;
- g) desempeño de actividades recreativas

y g) situación laboral. Véase apéndice B.

#### 7. Cuestionario de Habilidades de Afrontamiento para el Familiar:

Este instrumento presenta las mismas características que el destinado a paciente, con la diferencia de que está encaminado a evaluar si se maneja adecuadamente o no la problemática en general y al paciente en particular.

NOTA: Para el análisis de los datos de los cuestionarios citados, se aplicó por ítem la prueba estadística de Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson, que mide la pertinencia de los mismos. Al igual que se aplicó esta misma prueba para ver la correlación entre las áreas a evaluar del cuestionario. Véase apéndice B.

#### Análisis de los Instrumentos de Afrontamiento para Paciente y Familiar:

Para el cuestionario de afrontamiento para paciente, se observó que en el análisis de ítems por área (véase tabla 5), 15 de los 23 ítems fueron significativos, eliminándose en su totalidad el área de concepto de muerte por no ser significativos.

La consistencia interna del cuestionario se determinó por el método de mitades con un coeficiente de correlación

producto-momento de Pearson, entre los items pares e impares ( $r = 0.262$ ;  $p 0.001$ ), sugiriendo que los rasgos medidos por el instrumento poseen una moderada homogeneidad.

Por último se observó (véase gráfica 1) que en lo general, los hombres afrontaron mejor la enfermedad que las mujeres.

Para el cuestionario de afrontamiento para el familiar, se observó (véase tabla 7) que la pertinencia de la mayoría de los items no fue significativa, eliminándose los items que se refieren a las áreas de concepto de enfermedad y relaciones familiares.

La consistencia interna del cuestionario se determinó por el método de Kuder-Richarson, obteniendo una moderada confiabilidad de  $r = 0.6045$ .

Al relacionar las áreas del instrumento para afrontamiento del familiar, se encontró una alta correlación entre éstas (véase tabla 8).

## RESULTADOS:

### Estudio Piloto:

Se encontró que la mayoría de los pacientes sabían de su enfermedad desde hacía un año o menos, y acudieron a su clínica correspondiente; observándose de primera instancia una actitud de tristeza al saberse enfermo. Y al tratamiento más aplicado en esta enfermedad fue la quimioterapia y el menos empleado la cirugía, asimismo esta última causaba menos molestia en comparación con la quimioterapia, ya que esta provoca vómito y náuseas que duraban de 1 día hasta 2 semanas, así como la caída del pelo y debilidad para realizar actividades (véase tabla 1\*).

En cuanto a las actividades sociales, los deportes y el cine eran las preferidas por los pacientes antes de saber su diagnóstico, ya que, después eligieron actividades dentro de su casa, tales como: tejer, juegos de mesa, reuniones religiosas y, tareas escolares, ya que se sentían no aptos para sus actividades anteriores, en tanto que tenían que dedicar más tiempo a su tratamiento. Asimismo, se observó que las relaciones con su cónyuge (si tenía) eran muy variables, pues mientras se reportaba por un lado un mejor entendimiento de parte de su pareja, por otro realizaban pocas actividades comunes (véase tabla 2\* y 3\*).

En las actividades laborales se mostró una clara interrupción de éstas en todos los sujetos, debido a los efectos colaterales del tratamiento (el debilitamiento, malestar general y, las mismas consultas) (véase tabla 4\*).

#### Cuestionario Modificado:

Se pudo observar que la mayoría de los pacientes conocían su enfermedad desde hacía un año o menos; y que su actitud al recibir el diagnóstico fue en general buscar la atención médica y, de un profundo sentimiento de tristeza.

Los pacientes en su mayoría recibieron quimioterapia y cirugía, y ocasionalmente esta última en forma aislada, siendo indiscutiblemente el más molesto la quimioterapia. Los pacientes reportaron que: la náusea y el vómito aparecían a la media o una hora después de la aplicación del tratamiento y la duración era de 6 a 12 horas; y la constante caída del cabello. Todos estos síntomas se tornan desesperantes para el paciente, llegando a crear un malestar general anticipatorio a las aplicaciones (véase tabla 1).

Por otra parte, la gran mayoría de los pacientes estaban informados acerca de los efectos colaterales de su tratamiento y, ésta era proporcionada en primera

instancia por médicos, después por amigos y parientes y, por último por los familiares (véase tabla 1).

En lo que respecta a las actividades sociales se encontró en general que el paciente antes de conocer su diagnóstico, frecuentaba lugares como: el cine, y el teatro, veía la televisión y oía la radio cuando menos dos veces por semana, acompañados regularmente por familiares; ahora bien, una vez que conocían su diagnóstico no hubo variaciones significativas en dichas actividades y, en caso de que las hubiese fueron por razones diversas o por impedimentos físicos causados por el tratamiento (véase tabla 2). También se observó que la mayoría de los pacientes iban a las aplicaciones acompañados por su pareja o en caso dado por sus padres (véase tabla 4).

Con respecto a sus actividades laborales, se observó una clara interrupción de éstas asociado con el diagnóstico de la enfermedad, mostrando también una falta de comunicación con sus compañeros de trabajo, así como una disminución en el rendimiento laboral. Asimismo, en el trabajo desempeñado por los pacientes se encontró que la mayoría de las mujeres se dedicaban al hogar (véase tabla 3).

Por otro lado, al correlacionarse las áreas (véase tabla 6), se encontró que la edad no era un factor que

influyera en un mejor afrontamiento del paciente; además que las relaciones interpersonales eran muy independientes a la actitud laboral de la persona, la autoestima era independiente al estado civil o sexo y, que éste no influía en la adherencia al tratamiento que mostraba el paciente. En lo que respecta a las áreas: 1) Relaciones familiares, 2) Relaciones interpersonales, 3) Actividades recreativas, 4) Actividades laborales, 5) Auto-estima, y 6) Adherencia a tratamiento, se encontró una relación significativa.

También se puede observar que la mayoría de los familiares afrontan adecuadamente la enfermedad de su paciente (véase gráfica 2 y tabla 8).

En lo que corresponde a la opinión del médico (véase tabla 9) se encontró que la gran mayoría de éstos informan al paciente el tipo de enfermedad que tiene, y en caso de que la familia no quiere que él sepa su diagnóstico, pero el paciente lo solicite, la mayoría de los médicos respondieron que sí le da la información. En lo que respecta a los tratamientos y los posibles efectos colaterales, todos contestaron que sí le explican éstas a sus pacientes.

## DISCUSION:

En los últimos tiempos se le ha puesto gran interés al término cáncer, y a todo lo que conlleva, sin embargo, es muy remota su concepción, siendo Hipócrates el primero en nombrar a una serie de síntomas que transforman la evolución biológica de las células que aparecen en los hombres y animales como cáncer. Y es en este momento cuando Hipócrates sintetiza y a la vez divaga, en el concepto y sus consecuencias futuras para la humanidad, ya que a partir de este momento una serie de estudiosos se interesan en conocer qué encierra realmente este concepto. Por lo que, a través del tiempo se han dado definiciones diversas como: 1) "...cáncer se refiere a un grupo grande de tumores malignos que aparecen en diferentes órganos del hombre y de los animales" (Chaklin, A., sin año, pag. 7), y 2) "...el cáncer sería el resultado de la expresión no controlada de las funciones vitales de una célula, que la obliga a replicarse y a mantener su propia descendencia mientras existan reservas nutritivas. Esto sucede en detrimento, primero, de otros tipos de células, después, de todo el organismo y, por consiguiente, a expensas del enfermo que puede morir sumergido en la fuerza vital de una parte de sí mismo que poco a poco va destruyendo el resto de su ser..." (The de Guy, 1987; pag. 235). Siendo esta última definición la que nos intere-

sa, ya que, abarca los dos aspectos radicales que conforman el presente trabajo de investigación, es decir; a) el aspecto fisiológico y, b) el psicológico.

A partir de este enfoque, surgen hipótesis que tratan de explicar la relación que existe entre el estado emocional del paciente con su estado biológico. Siendo la hipótesis inmunopatogénica de los tumores la más reconocida, que plantea lo siguiente: "...el estrés produce la activación de las glándulas adrenales, lo cual supone un incremento en la producción de corticoesteroides que, a su vez, tienen como consecuencia una involución del timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos y, por tanto, un debilitamiento del sistema inmunitario encargado de proteger al organismo. En otras palabras, parece plausible defender que aunque el estrés no sea, en este caso, la causa primaria del cáncer si constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo" (Bayés, R. 1985, pag. 55). Sin embargo, son muchos los problemas que todavía restan por definir con una mayor precisión antes de que se pueda prever el manipular la respuesta inmunológica a través del estado emocional del paciente, con fines terapéuticos y con una buena garantía de éxito.

De esta forma, dada que es una realidad que cada

día más gente desarrolla cáncer, y la tasa de sobrevivencia de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas va en aumento, surge el interés de realizar una evaluación psicosocial del paciente oncológico; ya que los médicos y oncólogos no han tenido mucho éxito en éstas. Así pues, el psicólogo ha logrado avances en la valoración y conceptualización en la enfermedad de pacientes oncológicos y habilidades clínicas en esta área, como lo son las de: Lucas y Brows (1981) que proponen una guía basada en los principios de evaluación conductual, con la finalidad de ayudar en el trabajo con pacientes cancerosos; o bien, Weissman y Worden (1977) que plantean que en la fase inicial del padecimiento, las concepciones y tipos de tratamientos, son determinantes para su rehabilitación; y por otro lado, Barofsky (1981) hace un análisis de tres modelos que permiten la evaluación a diferentes niveles de la interacción que se dan entre factores de tipo biológico, psicológico y social en el surgimiento y desarrollo del cáncer. Por lo que parece que este fenómeno puede considerarse una área crucial en la medicina conductual y una de las que más demanda atención actualmente.

