



# Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
I Z T A C A L A

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD PREDOMINANTES  
EN PACIENTES CON CANCER.

UN ANALISIS DE LA LITERATURA



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

T E S I N A

DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Presentada por

MARIA TERESA BECERRA MARISCAL

MEXICO

1991



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## I N D I C E

IZT.

I	INTRODUCCION	1.
	Incidencia del cáncer a nivel mundial y en nuestro país	
II	ASPECTOS GENERALES DEL CANCER	9.
	A. Etiología	9.
	1. Factores Genéticos	10.
	2. Factores Hormonales	11.
	3. Factores Ambientales	12.
	a) Areas Geográficas	12.
	b) Ocupación Laboral	13.
	c) Hábitos Alimenticios	14.
	d) Hábitos de Adicción	15.
	e) Actividad Sexual	16.
	f) Edad y Raza	16.
	4. Factores Psicológicos	17.
	B. Aspectos Clínicos	19.
	C. Pronósticos y Gravedad	20.
	D. Tratamiento	21.
	1. Cirugía	22.
	2. Radioterapia	23.
	3. Quimioterapia	24.
	E. Repercusiones orgánicas de los tratamientos	25.
III	PERSONALIDAD	27
	A. Concepto General	27

B. Diferentes Teorías Acerca de la Personalidad	29.
1. Teoría Psicodinámica	30.
2. Teoría de rasgos	31.
3. Teoría de Aproximaciones Fenomenológicas	32.
4. Teoría Conductista	33.

C. Evaluación de la Personalidad	35.
1. Pruebas de Rorschach	36.
2. Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota	37.
3. Escala de Hamilton	38.
4. Inventario de Breck	39.
5. Escala de Autoevaluación de Zung	40.
6. Inventario de ansiedad de IDARE	41.

2 → D. Mecanismos de Defensa de la Personalidad	44.
1. Represión	44.
2. Negación	45.
3. Racionalización	45.
4. Proyección	46.
5. Supresión	47.
6. Sublimación	47.
7. Formación-Reacción	47.
8. Desplazamiento	48.

3 → IV PERSONALIDAD Y CANCER	50.
A. Reacciones Psicológicas que se presentan con el diagnóstico de cáncer	51.

1.	El Impacto agudo emocional	52.
2.	Ansiedad	54.
3.	Depresión	56.
4.	Regresión	56.
5.	Negación	57.
6.	Delirio, Alucinaciones y Confusión	58.
7.	Insomnio	59.
8.	Suicidio	60.
V	PROTOCOLO DE APOYO PSICOLOGICO PARA LOS PACIENTES CON CANCER	68.
A.	Cambios Emocionales	68.
B.	Ajuste Psicológico	69.
C.	Cambios en el Tratamiento	71.
D.	Información al Paciente	72.
E.	La Familia y el Paciente	72.
F.	Formas de Intervención Psicológica	74.
	Justificación	
	Objetivos	
	Recursos Técnicos	
	Población	
	Desarrollo	
	Cierre	
VI	CONCLUSIONES	80.
	BIBLIOGRAFIA	84.

## I INTRODUCCION

El cáncer en el presente siglo, está considerado como una enfermedad crónico-degenerativa que afecta a todo el ecosistema del sujeto que lo padece, debido a que no sólo ataca y destuye el organismo, sino que tiene grandes repercusiones psicológicas, sociales y familiares.

Para la mayor parte de los pacientes, el diagnóstico de cáncer es sinónimo de muerte, incapacidad, dolor, soledad y no aceptan la posibilidad de curación. Es por esta razón que se requiere de un tratamiento multidisciplinario en el cual el apoyo psicológico que se brinde sea de vital importancia, ya que se ha visto que los efectos psicológicos de esta enfermedad pueden alterar su curso y evolución (Schávelson, 1966).