De esta manera, uno de los mayores problemas en la habilidad de afrontar dicho padecimiento, radica en el contexto que envuelve la actividad del paciente, es decir, la demanda inmediata de atención profesional.

Esta situación implica la necesidad de un proceso secuencial que le establezca y desarrolle habilidades adecuadas de afrontamiento para valorar y responder adecuadamente a su enfermedad, aún sin la asesoría constante del psicólogo.

Es importante ahora analizar lo que se refiere al afrontamiento del paciente, con respecto a los efectos tanto psicológicos como fisiológicos que provocan los tratamientos contra el cáncer. Primeramente es necesario aclarar que el cáncer no es una enfermedad crónica común a las demás, ya que, la forma de presentación, su misma evolución, tipos de tratamientos, y su concepción social, que conduce a la muerte a un gran porcentaje de personas; la conforman como caso "especial" de las enfermedades llamadas crónicas. Dentro de los tratamientos más utilizados por los médicos se encuentra la cirugía de diferentes partes del cuerpo, como: la cirugía de mama, de los genitales, de las vías urinarias y colorectales, y de cabeza y cuello, asimismo el tratamiento de quimioterapia y radioterapia que comprenden los métodos a los que se recurren más en nuestro país. Cada uno de estos tratamientos traen consigo efectos colaterales, muchas veces irreversibles y más desastrosos que la misma enfermedad, como es el caso de las cirugías de cabeza y cuello, en donde el paciente realmente queda transformado a un "ser de

ciencia ficción" debido a las múltiples prótesis.

La presente investigación se apoya en el modelo bio-psico-social, desarrollado por Liceága (1985), en donde se hace un análisis en que permite observar la interacción existente entre los eventos de carácter fisiológico, los aspectos psicológicos y las características del medio. En un movimiento constante y directo, desde donde podemos intentar aproximarnos al paciente con cáncer pues además permite tener una perspectiva más amplia a partir de la cual es posible generar estrategias de intervención; esta propuesta parte de la consideración del medio ambiente como factor importante, pues, como agrega Liceága (1985). "Todo comportamiento está en función de la estimulación que proviene de éste, y a su vez todo comportamiento es susceptible de producir modificaciones en el medio ambiente, (...) Puede suponerse que el comportamiento que tenga un paciente canceroso va a estar en función de las condiciones familiares, sociales y terapéuticas en las que se encuentre pero a su vez la forma en que él se comporte ante éstas, va a producir cambios en ellas" (Liceága, 1985, pag. 7).

La presente investigación plantea elaborar una propuesta metodológica basada en la realización de un instrumento de evaluación para establecer los perfiles de los pacientes oncológicos, del colateral y su médico,

del "Hospital 20 de Noviembre", centrando su análisis en:

1. Información demográfica
2. El desarrollo de la enfermedad
3. El afrontamiento que presentaba tanto el paciente como el colateral -familiar- ante la enfermedad
4. Las relaciones familiares del paciente
5. Las actividades sociales del paciente
6. Las actividades laborales del paciente
7. La actitud del médico hacia el paciente.

Estos puntos de investigación, plasmados a lo largo de nuestro trabajo, corresponden a los lineamientos que se consideró deberían ser contemplados, haciendo referencia a un enfoque bidireccional del fenómeno.

Analizando los datos obtenidos podemos observar que la mayoría de las pacientes fueron mujeres casadas con un promedio de edad de 48 años y residentes del Distrito Federal, la ocupación de éstos fue en primer lugar el hogar, después empleados generales y por último profesionistas; además de que la mayoría de los pacientes se hacía acompañar de su cónyuge.

Lo anterior nos puede parecer contradictorio con algunas investigaciones (Chaklin, A. y Bayés, R. entre otros), en donde mencionan que el no tener relaciones

ninguno llegó a 10 años o más, lo que puede implicar dos cosas; un alto índice de mortalidad entre la población, o bien, que los familiares son los últimos en proporcionar información al paciente, implicando en primer instancia una supuesta protección a éste, ya que, realmente en lugar de orientarlo hacia un adecuado afrontamiento, lo único que sucede es desconcertarlo acerca de los cambios que le van a ocurrir. En lo que se refiere a las actividades sociales se encontró que no hubo diferencias significativas antes y después de saber su diagnóstico, es decir, existía una sobreprotección familiar y un probable bloqueo -si no es que ya existía- para las relaciones sociales (con amigos, compañeros, etc.), no obstante, que en los datos el familiar afronta adecuadamente la enfermedad de su pariente. Lo que nos lleva a suponer que el familiar contestó idealmente las preguntas, pero que realmente su actitud hacia la situación es muy distinta.

En lo concerniente a los tratamientos, en su mayoría se usó de forma combinada -quimioterapia y cirugía- y escasamente de forma aislada existiendo similitud con lo que menciona Burish, G. & Naramore L. (1983) acerca de la aplicación de la poliquimioterapia.

Por otro lado, en el trabajo que desempeñaban los pacientes, se encontró que la mayoría se dedicaba al hogar; ahora bien, si analizamos que la mayoría eran mujeres, entonces podremos visualizar el porqué de su actividad

(aunque no necesariamente). Por lo tanto, se puede decir que realmente no hay indicio de alguna actividad que implique el contraer cáncer, pues es muy variada la gama de ocupaciones del paciente canceroso.

En cuanto a la actitud que tomó el oncólogo respecto a su paciente, se encontró que respetaba la decisión del mismo sobre el conocimiento de la enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento, adoptando el criterio de que el paciente y no el familiar, es el que debe marcar en última instancia los límites del conocimiento de su estado actual.

Ahora bien, en cuanto a las características psicométricas de los instrumentos implementados se encontró que la confiabilidad fue moderadamente homogénea. Sin embargo, debido a las características propias de la enfermedad, como es, la alta tasa de mortalidad presentada en los pacientes oncológicos, además de la falta de coordinación del personal médico y familiar (de dicho paciente), la validez del instrumento no fue posible obtenerla.

Con respecto a los instrumentos diseñados de: desarrollo del problema, relaciones familiares, actividades sociales, actividades laborales, y del médico, se observó en general que arrojaron información importante que ayudó a conformar el perfil del paciente oncológico,

de su colateral -familiar- y médico, sin embargo, un punto a considerar sería el incluir preguntas dirigidas a los aspectos culturales, por ejemplo, tipos de creencias y costumbres, así como también ahondar en el tipo de cáncer, su etapa y evolución en la que el paciente se encuentre.

## CONCLUSIONES:

Como conclusión podemos describir los siguientes perfiles:

### Pérfil del Paciente:

- Los pacientes oncológicos fueron en su mayoría mujeres; con un promedio de edad de 48 años, residentes del Distrito Federal, siendo generalmente su ocupación el hogar. Observándose que existía un mejor afrontamiento de parte de los hombres a comparación de las mujeres. Al igual que se observó que el paciente iba acompañado por su cónyuge o bien por sus padres.

- Se observó que los pacientes sabían de su enfermedad, desde hace un año o menos y ninguno llegó a 10 años o más.

- El tipo de tratamiento más utilizado fue de forma combinada -quimioterapia y cirugía- y escasamente de forma aislada.

- La actividad laboral que generalmente se desempeñaba fue el hogar, sin embargo, se puede decir que realmente no hay indicio de alguna actividad que implique el contraer cáncer, pues es muy variada la gama de ocupaciones del paciente canceroso.

#### Pérfil del Familiar:

- Se encontró que el familiar afrontó adecuadamente la enfermedad de su pariente, sin embargo, se observaron datos contradictorios como: a) El familiar es el último en proporcionar información al paciente, b) En lo que se refiere a las actividades sociales se encontró que no hubo diferencias significativas antes y después de saber su diagnóstico. Lo anterior nos lleva a suponer que el familiar contestó idealmente las preguntas, pero que realmente su actitud hacia la situación es muy distinta.

#### Pérfil del Médico:

- El médico oncólogo siempre mostró una actitud de preferencia hacia la decisión del paciente, con respecto al conocimiento de la enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento, existiendo el criterio de que el paciente y no el familiar, es el que debe marcar en última instancia los límites del conocimiento de su estado actual.

## **CONSIDERACIONES GENERALES:**

- El capacitar al médico y modificar su conducta lleva a establecer y mantener una buena relación entre éste, el terapeuta y sus pacientes en el cumplimiento de los tratamientos.

- Es necesario que cambie la actitud de enfermeras, médicos, cirujanos y en general de personal especializado hacia el paciente oncológico, para incrementar la adherencia al tratamiento.

- El psicólogo debe conocer y estar de acuerdo con el programa terapéutico institucionalizado que se aplicará al paciente, con el fin de obtener resultados satisfactorios.

- La implantación de programas multidisciplinarios, para pacientes oncológicos favorecerá la adherencia a tratamientos a largo plazo.

- El aplicar técnicas como: desensibilización, autocontrol, dinámicas de grupo, reestructuración cognoscitiva; entre otras, disminuirá el abandono al tratamiento médico.

✓

- El tomar en cuenta el factor psicológico dentro de los programas de tratamiento, facilitará un afrontamiento adecuado del paciente.

- El apoyo moral o de creencias, como es la religión ayudará a una adecuada terminación del tratamiento.

- El desarrollo de estudios multicéntricos y multinacionales, utilizando metodología conductual, facilitaría el estudio de la rehabilitación integral del paciente.

- La modificación de la actitud paternalista del médico hacia el paciente, propiciara un papel más activo en el afrontamiento adecuado de su padecimiento.

- La información del diagnóstico debe proporcionarse por gente capacitada, para evitar una respuesta inadecuada del paciente.

- Es necesario considerar en el programa de rehabilitación del paciente oncológico, un enfoque cognitivo-conductual, para un afrontamiento adecuado.

- La disminución de costos de los programas oncológicos, permitirá que el paciente se beneficie de los programas terapéuticos.

- El programar la fase de seguimiento en el tratamiento del paciente, complementará la evaluación del desarrollo del mismo.

- La información completa proporcionada al paciente respecto a sus tratamientos y efectos colaterales de éste; disminuirá la deserción al tratamiento.

**TABLA No. 1**

**DESARROLLO DEL PROBLEMA:**

- 1.- ¿Hace cuánto tiempo se enteró de su problema?
- a) 0 - 1 año..... 52%
  - b) 1 - 5 años..... 39%
  - c) 5 - 1 años..... 6%
  - d) Más de 10 años..... 3%
- 2.- ¿Cuándo empezó a tener síntomas de su problema, a dónde acudió?
- a) A esta clínica..... 68%
  - b) Con médicos particulares..... 11%
  - c) A otros hospitales.... 21%
  - d) Otros..... 0%
- 3.- ¿Cómo reaccionó cuando supo de su problema?
- a) Se resistía a creerlo. 24%
  - b) Se puso triste..... 39%
  - c) Pensó en antenderse inmediatamente..... 34%
  - d) Otros..... 24%
- Categorías
- Malestares físicos (temperatura, dolor de cabeza, vómito, náusea, angustia.
  - Pensamientos suicidas.
- 4.- ¿Qué tipo de tratamiento o tratamientos ha recibido?
- a) Cirugía..... 16%
  - b) Quimioterapia..... 34%
  - c) Quimioterapia y Cirugía..... 23%
  - d) Otros..... 27%
- Categorías
- Radioterapia.
- 5.- ¿De los tratamientos que hasta el momento ha recibido, cuál ha sido más molesto para usted?.
- a) Quimioterapia..... 62%
  - b) Cirugía..... 8%
  - c) Radiaciones..... 11%
  - d) Otros..... 19%
- Categorías
- Reconocimiento
  - Biopsias
  - Igual de molestas
  - Ninguna.

- 6.- ¿Qué problemas le ha causado la quimioterapia?
- |   |                        |
|---|------------------------|
| a) Caída del pelo.....28%                         | <u>Categorías</u>      |
| b) Falta de ánimo para realizar actividades...19% | -Anorexia              |
| c)  | -Depresión             |
| d) Otros.....12%                                  | -Dolor de cuerpo       |
|   | -Dolor de cabeza       |
|   | -Diarrea               |
|   | -Perdida de calor      |
|   | -Sudoración y manchas. |
- 7.- En el caso de que la quimioterapia le haya causado molestias marque en orden de mayor a menor el grado de molestia que le ha causado?
- |   |                     |
|---|---------------------|
| a) Caída del pelo.....22%                         | <u>Categorías</u>   |
| b) Falta de ánimo para realizar actividades...21% | - Depresión         |
| c) Náusea y vómito.....41%                        | -Dolor de cuerpo    |
| d) Otros.....16%                                  | -Anorexia           |
|   | -Diarrea            |
|   | -Sensación de ardor |
- 8.- ¿Cuándo le aplican la inyección, cuánto tiempo pasa para que empiece a sentir náuseas?
- |                           |
|---------------------------|
| a) 1/2 a 1 hora.....56%   |
| b) 1 a 3 horas..... 7%    |
| c) 3 a 4 horas..... 0%    |
| d) Más de 4 horas.....37% |
- 9.- ¿Cuánto tiempo pasa desde el momento en que empieza la náusea a la iniciación del vómito?
- |                           |
|---------------------------|
| a) 1/2 hora.....62%       |
| b) 1 a 3 horas.....15%    |
| c) 3 a 4 horas..... 4%    |
| d) Más de 4 horas.....19% |
- 10.- Una vez que ha empezado a vomitar cuánto le dura cada acceso de vómito?.
- |                               |
|-------------------------------|
| a) Menos de 10 minutos....65% |
| b) 15 minutos.....23%         |
| c) 20 minutos.....0%          |
| d) Más de 1/2 hora.....12%    |
- 11.- ¿Cuándo tiene vómito cuántos días le dura?
- |                          |
|--------------------------|
| a) 1 a 2 días.....73%    |
| b) 2 a 3 días..... 8%    |
| c) 4 a 5 días..... 0%    |
| d) Más de 5 días.....19% |

12.- ¿Cada cuándo le aplican la inyección?

- a) 2 veces a la semana.....0%
- b) 1 semana.....11%
- c) 1 cada quince días..... 4%
- d) Otros.....86%

Categorías

- De 10 a 15 días
- De 21 a 22 días
- De 28 a 30 días

TABLA No. 2

**ACTIVIDADES SOCIALES:**

- 1.- ¿Antes de que usted de su problema qué sitios frecuentaba?
- |                         |     |                                     |
|-------------------------|-----|-------------------------------------|
| a) Cine.....            | 29% | <u>Categorías</u>                   |
| b) Teatro.....          | 21% | -Casi no salía                      |
| c) Casas de amigos..... | 21% | -Dedicada al hogar                  |
| d) Otros.....           | 29% | -Deportes                           |
|                         |     | -Salidas al campo y con familiares. |
- 2.- ¿Con qué frecuencia realizaba este tipo de actividades?
- |                            |     |                         |
|----------------------------|-----|-------------------------|
| a) 2 veces a la semana.... | 0%  | <u>Categorías</u>       |
| b) Cada 8 días.....        | 24% | -Cada mes               |
| c) Cada 15 días.....       | 14% | -Casi no sale           |
| d) Otros.....              | 62% | -Cada tercer día        |
|                            |     | -Una vez cada dos meses |
|                            |     | -Salía diario           |
- 3.- ¿De estas actividades cuál es la que más le gustaba?
- |                        |     |                     |
|------------------------|-----|---------------------|
| a) Cine.....           | 29% | <u>Categorías</u>   |
| b) Teatro.....         | 17% | -Salir al campo     |
| c) Visitar amigos..... | 12% | -Viajar             |
| d) Otros.....          | 42% | -Deportes           |
|                        |     | -Visitar familiares |
- 4.- Después de enterarse de su problema qué lugar dejó de frecuentar?
- |                        |     |                     |
|------------------------|-----|---------------------|
| a) Cine.....           | 21% | <u>Categorías</u>   |
| b) Teatro.....         | 0%  | -Ninguna            |
| c) Visitar amigos..... | 11% | -Deportes           |
| d) Otros.....          | 68% | -Viajar             |
|                        |     | -Visitas familiares |
|                        |     | -Todo               |
- 5.- ¿Una vez enterado de su problema con que frecuencia -- realiza estas actividades?
- |                                  |     |                                |
|----------------------------------|-----|--------------------------------|
| a) Las suspendió totalmente..... | 29% | <u>Categorías</u>              |
| b) Cada 8 días.....              | 18% | -No ha cambiado la frecuencia. |
| c) Cada 15 días.....             | 18% | -Cada mes                      |
| d) Otras.....                    | 35% | -Visitas a familiares.         |

6.- De las actividades que ha dejado de realizar ¿Cuál es la que más extraña?

|                        |     |                     |
|------------------------|-----|---------------------|
| a) Cine.....           | 8%  | <u>Categorías</u>   |
| b) Teatro.....         | 0%  | -Ninguna            |
| c) Visitar amigos..... | 8%  | -Deportes           |
| d) Otros.....          | 85% | -Visitas familiares |

7.- ¿Por qué se alejó de sus actividades sociales?

|  |     |                   |
|--|-----|-------------------|
| a) Quería retirarse a descansar.....                     | 7%  | <u>Categorías</u> |
| b) Ya no tenía ningún interés.....                       | 29% | -Al enviudar      |
| c) Tuvo que dedicarle mayor tiempo a su tratamiento..... | 36% | -No estar apta    |
| d) Otros.....  | 43% | -Sigue igual      |

8.- ¿Si se alejó de sus amistades fue, por qué?

|   |     |                   |
|---|-----|-------------------|
| a) Pensó que le tenían lastima.....   | 0%  | <u>Categorías</u> |
| b) Porque le hacían preguntas al respecto de su enfermedad.....             | 25% | - Al enviudar     |
| c) Porque no podía realizar todas las actividades que ellos realizaban..... | 0%  | - Siguen igual.   |
| d) Otros.....   | 75% |                   |

9.- Actualmente, que otro tipo de actividades realizaba?