Desde hace siglos, se considera que existen características personales que contribuyen en cierta medida a la aparición, desarrollo y forma de evolución de esta enfermedad (Schávelson 1966, 1976, Le Shan, 1966, cit. en Schávelson, 1988). hace más de dos mil años Galeno postuló que las mujeres "melancólicas" eran más susceptibles a desarrollar un cáncer, que las que se mostraban activas y seguras de si mismas, y otros muchos autores, especialmente durante los siglos XVIII, XIX, y principios del XX, dieron énfasis a la estrecha relación existente entre los estados emotivos y el cáncer

(Bayés, 1985). Jean Paget (1870), sugiere que "son tan frecuentes los casos en que una profunda ansiedad, pérdida de la esperanza y la desilusión son rápidamente seguidas por el crecimiento o incremento del cáncer, que es difícil poner en duda que la depresión mental constituye una contribución importante a las demás influencias que favorecen el desarrollo de la constitución cancerosa" (op.cit.).

En la actualidad podemos aceptar que el pronóstico depende, entre otros elementos orgánicos, de la actitud del paciente ante la enfermedad.

Hasta hace 30 ó 40 años, la mayor parte de los pacientes con cáncer fallecía después de un tiempo corto de sobrevida. Actualmente gracias al avance de los tratamientos quirúrgicos y con el advenimiento de la radioterapia y quimioterapia, se logra un mayor número de curaciones y sobrevida más larga. Estos tratamientos curativos o paliativos, suelen ser agresivos y ocasionar importantes trastornos somáticos, psicológicos y sociales a los pacientes. En especial los tratamientos mutilantes, que suelen resultar una amenaza para la integridad física y emocional del paciente. Y son estos trastornos somáticos y psicológicos los que pueden influir en forma importante en la mejoría o agravamiento de esta enfermedad

La prevalencia de los trastornos emocionales en los pacientes con cáncer ha sido estudiada en numerosas ocasiones: Derogatis (1983, cit. en Schávelson, 1988), realizó una investigación en tres hospitales importantes de EE. UU. que tienen servicios especializados en psicología y cáncer, el Memorial de N.Y., el Johns Hopkins de Baltimore y el Rochester de N.Y., encontrando que la prevalencia de trastornos psicológicos en los pacientes con cáncer era de un 69% en el primero, un 24% en el segundo y un 46% en el tercero, el promedio general fue del 47% de todos los pacientes atendidos, y que éstos presentaban trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, angustia e intento de suicidio.

Craig y Abeloff (1978, cit. en Schávelson, 1988), informan que un 53% de los enfermos presentan desde moderados hasta muy serios signos de depresión. De sus encuestas obtienen que el 30% de los pacientes presenta ansiedad y más del 50% niveles serios de depresión.

Por su parte Peck (1977, cit. en Schávelson, 1988), en un servicio de radioterapia en EE. UU. observó serios trastornos psicológicos en el 52% de los pacientes, de los cuales un 80% presentan ansiedad y un 60% depresión que dificultaban el tratamiento.

Dado que más del 50% de los enfermos con cáncer, presentan trastornos psicológicos importantes, se puede afirmar que todo paciente debe ser evaluado psicológicamente desde la consulta inicial, debido a que ésto permitirá y ayudará a la selección de los pacientes que requieren cierto grado de apoyo psicológico, ya que esperar a la demanda espontánea o a la aparición de cuadros psicológicos anormales, hace las cosas mucho más difíciles.

Es por esta razón que el presente trabajo, analizará algunos aspectos involucrados en el problema, que van desde los tópicos generales como la incidencia, etiología, cuadro clínico, pronóstico, alternativas de tratamiento y sus repercusiones orgánicas, conceptos generales de personalidad y formas de evaluación, hasta los aspectos específicos, que influyen en el curso y evolución de la enfermedad, dentro de los cuales están integrados los factores psicológicos (depresión y ansiedad), así como también se analizará una alternativa de intervención multidisciplinaria.

Incidencia del cáncer a nivel mundial y en nuestro país.

Las estadísticas indican que el cáncer es la enfermedad, después de los trastornos cardiovasculares, que más muertes causa en el mundo (Pacull, 1984).

Stjensward (1981, cit. en Bayés, 1985), estima que el 15% de todas las muertes que se producen en el mundo, son debido al cáncer, lo cual representa que anualmente mueren de esta enfermedad unos 7 millones de personas. Y cada año aparecen 9 millones de casos nuevos, se calcula que el número de personas que padecen cáncer (suma de casos vivos de nueva aparición y de casos ya diagnosticados con anterioridad), es de unos 37 millones (casi el total de la población española).