|                            |     |                       |
|----------------------------|-----|-----------------------|
| a) Ver televisión.....     | 28% | <u>Categorías</u>     |
| b) Leer.....               | 18% | -Tejer                |
| c) Sólo estar en su casa.. | 21% | -Lo mismo             |
| d) Otros.....              | 33% | -Tareas escolares     |
|                            |     | -Juegos de mesa       |
|                            |     | -Grupo religioso      |
|                            |     | -Descanso en el hogar |

10.- Las actividades que realizaba actualmente, ¿Cada cuándo las efectúa?

|                            |     |                         |
|----------------------------|-----|-------------------------|
| a) Diario.....             | 50% | <u>Categorías</u>       |
| b) Dos veces a la semana.. | 19% | -Diariamente            |
| c) Una vez a la semana.... | 5%  | -Una o dos veces al mes |
| d) Otros.....              | 27% | -Cada quince días       |
|                            |     | -Es variable.           |

**RELACIONES FAMILIARES:**

- 1.- ¿Antes de saber de su problema, cómo se llevaba con su cónyuge?
- a) Muy bien.....28%
  - b) Bien.....39%
  - c) Regular.....28%
  - d) Mal..... 6%
- 2.- ¿Antes de saber de su problema, cuándo salía con su conyuge a dónde iba?
- a) Cine.....31%
  - b) Teatro.....13%
  - c) Visitar amigos.....19%
  - d) Otros.....38%
- Categorías
- Paseos
  - Pescar
  - Las mismas actividades
  - Atender un negocio
- 3.- ¿Cuándo usted no tenía conocimiento de este problema de salud, cada cuándo salía con su cónyuge?
- a) Cada 8 días.....80%
  - b) Dos veces a la semana.. 0%
  - c) Cada 15 días..... 7%
  - d) Otros.....13%
- Categorías
- Igual que ahora
  - En vacaciones
- 4.- ¿Antes de saber de su problema, cómo se llevaba con sus hijos?
- a) Muy bien.....23%
  - b) Bien.....64%
  - c) Regular..... 5%
  - d) Mal..... 9%
- 5.- ¿Antes de saber el problema que tenía, a dónde salía con sus hijos?
- a) Cine.....28%
  - b) Teatro..... 0%
  - c) Hacer deporte.....14%
  - d) Otros.....64%
- Categorías
- Visitas y paseos
  - Salidas a bailar
  - Reuniones
  - Deportes
- 6.- ¿Cuándo usted no sabía el problema de salud que tenía, cada cuando salía con sus hijos?.
- a) Dos veces a la semana.. 0%
  - b) Cada ocho días.....63%
  - c) Cada quince días.....19%
  - d) Otros.....19%
- Categorías
- Igual
  - Una vez al mes
  - Días festivos

7.- ¿En conjunto, con su familia; (cónyuge e hijos o bien padres y hermanos) antes de saber de su problema se reunía a platicar?

- a) Diario.....17%
- b) Dos veces a la semana..28%
- c) Cada ocho días.....22%
- d) Otros.....35%

Categorías

- Con poca frecuencia
- Solo en fiestas
- En visitas con amigos

8.- ¿En conjunto, con su familia (cónyuge e hijos, o bien - padres y hermanos) efectuaba alguna actividad recreativa?.

- a) Cine.....13%
- b) Teatro.....13%
- c) Visitas a amigos..... 7%
- d) Otros.....67%

Categorías

- Paseos
- Visitas y comidas
- Deporte
- Juegos de mesa
- Reuniones.

9.- ¿En conjunto, con su familia; (cónyuge e hijos, o bien padres y hermanos) con que frecuencia efectuaba actividades recreativas?

- a) Dos veces a la semana.. 9%
- b) Cada ocho días.....63%
- c) Cada quince días..... 9%
- d) Otros.....18%

Categorías

- Dos o tres veces al día
- Cuando estan en el D.F. solamente.

10.- ¿Actualmente cómo se lleva con su cónyuge?

- a) Muy bien.....38%
- b) Bien.....38%
- c) Regular.....30%
- d) Mal..... 0%

11.- En este momento, a qué lugares va con su cónyuge?

- a) Cine.....36%
- b) Teatro..... 9%
- c) Visitar amigos.....27%
- d) Otros.....27%

Categorías

- De paseo
- A los mismos lugares
- No salen.

12.- ¿Cada cuándo sale actualmente con su cónyuge?

- a) Dos veces a la semana.. 0%
- b) Cada ocho días.....33%
- c) Cada quince días..... 8%
- d) Otros.....56%

Categorías

- Cada mes
- Ya no sale
- Igual
- Si esta bien, después de la quimioterapia.

- 13.- ¿Actualmente cómo se lleva con sus hijos?
- a) Muy bien.....35%
  - b) Bien.....53%
  - c) Cada quince días.....12%
  - d) Mal..... 0%
- 14.- ¿Qué lugares frecuenta actualmente con sus hijos?
- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a) Cine.....21%           | <u>Categorías</u> |
| b) Teatro..... 0%         | -Practica juegos  |
| c) Hacer deportes.....14% | -Paseos           |
| d) Otros.....64%          | -Va a comidas     |
|                           | -Oye música       |
- 15.- ¿En su situación actual cada cuándo sale con sus hijos?
- |                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| a) Dos veces a la semana.. 0% | <u>Categorías</u> |
| b) Cada ocho días.....58%     | -Ya no sale       |
| c) Cada quince días.....25%   | -Solo a reuniones |
| d) Otros.....17%              |                   |
- 16.- ¿En el momento actual en conjunto con su familia; (cónyuge e hijos, o bien padres y hermanos), se reúne a platicar?
- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| a) Diario.....25%            | <u>Categorías</u>                  |
| b) Dos veces a la semana.15% | -Cada tres semanas                 |
| c) Cada ocho días.....35%    | -Cuando estan en el D.F. solamente |
| d) Otros.....25%             | -Ya no lo hacen.                   |
- 17.- En conjunto con la familia; (cónyuge e hijos, o bien padres y hermanos) efectúa alguna actividad recreativa?
- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| a) Cine.....14%          | <u>Categorías</u>          |
| b) Teatro..... 0%        | -Juegos de mesa            |
| c) Visita amigos.....14% | -Paseos                    |
| d) Otros.....71%         | -Salidas a comer y visitas |
|                          | -Solo esta en casa.        |
- 18.- En conjunto, con la familia; (cónyuge e hijos, o bien padres y hermanos) con que frecuencia, efectúa actividades recreativas?
- |                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| a) Dos veces a la semana.. 0% | <u>Categorías</u>   |
| b) Cada ocho días.....43%     | -Cada mes           |
| c) Cada quince días.....29%   | -Ya no las realiza. |
| d) Otros.....29%              |                     |

**TABLA No. 4**

**ACTIVIDADES LABORALES:**

1.- ¿Antes de saber de su problema, interrumpía sus obligaciones laborales?

- a) Nunca.....87%
- b) A veces..... 9%
- c) Regularmente..... 4%
- d) Otros..... 0%

2.- ¿Antes de saber de su enfermedad, se comunicaba e interactuaba con sus compañeros de trabajo?

- a) Nunca.....14%
- b) A veces..... 5%
- c) Regularmente.....81%
- d) Otros..... 0%

3.- ¿Antes de enterarse del problema que tenía, cómo desempeñaba su trabajo?

- a) Muy bien.....39%
- b) Bien.....52%
- c) Regular..... 7%
- d) Otros..... 0%

4.- ¿Actualmente interrumpe sus obligaciones laborales?

- a) Nunca.....13%
- b) A veces.....33%
- c) Regularmente.....17%
- d) Otros.....37%

Categorías

- Cuando viene a consulta
- Cuando esta en tratamiento.
- Cuando le dan incapacidad.

5.-¿En el momento actual, se comunica e interactúa con sus - compañeros de trabajo?

- a) Nunca.....13%
- b) A veces..... 6%
- c) Regularmente.....81%
- d) Otros..... 0%

6.- ¿Actualmente cómo se desempeña en el trabajo?

- a) Muy bien.....16%
- b) Bien.....42%
- c) Regular.....26%
- d) Otros.....16%

Categorías

- No está trabajando

TABLA No. 1

DESARROLLO DEL PROBLEMA:

- 1.- ¿Hace cuánto tiempo se enteró de su problema?
- a) 0-1 año.....60%
  - b) 1-5 años.....31%
  - c) 5-10 años..... 9%
  - d) Más de 10 años..... 0%
- 2.- ¿Cuál fue su actitud al recibir el diagnóstico sobre el problema?
- a) Prefirio no recibir tratamiento alguno..... 7%
  - b) Se puso triste.....38%
  - c) Pensó en atenderse inmediatamente.....43%
  - d) Otros.....12%
- 3.- ¿Qué tipo de tratamiento o tratamientos ha recibido?
- a) Cirugía..... 7%
  - b) Quimioterapia.....23%
  - c) Quimioterapia y Cirugía 47%
  - d) Otros.....29%
- 4.- De los tratamientos que ha recibido ¿cuál ha sido más molesto para usted?
- a) Quimioterapia.....79%
  - b) Cirugía.....11%
  - c) Radiaciones..... 7%
  - d) Otros..... 3%
- 5.- ¿Qué problemas le ha causado la Quimioterapia?
- a) Caída del pelo.....30%
  - b) Falta de ánimo.....23%  
para realizar actividades
  - c) Náusea y vómito.....34%
  - d) Otros.....13%
- 6.- Cuando le aplican la inyección, ¿cuánto tiempo paso para que empiece a sentir náuseas?
- a) 1/2 a 1 hora.....45%
  - b) 1 a 3 horas.....18%
  - c) 3 a 4 horas.....10%
  - d) Más de 4 horas.....29%