La incidencia de cáncer en los países desarrollados, es en un 40% superior a la de los países subdesarrollados.

En EE. UU. dentro de la tasa de mortalidad del año de 1985, el cáncer ocupó el segundo lugar, en el índice de 167.2 por 100 000 habitantes (Silverberg, 1986, cit. en Barroso, Rendón, Medina, Mora, de la Mora, 1986). Y se estima según el Instituto Nacional de Cáncer de Norteamérica, que por lo menos una sexta parte de la población padecera cáncer en los próximos cinco años (Pacull, 1984). En Francia 50 000 casos nuevos son diagnosticados cada año por cáncer (Bayés, 1985). En España la mortalidad por cáncer es cada vez más elevada, multiplicándose por más de cuatro veces en los hombres y más de dos en las mujeres (op. cit.) Inglaterra, ocupa el sexto lugar a nivel mundial de muertes

por cáncer. (Pacull, 1984). En México, no se cuenta con informes estadísticos para fijar el lugar del cáncer respecto a otros problemas nacionales de salud.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática de la SPP, las principales causas de muerte en nuestro país en el año de 1982, fueron:

- 1o. Accidentes, envenenamientos y violencia, con una tasa de 72.3 por 100 000 habitantes.
- 2o. Enfermedades cardiovasculares, con una tasa de 68.5 por 100 000 habitantes.
- 3o. Enfermedades gastrointestinales con una tasa de 43 por 100 000 habitantes.
- 4o. Tumores malignos con una tasa del 40.4 por 100 000 habitantes.

EL IMSS en el año de 1982 entre la población usuaria, el cáncer fue la primera causa de defunción y alcanzó una cifra de 35.8%.

Para saber la magnitud del problema en nuestra población,

se implementó en el D. F. en los años de 1983 - 1984 el Registro Nacional de Cáncer (RNC), con el objeto de tener un mejor control en cuanto a la tasa de incidencia, distribución por sexo, edad, tipo de cáncer y localización.

Se detectaron 16235 nuevos casos de cáncer en 1983 y 16377 casos en 1984, con un total de 32612 casos, la distribución por sexo fue: las mujeres con un 61% (20,088 casos), en los hombres un 32.8% (10,827 casos) y un 5.2% en menores de 15 años (1,696 casos).

En cuanto a su localización se observó que en las mujeres el cáncer de cervix ocupa el primer lugar con un 35%, seguido por el cáncer de mama con un 18%. Para los hombres el primer lugar lo ocupan las leucemias y linfomas con un porcentaje del 14%, seguidos del cáncer de prostata con un 13%, en tercer lugar el cáncer de pulmón y estómago con un 7% respectivamente. En los niños se observó que también leucemias y linfomas ocupan el primer lugar con un porcentaje del 43%, el cáncer de huesos y tejido conjuntivo en segundo lugar con un 13% y el de encéfalo en tercer lugar con un 12%.

Datos significativos se obtendrán cuando el Registro Nacional

de Cáncer cubra las 32 entidades federativas, sin embargo con lo arriba mencionado nos dá una visión general de la magnitud del problema en nuestro país. (Barroso et al, 1986).

Hasta aquí se ha visto que el cáncer, es una enfermedad cuantitativamente importante y temida por nuestra sociedad, que tiende a incrementarse en todo el mundo y para lo cual todavía no existe una terapéutica segura.

Pero no sólo basta con saber lo anterior para poder comprender a los enfermos de cáncer, ya que también es importante conocer que es ésta enfermedad, cual es su etiología, que síntomas presenta, cuál es su pronóstico, tratamiento, repercusiones orgánicas y psicológicas y al mismo tiempo recalcar que el psicólogo requiere de material bibliográfico que lo ayude a comprender sus posibilidades y recursos profesionales en el área de salud.

En los siguientes capítulos, se mencionarán de manera general y específica, todos estos aspectos involucrados en esta enfermedad.

## II ASPECTOS GENERALES DEL CANCER

A. ETIOLOGIA

Podemos definir que el cáncer es una multiplicación de las células en proporción y tiempo, sin satisfacer una necesidad orgánica, cuyo crecimiento es anárquico, invasor a local y a distancia destruyendo tejidos y que puede determinar la muerte del enfermo que lo padece (Alvarez, Barajas, Millán, Montaña, Zalce y Zuckermann, 1983).

La gran cantidad de relaciones mutuas y de variables involucradas en el estudio del cáncer, dificulta la búsqueda de nexos de causalidad. La mayor parte de los estudios no establece relaciones causales, la principal tendencia es señalar relaciones indirectas (Griffiths, 1988).

Aún se desconoce la verdadera causa del cáncer, pero es posible que algunos cánceres o quizá todos obedezcan a una etiología múltiple. Dentro de los diferentes factores que influyen en el desarrollo del cáncer están:

## 1. Factores Genéticos

Hay evidencia de que los individuos con ciertas características genéticas como son las alteraciones cromosómicas, debidas a la pérdida o exceso de material genético esencial, pueden influir en el desarrollo de esta enfermedad, ésto se ha observado en los individuos con síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, Xeroedema Pigmentoso, Ataxia Telangiectasia (todos ellos presentan alteraciones cromosómicas), desarrollan leucemia, tumor de Willms, retinoblastoma.

Se han realizado desde los años 70 diversos experimentos en animales, para esclarecer los orígenes genéticos el cáncer, Weinberg (1970), Bruce (1974), Renato Dulbeco (1975), descubrieron que las alteraciones producidas por radiaciones, substancias químicas y virus en el DNA, originan patrones carcinogénéticos u oncogenes (gen que produce tumor), basados en el concepto de mutagénesis (Weinberg, 1987). Y estas mutaciones pueden ser heredadas a familiares de ahí la predisposición de varios miembros de una familia a desarrollar un tipo de cáncer. Los carcinomas que muestran mayor tendencia familiar son: los de la glándula mamaria, endometrio, colon, estómago, prostata,

bronquios y leucemia.

## 2. Factores Hormonales

Se ha visto que también las alteraciones hormonales como la producción en exceso de hormonas endógenas o la administración de grandes dosis exógenas, contribuyen al desarrollo del cáncer. Se sabe a través de trabajos publicados que ciertos tipos de cáncer, como los tumores mamarios, uterinos y prostáticos son hormono-dependientes. La relación entre el uso excesivo de hormonas exógenas y el efecto carcinógeno se puede ejemplificar: la incidencia de cáncer hepático aumenta especialmente con el uso prolongado de estrógenos para controlar la natalidad, y la evidencia es cada vez mayor de que el dietilestilbestrol es un factor causal de cáncer vaginal en mujeres jóvenes y de efectos teratogénicos en hombres jóvenes (Griffiths, 1988).

Aunque no se conoce el mecanismo exacto de la carcinogénesis inducida por hormonas, existen varias teorías al respecto. Las hormonas no parecen actuar ni ejercer efecto sobre los ácidos nucleicos, más bien aumentan de manera muy eficiente la

reproducción y desarrollo de unas pocas células potencialmente neoplásicas, porque interrumpen los mecanismos homostáticos de la célula (Robins, 1985).

### 3. Factores Ambientales.

Tanto en el mundo desarrollado como en el subdesarrollado existen hábitos y estimulaciones carcinógenas distintas, que facilitan la formación o desarrollo de cáncer.

#### a) Áreas geográficas.

La prueba de que el cáncer es debido a factores ambientales y no hereditarios, lo proporcionan los estudios epidemiológicos, mostrando que la incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía con las áreas geográficas y épocas, manteniendo cierta estabilidad para una área y tiempo determinado. Observando que los inmigrantes de una región geográfica concreta, adquieren los tipos de cáncer propios de las nuevas regiones en las que se instalan, al cambiar sus estilos de vida encontrándose

sometidos a las condiciones ambientales de dichas regiones, como por ejemplo tenemos que el cáncer de hígado es más frecuente entre los hombres de Mozambique, el cáncer de vejiga en Egipto, el de estómago en Japón, el de pulmón en Estados Unidos y el cérvico uterino en México (Bayés, 1985).

Estudios de investigación (Peto, 1981, cit. en Bayés, 1985), han demostrado que entre los japoneses que imigran a California, sus descendientes disminuyen en más de tres veces la probabilidad de contraer cáncer de estómago y aumentan la probabilidad de contraer el de pulmón, debido a los cambios alimenticios y de tabaquismo.

b) Ocupación Laboral.