- 7.- ¿Cuánto tiempo pasa desde el momento en que empieza la náusea a la iniciación del vómito?
- a) 1/2 hora.....65%
  - b) 1 a 3 horas.....23%
  - c) 3 a 4 horas..... 6%
  - d) Más de 4 horas..... 6%
- 8.- Una vez que ha comenzado a vomitar ¿cuánto tiempo le dura?
- a) De 10 min a 1 hora.....27%
  - b) De 1 a 5 horas.....22%
  - c) De 6 a 12 horas.....30%
  - d) Más de 1 día.....22%
- 9.- Aproximadamente, ¿cuántas veces vomita en un lapso de 30 minutos?
- a) De 1 a 3 veces.....75%
  - b) De 3 a 6 veces.....15%
  - c) De 6 a 10 veces..... 5%
  - d) Más de 10 veces..... 5%
- 10.- ¿Ha llegado a presentar algún problema (o síntoma), antes (minutos, horas, días) de su inyección?
- a) Sí.....49%
 

|  |  |
|--|--|
| <u>Categorías</u>  |  |
| -Malestar general (náuseas, vomito, nerviosismo, miedo, sueño, etc). |  |
| -Malestar por el olor y color.                                       |  |
  - b) No.....51%
- 11.- ¿Antes de comenzar su tratamiento de quimioterapia, hubo alguien que le comentara de los efectos que podría producirle el tratamiento?
- a) Si.....75%
 

|                   |  |
|-------------------|--|
| <u>Categorías</u> |  |
| -Médicos          |  |
| -Amigos           |  |
| -Pacientes        |  |
| -Familiares       |  |
  - b) No.....25%

**TABLA No. 2**

**ACTIVIDADES SOCIALES:**

- 1.- Antes de saber de su problema, ¿qué actividades realizaba más frecuentemente?
- a) Culturales (cine, T.V. radio, teatro, etc.....35%
  - b) Deportivas..... 8%
  - c) Sociales (visitas a amigos, familiares, etc..35%
  - d) Otros.....23%
- 2.- Antes de saber de su problema, ¿con quién acostumbraba realizar sus actividades recreativas?
- a) Solo(a).....18%
  - b) Familiares.....17%
  - c) Amigos.....22%
  - d) Otros.....26%
- 3.- Una vez enterado de su problema ¿qué actividades continúa realizando?.
- a) Culturales.....35%
  - b) Deportivas.....17%
  - c) Sociales.....22%
  - d) Otras.....26%
- 4.- Con quién acostumbraba realizar estas actividades?
- a) Solo(a).....14%
  - b) Familiares.....64%
  - c) Amigos.....14%
  - d) Otros..... 9%
- 5.- Si dejó de realizar alguna de éstas actividades, ¿por qué fue?
- a) pensó que era rechazado 12%
  - b) Ya no tenía ningún interés..... 0%
  - c) Porque sentía que físicamente ya no le era posible realizarlas..... 41%
  - d) Otros..... 47%

**TABLA No. 3**

**ACTIVIDADES LABORALES:**

- 1.- Antes de saber de su problema, ¿interrumpía sus obligaciones laborales?
  - a) Nunca.....94%
  - b) A veces..... 0%
  - c) Regularmente..... 6%
  - d) Otros..... 0%
  
- 2.- Antes de saber de su problema, ¿se comunicaba e interactuaba con sus compañeros de trabajo?
  - a) Nunca..... 6%
  - b) A veces.....12%
  - c) Regularmente.....59%
  - d) Otros.....24%
  
- 3.- Antes de enterarse de su problema, ¿cómo desempeñaba su trabajo?
  - a) Muy bien.....94%
  - b) Bien..... 0%
  - c) Regular..... 6%
  - d) Otros..... 0%
  
- 4.- Actualmente interrumpe sus obligaciones laborales?
  - a) Nunca.....17%
  - b) A veces.....33%
  - c) Regularmente.....33%
  - d) Otros.....17%
  
- 5.- En el momento actual, se comunica e interactúa con sus compañeros de trabajo?
  - a) Nunca..... 0%
  - b) A veces.....25%
  - c) Regularmente.....69%
  - d) Otros..... 6%
  
- 6.- Actualmente cómo se desempeña en el trabajo?
  - a) Muy bien.....18%
  - b) Bien.....18%
  - c) Regular.....18%
  - d) Otros.....47%

**TABLA No. 4**

**RELACIONES FAMILIARES:**

- 1.- Antes de saber de su problema, ¿cómo eran sus relaciones con la(s) persona(s) con quien(es) vive?
  - a) Muy buenas.....20%
  - b) Buenas.....60%
  - c) Regulares.....10%
  - d) Malas..... 0%
  
- 2.- Actualmente ¿cómo son sus relaciones con la(s) persona(s) con quien(es) vive?
  - a) Muy buenas.....50%
  - b) Buenas.....45%
  - c) Regulares..... 5%
  - d) Otros..... 0%
  
- 3.- Se han modificado éstas relaciones especialmente con al quien de las personas con quien conviven?
  - a) Padres.....13%
  - b) Cónyuge.....33%
  - c) Hijos..... 7%
  - d) Otros.....47%
  
- 4.- Antes de su problema, ¿con qué frecuencia realizaba sus actividades recreativas?
  - a) 2 veces por semana.....40%
  - b) 1 vez por semana.....15%
  - c) 2 veces al mes.....15%
  - d) Otros.....30%
  
- 5.- Actualmente, ¿con qué frecuencia realiza sus actividades recreativas?
  - a) 2 veces por semana.....18%
  - b) 1 vez por semana.....18%
  - c) 2 veces al mes.....18%
  - d) Otros.....47%

**TABLA No. 5**

**HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR**

|                            | <b>r Person</b> | <b>Pregunta</b> |
|----------------------------|-----------------|-----------------|
| Relaciones Familiares      | 0.38*           | ( 1 )           |
| Relaciones Interpersonales | 0.46*           | ( 2 )           |
| Concepto de Muerte         | 0.19*           | ( 3 )           |
| Relaciones Familiares      | 0.535*          | ( 4 )           |
| Actividades Recreativas    | 0.47*           | ( 5 )           |
| Actividades Laborales      | 0.34*           | ( 6 )           |
| Autoestima                 | 0.52*           | ( 7 )           |
| Actividades Recreativas    | 0.29*           | ( 8 )           |
| Actividades Recreativas    | 0.39*           | ( 9 )           |
| Autoestima                 | 0.42*           | ( 10)           |
| Relaciones Interpersonales | 0.518*          | ( 11)           |
| Autoestima                 | 0.26*           | ( 12)           |
| Relaciones Familiares      | 0.28*           | ( 13)           |
| Adherencia a Tratamiento   | 0.07*           | ( 14)           |
| Adherencia a Tratamiento   | 0.07*           | ( 15)           |
| Concepto de Muerte         | 0.27*           | ( 16)           |
| Actividades Recreativas    | 0.39*           | ( 17)           |
| Relaciones Interpersonales | 0.29*           | ( 18)           |
| Adherencia a tratamiento   | 0.54*           | ( 19)           |
| Adherencia a Tratamiento   | 0.046*          | ( 20)           |
| Actividades laborales      | 0.27*           | ( 21)           |
| Relaciones Interpersonales | 0.32*           | ( 22)           |
| Autoestima                 | 0.35*           | ( 23)           |

\* p .05

No significativos

DESARROLLO DEL PROBLEMA

**CORRELACION POR AREAS:**

- 1) Relaciones Familiares y Relaciones Interpersonales  
 $r = 0.3562$  .05  
 significativo
- 2) Relaciones Familiares y Actividades Recreativas  
 $r = 0.4929$  .05  
 significativo
- 3) Actividades Recreativas y Autoestima  
 $r = 0.5814$  .05  
 significativo
- 4) Relaciones Familiares y Adherencia a Tratamiento  
 $r = 0.5023$  .05  
 significativo
- 5) Autoestima y Adherencia a tratamiento  
 $r = 0.58108$  .05  
 significativo
- 6) Actividades Recreativas y Actividades Laborales  
 $r = 0.2058$  .05  
 significativo
- 7) Relaciones Familiares y Actividades Laborales  
 $r = 0.158$  .05  
 No es significativo
- 8) Relaciones Familiares y Autoestima  
 $r = 0.4789$  .05  
 significativo
- 9) Relaciones Interpersonales y Actividades Recreativas  
 $r = 0.4721$  .05  
 significativo
- 10) Relaciones Interpersonales y Actividades Laborales  
 $r = 0.2678$  .05  
 No es significativo