El riesgo de contraer cáncer, que tiene su origen en el trabajo profesional, oscila entre un 8 y 10% (Bayés, 1985) manifestado por la predisposición que tienen ciertos trabajadores a desarrollar cáncer, quienes

están en contacto con sustancias químicas o radiaciones como los deshollinadores de chimeneas, los cuales presentan cáncer de escroto, la relación que existe entre la exposición al asbesto y cáncer de pulmón, el contacto con colorantes de anilina y el cáncer de vejiga, las radiaciones con rayos X, uraneo, radio y plutonio se relacionan con leucemia y cáncer de tiroides. También se ha demostrado que la exposición a la luz solar aumenta el riesgo de padecer cáncer en la piel (Griffiths, 1987).

c) Hábitos Alimenticios

Se ha establecido que la dieta es un factor etiológico del cáncer, se le atribuyen del 40 al 60% de los casos de origen ambiental (Curtis, 1988). Diversos tipos de cáncer se han relacionado con la presencia de carcinógenos en la dieta, por ejemplo: sacarina ciclamato asados al carbón, la ingestión elevada de grasas, participando como predisponentes al desarrollo de cáncer, especialmente a carcinomas mamarios, de endometrio y de colon

(Robbins, 1985). No hay duda de que el riesgo de contraer cáncer aumenta si aparte de la dieta inadecuada, los alimentos que ingerimos se encuentran contaminados con insecticidas, hormonas, aditivos y conservadores peligrosos (Picot, 1982; cit. en Bayés, 1985).

d) Hábitos de Adicción.

Como ejemplo de un hábito de adicción, cuya influencia carcinógena se encuentra bien establecido, se debe señalar la costumbre occidental de fumar tabaco. El hábito de fumar esta muy relacionado con la aparición de cáncer pulmonar. En Estados Unidos el cáncer pulmonar ocupa el primer lugar de incidencia (Curtis, 1988).

La ingestión de alcohol también se puede catalogar como un hábito que contribuye al desarrollo del cáncer, especialmente el de esófago, laringe y páncreas. En Francia estos tipos de cáncer son más frecuentes, debido a la costumbre de ingerir alcohol en grandes cantidades dentro de su dieta (Bayés, 1985).

## e) Actividad Sexual.

A los comportamientos en materia de sexualidad y reproducción esta asociado el 7% de los cánceres humanos. Aún cuando se desconocen los mecanismos productores, es interesante señalar que el cáncer de cuello uterino es muy frecuente entre las prostitutas y practicamente desconocido entre las monjas, esto sugiere que este tipo de cáncer se encuentra estrechamente unido a la actividad sexual. (Muir, 1981, cit. en Bayés, 1985).

El mayor riesgo de contraer cáncer de mama en las mujeres que no han tenido hijos, puede interpretarse en el sentido de que el embarazo confiere cierto grado de protección contra este tipo de cáncer (Muir 1981, op. cit.)

## f) Edad y Raza

La edad y raza también son factors que contribuyen al desarrollo del cáncer, ya que se ha observado que los negros son más propensos a desarrollar tumores que los blancos, y el riesgo se incrementa con la edad, pues

a mayor edad, mayor probabilidad de adquirir cáncer. (Satariano Swanson, 1988).

#### 4. Factores Psicológicos.

Otro factor que ha sido poco estudiado y al que no se le ha dado la importancia que merece con relación al desarrollo del cáncer, es el factor psicológico.

Investigaciones experimentales muestran que el estrés influye de manera decisiva en la aparición de tumores. Esto se observó con una cepa especial de ratones, que de forma característica desarrollaban tumores mamarios entre los 8 y 18 meses después del nacimiento; y al colocarlos en situaciones de estrés crónico como choques eléctricos, el tiempo de aparición disminuía, desarrollando tumores mamarios entre los tres y cuatro meses posteriores al nacimiento. (Riley, 1975. cit. en Bayés, 1985).