**TABLA No. 7**

|  | (r) Pearson | Pregunta |
|--|-------------|----------|
| Concepto de Enfermedad                 | 0.35*       | ( 1 )    |
| Sobrepotección                         | 0.41*       | ( 2 )    |
| Sobrepotección                         | 0.29*       | ( 3 )    |
| Concepto de Enfermedad                 | 0.17*       | ( 4 )    |
| Relaciones Familiares                  | 0.03*       | ( 5 )    |
| Concepto de Paciente-Enfermedad        | 0.56*       | ( 6 )    |
| Concepto Enfermedad                    | 0.23*       | ( 7 )    |
| Concepto Enfermedad                    | 0.09*       | ( 8 )    |
| Concepto Enfermedad                    | 0.18*       | ( 9 )    |
| Sobrepotección al Paciente             | 0.52*       | ( 10 )   |
| Hablar al paciente de su<br>enfermedad | 0.51*       | ( 11 )   |
| Concepto de Enfermedad                 | 0.27*       | ( 12 )   |
| Hablar al paciente de su<br>enfermedad | 0.51*       | ( 13 )   |
| Concepto de Paciente-Enfermedad        | 0.22*       | ( 14 )   |
| Concepto de Paciente-Enfermedad        | 0.56*       | ( 15 )   |
| Relaciones Familiares                  | 0*          | ( 16 )   |
| Concepto de Enfermedad                 | 0.05*       | ( 17 )   |
| Relaciones Familiares                  | 0*          | ( 18 )   |
| Sobrepotección al paciente             | 0.64*       | ( 19 )   |
| Concepto de Enfermedad                 | 0*          | ( 20 )   |

\* p .05

No significativos

TABLA No. 8

CUESTIONARIO DEL FAMILIAR

- 1) Concepto de Paciente-Enfermedad y Sobreprotección  
r = 0.6103            .05  
significativo
  
- 2) Concepto de Paciente-Enfermedad y hacerle saber al paciente de su enfermedad.  
r = .4658            .05  
significativo
  
- 3) Sobreprotección y hacerle saber al paciente de su enfermedad.  
r = .6366            .05  
significativo

**TABLA No. 9**

**CUESTIONARIO PARA EL MEDICO**

|  | SI   | NO  |
|--|------|-----|
| 1. ¿Es la Familia la que toma la decisión de si se le informa o no al paciente - todo lo inherente a su enfermedad   | 46%  | 54% |
| 2. En caso de que la Familia haya decidido que el paciente no sepa de su enfermedad y él (ella) solicite información de su padecimiento ¿se le darán índices de ésta?  | 85%  | 15% |
| 3. ¿Se le dice al paciente qué tipo de enfermedad tiene?   | 85%  | 15% |
| 4. ¿Se le informa al paciente en qué consiste el tratamiento al que va a ser sometido?   | 100% | 0 % |
| 5. ¿Al inicio del tratamiento se le explican al paciente los posibles efectos secundarios?   | 100% | 0 % |
| 6. ¿Se le aclara al paciente las posibles limitaciones de la efectividad del tratamiento, antes de explicárselo?   | 92%  | 8%  |
| 7. En el caso de que el tratamiento produzca una alteración o cambio físico (mutilación o deformación), ¿se le explican al paciente las posibles limitaciones que puede sufrir en el desempeño de sus actividades? | 100% | 0%  |
| 8. ¿El paciente le comunica sus expectativas o ansiedad relacionadas a sus alteraciones físicas, causadas por el tratamiento al que ha sido sometido?  | 92%  | 8%  |
| 9. ¿Se le da alguna instrucción al paciente sobre los ejercicios que si puede realizar?  | 77%  | 23% |
| 10. ¿El paciente conoce su rango probable de vida?   | 31%  | 69% |



**APENDICE A**

**CUESTIONARIOS DEL ESTUDIO PILOTO**





- 8.- ¿Si se alejó de sus amistades, fue por qué?
- a (pensó que le tenían lastima)    b (porque le hacían preguntas, al respecto de su enfermedad).  
c (porque no podía realizar todas las actividades que ellos realizaban)    d (otros\_\_\_\_\_)
- 9.- ¿Actualmente, qué otro tipo de actividades realiza?
- a (ver televisión)    b (leer)  
c (sólo estar en casa)    d (otros\_\_\_\_\_)
10. ¿Las actividades que realiza actualmente cada cuándo las efectúa?
- a (diario)    b (2 veces a la semana)  
c (1 vez a la semana)    d (otros\_\_\_\_\_)

#### IV. RELACIONES FAMILIARES:

- 1.- ¿Antes de saber de su problema, como se llevaba con su cónyuge?
- a (muy bien)    b (bien)  
c (regular)    d (mal)
- 2.- ¿Antes de saber de su problema, cuándo salía con su cónyuge a dónde iba?
- a (cine)    b (teatro)  
c (visitar amigos)    d (otros\_\_\_\_\_)
- 3.- ¿Cuándo usted no tenía conocimiento de este problema de salud, cada cuándo salía con su cónyuge?
- a (cada 8 días)    b (2 veces a la semana)  
c (cada 15 días)    d (otros\_\_\_\_\_)
- 4.- ¿Antes de saber de su problema cómo se llevaba con sus hijos?
- a (muy bien)    b (bien)  
c (regular)    d (mal)







APENDICE B

**CUESTIONARIOS MODIFICADOS**



- 5.- ¿Qué problemas le ha causado la Quimioterapia?
- a) Caída del pelo                      b) Cirugía  
c) Radiaciones                         d) Otros
- 6.- ¿Cuándo le aplican la inyección, cuánto tiempo pasa para que empiece a sentir náuseas?
- a) 1/2 a 1 hora                         b) 1 a 3 horas  
c) 3 a 4 horas                         d) Más de 4 horas.
- 7.- ¿Cuánto tiempo pasa desde el momento en que empieza la náusea a la iniciación del vómito?
- a) 1/2 hora                                b) 1 hora a 3  
c) 3 a 4 hora                              d) Más de 4 horas
- 8.- Una vez que ha comenzado a vomitar, ¿cuánto tiempo le - dura?.
- a) De 10 min a 1 hora                  b) De 1 hora a 5  
c) De 6 a 12 horas                      d) Más de 1 día
- 9.- Aproximadamente, cuántas veces vomita en un lapso de 30 minutos?
- a) De 1 a 3 veces                        b) De 3 a 6 veces  
c) De 6 a 10 veces                      d) Más de 10 veces
- 10.- ¿Ha llegado a presentar algún problema (o síntoma), antes (minutos, horas, días) de su inyección?.
- a) Sí                                        b) No
11. Antes de comenzar su tratamiento de Quimioterapia, hubo alguien que le comentara de los efectos que podría producirle el tratamiento?
- a) Si                                        b) No

### III ACTIVIDADES SOCIALES:

- 1.- Antes de saber de su problema, ¿Qué actividades realizaba más frecuentemente?
 

|  |               |
|--|---------------|
| a) Culturales (cine, TV, radio, teatro, etc.)  | b) Deportivas |
| c) Sociales (Visitas amigos, familiares, etc.) | d) Otros      |
  
- 2.- Antes de saber de su problema, ¿Con quién acostumbraba realizar sus actividades recreativas?
 

|            |               |
|------------|---------------|
| a) Solo(a) | b) Familiares |
| c) Amigos  | d) Otros      |
  
- 3.- Una vez enterado de su problema ¿Qué actividades continúa realizando?
 

|               |               |
|---------------|---------------|
| a) Culturales | b) Deportivas |
| c) Sociales   | d) Otras.     |
  
- 4.- ¿Con quién acostumbraba realizar estas actividades?
 

|            |               |
|------------|---------------|
| a) Solo(a) | b) Familiares |
| c) Amigos  | d) Otros.     |
  
- 5.- Si dejó de realizar alguna de éstas actividades, ¿Por qué fue?
 

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| a) Pensó que era rechazado   | b) Ya no tenía ningún interés |
| c) Porque sentía que físicamente ya no le era posible realizarlas. | d) Otros                      |

#### IV. RELACIONES FAMILIARES:

- 1.- Antes de saber de su problema, ¿Cómo eran sus relaciones con la(s) persona(s) con quien(es) vive?
 

|               |           |
|---------------|-----------|
| a) Muy buenas | b) Buenas |
| c) Regulares  | d) Malas  |
  
- 2.- Actualmente ¿Cómo son sus relaciones con la(s) persona(s) con quien(es) vive?
 

|               |           |
|---------------|-----------|
| a) Muy buenas | b) Buenas |
| c) Regulares  | d) Malas  |



6.- ¿Actualmente como se desempeña en el trabajo?

a) Muy bien

b) Bien

c) Regular

d) Otros

**MEDICO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

TIPO DE C.A. \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_

PRONOSTICO DE VIDA \_\_\_\_\_

MEDICO \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** La información que usted proporcione es estrictamente confidencial, con fines de investigación y terapéuticos a nivel psicológico. Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque SI cuando esté de acuerdo, y NO cuando esté en desacuerdo.

1. ¿Es la familia la que toma la decisión de si se le informa o no al paciente - todo lo inherente a su enfermedad? Si ( ) No ( )
2. En el caso de que la familia haya decidido que el paciente no sepa de su enfermedad y él(ella) solicite información de su padecimiento ¿se le darán índices de ésta? Si ( ) No ( )
3. ¿Se le dice al paciente qué tipo de enfermedad es la que tiene? Si ( ) No ( )
4. ¿Se le informa al paciente en qué consiste el tratamiento al que va a ser sometido? Si ( ) No ( )
5. ¿Al inicio del tratamiento se le explican al paciente los posibles efectos secundarios? Si ( ) No ( )
6. ¿Se le aclara al paciente las posibles limitaciones de la efectividad del tratamiento, antes de aplicárselo? Si ( ) No ( )
7. En el caso de que el tratamiento produzca una alteración o cambio físico (mutilación o deformación), ¿se le explican al paciente las posibles limitaciones que puede sufrir en el desempeño de sus actividades? Si ( ) No ( )

8. ¿El paciente le comunica sus expectativas o ansiedad relacionadas a sus alteraciones físicas, causadas por el tratamiento al que ha sido sometido? Si ( ) No ( )
9. ¿Se le da alguna instrucción al paciente sobre los ejercicios que si puede realizar? Si ( ) No ( )
- 10 ¿El paciente conoce su rango probable de vida? Si ( ) No ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PSICOLOGO \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_  
TIEMPO \_\_\_\_\_

**HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO  
(PACIENTE)**

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y anote una F (FALSO) cuando no esté de acuerdo y anote una V (VERDADERO) cuando esté de acuerdo con lo que dice.

Si tiene alguna duda, pregúntele al Psicólogo(a) y él(ella) lo orientará. No vaya a con-  
testar si no está seguro de que está muy clara la afirmación y/o instrucción.

- 1.- A partir de que detectaron mi enfermedad, mi familia se ha unido para darme todo su apoyo. ( )
- 2.- Mi enfermedad ha destruido mi vida a nivel social y familiar. ( )
- 3.- Sé que ninguna persona tiene la vida comprada. ( )
- 4.- Desde que supe de mi enfermedad, la relación con mi esposa(o) se ha hecho más difícil. ( )
- 5.- A pesar de que he tenido problemas debido a mi enfermedad, siempre que puedo asisto a espectáculos como: cine, teatro, eventos deportivos, etc. ( )
- 6.- Desde que supe de mi enfermedad, mi eficiencia en el trabajo ha disminuido. ( )
- 7.- Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona triste. ( )
- 8.- A raíz de mi enfermedad he dejado de hacer todos los ejercicios y/o deportes que acostumbraba. ( )
- 9.- A pesar de mi enfermedad continúo realizando algunos ejercicios. ( )
- 10.- Desde que supe de mi enfermedad ya no tengo deseos de hacer nada. ( )

11. Desde que estoy enfermo la gente me trata como un ser raro. ( )
12. No importa a qué problemas nos enfrentemos, siempre vale la pena seguir adelante. ( )
13. Desde que supe de mi enfermedad, empecé a tener problemas con mis hijos, padres y/o hermanos. ( )
14. El saber de mi enfermedad me hizo pensar en atenderme inmediatamente, para poder controlarme y sentirme mejor. ( )
15. A pesar de que los tratamientos a los que he sido sometido son molestos, estoy consciente de lo mucho que me ayudan. ( )
16. Ahora le temo más a la muerte que antes. ( )
17. A causa de mi enfermedad he dejado de asistir a eventos culturales y/o recreativos, - como: cine, teatro, partidos deportivos, etc. ( )
18. Las relaciones con mi familia y amigos no - han cambiado desde que supe de mi enfermedad. ( )
19. Cuando supe de mi enfermedad, sentí que ya no valía la pena luchar ni seguir ningún tratamiento. ( )
20. Ninguno de los tratamientos a los que he sido sometido me han ayudado a sentirme mejor. ( )
21. En la actualidad me sigo esforzando por realizar mi trabajo como antes. ( )
22. Mi enfermedad no me hace distinto a las demás personas. ( )
23. Después de saber de mi enfermedad sigo teniendo deseos de llevar una vida activa. ( )

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

PSICOLOGO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

TIEMPO \_\_\_\_\_

**HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO  
(FAMILIAR)**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y anote una F (FALSO) cuando no esté de acuerdo y anote una V (VERDADERO) cuando esté de acuerdo con lo que dice.

Si tiene alguna duda, pregúntele al Psicólogo(a) y él(ella) lo orientará. No vaya a con-  
testar si no está seguro de que está muy clara la afirmación y/o instrucción.

- 1.- El paciente no necesita ayuda de nadie para seguir adecuadamente el tratamiento. (    )
- 2.- Debe procurar no trabajar o trabajar poco (    )
- 3.- Debe dársele un cuidado muy esmerado tanto en su alimentación como en su ropa. (    )
- 4.- El paciente no debe hacer ningún tipo de ejercicio. (    )
- 5.- El saber que dentro de la familia hay un paciente canceroso cambió la convivencia familiar. (    )
- 6.- Si el paciente conoce su diagnóstico puede seguir mejor los tratamientos. (    )
- 7.- Un paciente con cáncer sigue siendo igual que cualquier otra persona y por eso no se le deben dar concesiones especiales. (    )
- 8.- Nadie puede determinar la duración de la vida. (    )
- 9.- La rutina de cada uno de los miembros de la familia sólo debe cambiar cuando el paciente llega a ponerse grave o tan delicado que necesite cuidados especiales. (    )
10. Un paciente que ha sufrido una mutilación o deformación debe procurar continuar con sus actividades de rutina para evitar que se sienta inútil. (    )

11. No se le debe decir al paciente la enferme ( )  
dad que tiene.
12. Generalmente un paciente canceroso pueda ( )  
morir dentro de un periodo corto de tiempo.
13. Cuando el paciente sabe el tipo de enferme ( )  
dad que tiene debe evitarse hablar sobre --  
cualquier cosa que tenga relación con ellas.
14. Los pacientes cancerosos pueden realizar ac ( )  
tividades físicas que le sean permitidas por  
el médico.
15. El paciente debe conocer el diagnóstico de ( )  
su enfermedad.
16. El paciente debe ser apoyado para seguir su ( )  
tratamiento lo mejor posible y así contro--  
lar su enfermedad.
17. Las actividades cotidianas del paciente no ( )  
tienen por qué cambiar la rutina de cada uno  
de los miembros de la familia.
18. La familia debe procurar apoyar al paciente ( )  
para hacerlo sentir el mismo de siempre.
19. El paciente que ha sufrido una deformación ( )  
o mutilación ya no puede llevar una vida  
normal.
20. Cuando el paciente está en su casa y se en- ( )  
cuentra dedicado, los miembros de la familia  
deben turnarse el cuidado de él.

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

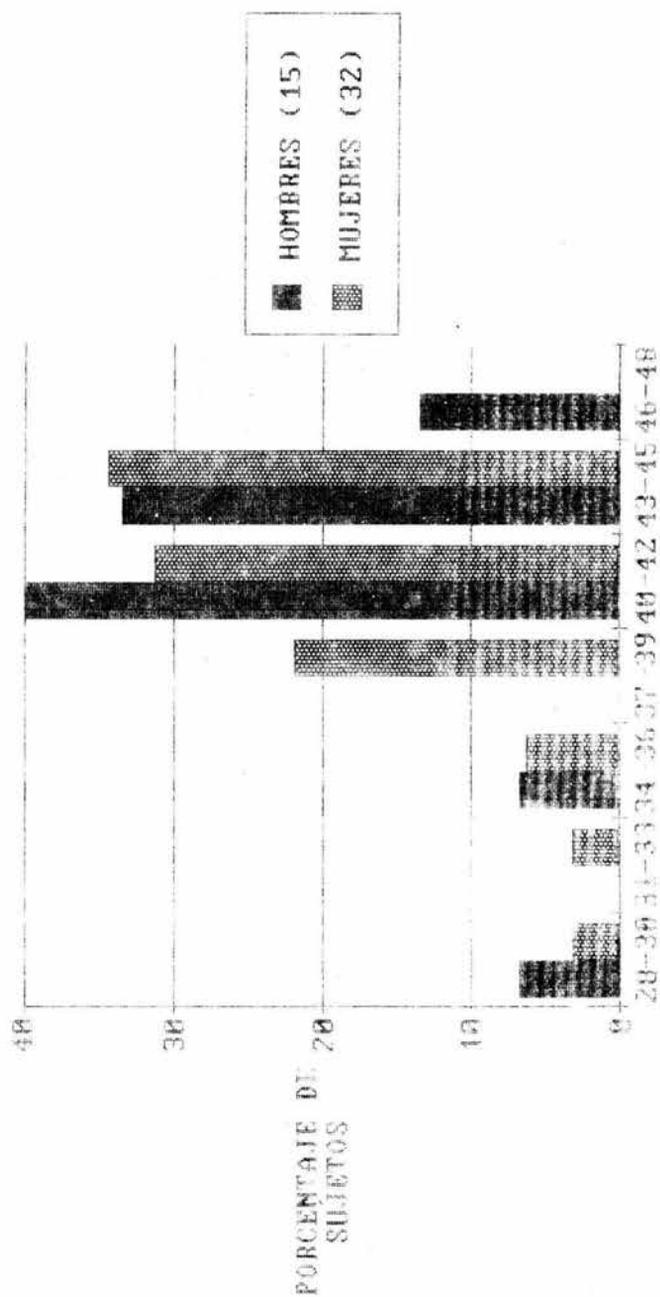
\_\_\_\_\_

PSICOLOGO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

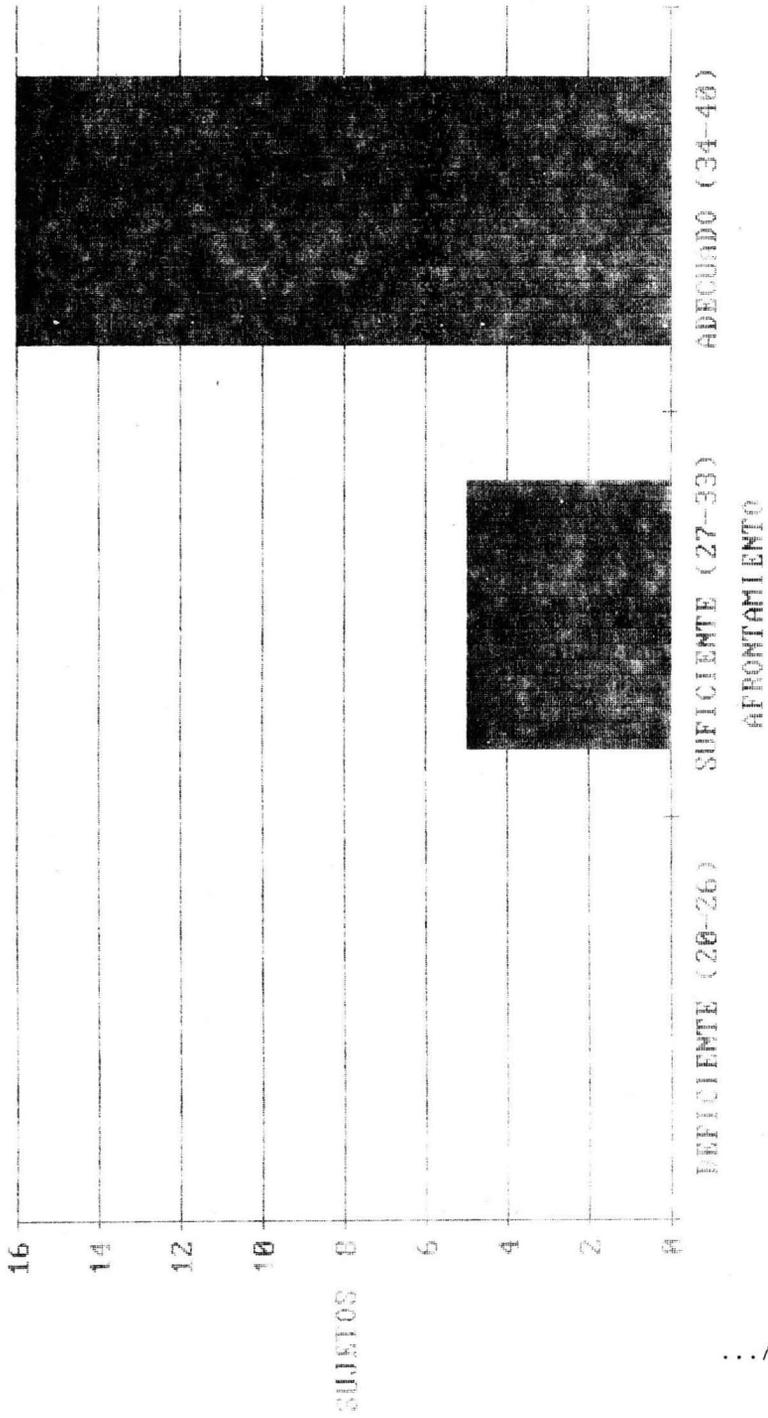
TIEMPO \_\_\_\_\_

FIG. 1 DISTRIBUCION DE PUNTAJES DE AFRONTAMIENTO EN  
PACIENTES CRONICOS.



PUNTAJE DE AFRONTAMIENTO

FIG. 2 TIPO DE AFRONTAMIENTO DEL FAMILIAR O COLATERAL.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Balitsky, K. P., y Viannistsky, V.B. (1981) The central nervous system and cancer. En P.K. Bliot. Stress and cancer. Toronto, pags. 1 a 42.
- 2.- Banfi, A. Principios de radioterapia. Manual de Oncología Médica, 1982, 16, pags. 215 a 235.
- 3.- Barosfsky, I. Issues and aproaches to the psychosocial assessment of the cancer patient. Medical psychology. Contributions to behavioral medicine, 1981, 5, pags. 55 a 64.
- 4.- Bonadonna, G. Principios de quimioterapia antitumoral. Manual de oncología médica, 1983, 18, pags. 250 a 263.
- 5.- Bonadonna, G. La oncología médica y el paciente neoplásico. Proliferación celular. Manual de oncología médica, 1983, 1 pags. 11 a 17.
- 6.- Burish, G.T. and Naramore L. J. Coping with the adverse effects of cancer treatments. Coping with chronic disease, 1983, 7 pags. 159 a 185.
- 7.- Burish, T. C. and Bradley, L. Coping chronic disease: definitions and issues. Coping with chronic disease, 1983 1 pags. 3 a 12.
- 8.- Bayes, R. Psicología oncológica. España, Ed. Roca, 1985.
- 9.- Clevlend, S. Pain and cancer patients. Cancer. December, (1 supplement), 1984, pags. 1924 a 1936.
10. Cullen, J. Behavioral, psychological and social. Influence on risk factors, prevention and early detection. 1983.
11. Ellis, A. y Abrahms, E. 1983. Terapia racional emotiva. pags. 279.
12. Feldman, J. Community researces for patients with cancer. Cancer, 1982, pags. 2088 a 2090.
13. Guilford, J.P. y Fruchter, B. Estadística aplicada a la psicología y la educación. México. Mc Graw Hill. 1984. pags. 495.
14. Hersh, S. Psychosocial aspects al patients with cancer. Cancer, 1982, pags. 2052 a 2066.

- 15.- Holland, J. and Chairman, M. D. Overwer of conference. Cancer (1 suplemente november), 1982, pags. 1919 a 1920.
16. Jensen, M. M. Emotional stress and susceptibility to infectious diseases. Stress and cancer, 1981, 3, pags. 59 a 70.
17. Jackson, W. M. Diccionario hispánico universal. Inc. Editores México, 1985, pags. 1463.
18. Keast, K. Inmune surveillance and cancer. Stress and cancer, 1981, 4, pags. 71 a 97.
19. Kerlinger, M.N. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. México, Ed. Interamericana, 1975, pags. 523.
20. Levin, J. Fundamentos de estadística en la investigación social, México, Ed. Harlia, 1977. pags. 305.
21. Levin, S., Chaurman, Phd., Morrow, G., and Happorteur Phd. Biobehavioral interventions in behavioral medicine. Cancer, november (1 supplement), 1982 pags. 1936 a 1938.
22. Linton, M. Manual simplificado de estilo. México. Ed. Trillas, 1983.
23. Liceága, G.N. Un modelo biopsicosocial como alternativa de análisis. México. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, 1984.
24. Liceága, G.N. Medicina conductual y cáncer. México. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, 1985.
25. Lucas, R. & Brown, Ch. Assessments of cancer patients, Assesments strategies in behavioral medicine, 1982, pags. 38 a 50.
26. Mckay, M., Martha, D. y Fanning, P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona. Ed. Martínez Roca, 1985.
27. Molinari, R. y Bonadonna, G. Factores, pronósticos generales. Manual de oncología médica, 1983, 4, pags. 36 a 43.
28. Molinari, R. Principios de cirugía. Manual de oncología médica, 1983, 15, pags. 203 a 213.
29. Pinkerton, S. S. Hughes, H., and Werich, W. W. Behavioral medicine. Clinica applications. John Wiley & Sons Inc. 1982, pags. 230.

30. Pattison, E. M. Help in the dying process. In S. Arietti (Ed) American handbook of psychiatry (Vol. 1). New York: Basic Book, 1974.
31. Reed, W. H. & Andresen, G. Analysis and treatment of behavioral side effects of cancer and its treatment, XI In International Symposium on Behavioral Modification; Lima, Perú, Mayo, 21 de 1981.
32. Seligman, M.E.P. La indefensión. Ed. Debate, 1982.
33. Silberfarb, P. Chaerman, M. D. Bloom. J. & Repporteur Phd. Research in adaptation to illness and psychosocial intervention. Cancer, november (1 supplement). 1982. pag.
34. Silberfarb, P., Research in adaptation illnes and psychosocial intervention. Cancer, november (1 supplement), 1982. pags. 1921 a 1925.
35. Schain, W. Howards, S. Sexual problems of patients with cancer. Cancer, 1982, pags. 2066 a 2082.
36. Spenetta, J., Chaerman, M.D. and Lansky Sh. and Repportear Phd. Behavioral and psychological research in childhood cancer. Cancer, November, (1 supplement), 1982 pags. 1944 a 1945.
37. Spenetta, J. Behavioral and psychological research un chilhood cancer. Cancer, november, (1 supplement) 1982, pags. 1932 a 1943.
38. Stoller, R.P. and marmoston, J. Are we prepared to prevent cancer. Stress and cancer, 1981, pags. 186 a 201.
39. Strada, B.M. R. y Robustelli, D. C. Inmunidad y tumores. Manual de oncología médica, 1982, 3, pags. 26 a 35.
40. Sklar, L. S. and Anisman, H. Contributions of stress and coping to cancer development and growth. Stress and cancer, 1981, 5 pags. 98 a 135.
41. The de G. sobre la pista del cáncer. México, Ed. Castell, CONACyT, 1987, pags. 274.
42. Wayne, W. D. Bioestadística base para el análisis de las ciencias sociales, México. Ed. Limusa, 1977, pag. 485.
43. Wellisch, D.K. Intervention with the cancer patient. Medical psychology. Contributions to behavioral medicine, 1981, 13, pags. 223 a 239.

44. Wunderlich, J. C.N.S. Modularion of inmunological response: Implications for cancer treatment from an immunologic perspective. Biological mediator of behavior and disease: Neoplasia. 1982. pags. 230 a 240.

6