Desde hace siglos, se considera que existen características de la personalidad que contribuyen en cierta medida la aparición, desarrollo y forma de evolución de las enfermedades (Schávelson, 1966. cit. en Schávelson, 1988). Hace más de dos mil años Galeno postuló que en las mujeres

"melancólicas" era muy probable que desarrollaran un cáncer que las que se mostraban activas y seguras de si mismas, y otros muchos autores, especialmente durante los siglos XVIII, XIX y principios del XX, dieron énfasis a la estrecha relación existente entre los estados emotivos y el cáncer (Bayés, 1985). De los estados emotivos que más se han investigado como posibles factores psicológicos que influyen en el desarrollo del cáncer son la depresión y ansiedad, de los cuales hablaremos más ampliamente en el capítulo IV.

Se ha visto que no todas las personas que se encuentran expuestas a similares estimulaciones carcinógenas como: tabaco, alcohol, rayos X, manipulación de sustancias químicas peligrosas, alimentos ricos en grasas, situaciones de ansiedad o depresión durante un tiempo e intensidad similares contraen cáncer y sólo algunas de ellas lo hacen ¿por qué?. Parte de la respuesta podría radicar en que al ser normalmente el cáncer un fenómeno multicausal, probablemente se requiere la intervención de varios factores en una compleja y desconocida combinación de secuencias, intensidades, tiempos de exposición y estados bioquímicos del

organismo para que el resultado sea un cáncer  
diagnosticable clínicamente.

#### B) Aspectos Clínicos

El cáncer como cualquier enfermedad presenta signos y síntomas de acuerdo a su lugar de localización, siendo en ocasiones síntomas muy específicos, como puede ocurrir en los tumores cerebrales, glandulares o de los órganos de los sentidos; sin embargo, la mayoría de los cánceres van a tener manifestaciones generales que haran sospechar la presencia de esta enfermedad. Dichos síntomas son: ataque al estado general con importante pérdida de peso en pacientes cuya alimentación es basta en calidad y cantidad, la fiebre que puede ser por alguna tumoración sobre todo cuando no se puede relacionar con un proceso infeccioso, el dolor es un síntoma subjetivo característico del cáncer debido a la invasión del tejido sensitivo por la tumoración siendo este dolor generalmente de gran intesidad e incontrolable, que llega a trastornar los hábitos diarios del enfermo, otros síntomas que hacen sospechar la presencia de una tumo-

ración son las hemorragias por los orificios naturales como consecuencia de la ruptura de vasos por el tejido tumoral, es indudable que el signo clásico o característico del cáncer es la presencia de una masa de crecimiento rápido que es detectada por el mismo paciente en algunas partes de su cuerpo (Alvarez, 1983). Sin embargo, estos síntomas por sí solos no son diagnósticos de un cáncer, solamente hacen sospechar la presencia de éste, ante esta duda es imperativo la utilización de todos los recursos para su diagnóstico, como son estudios de laboratorio y gabinete que ayudara a la confirmación de esta enfermedad.

C) Pronóstico y Gravedad.

Una vez efectuado el diagnóstico de cáncer se deben tomar parámetros para poder determinar el pronóstico de vida o sobrevida del paciente. Los pronósticos de vida están en relación con: el tipo de tumoración que determina la agresividad y tamaño del mismo, estadio en que se encuentra y la terapia que se le puede ofrecer al paciente.

Entre más tarde se diagnostique un cáncer menor probabilidad se tendrá de ofrecer un tratamiento curativo que ayude a un mejor pronóstico (Alvarez, et al. 1983).

D) Tratamiento.

Los pacientes que se diagnostican con cáncer se enfrentan al problema de la terapéutica a seguir. Cuando el cáncer no haya invadido por extensión directa alguna estructura vital ni se haya diseminado por vía linfática o sanguínea a órganos distantes, la posibilidad de éxito en el tratamiento se incrementa.

Existen tres alternativas de tratamiento a seguir: Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia. Cada método tiene sus ventajas y complicaciones, en cada modalidad terapéutica, la habilidad y experiencia del médico tratante es más importante que la técnica en si. Estos tratamientos pueden ser curativos o paliativos, en oncología se entiende por paliación el detenimiento del crecimiento tumoral, la reducción del tamaño del tumor y el alivio de síntomas. (Alvarez, et al. 1983).

A continuación describiremos brevemente las tres modalidades de terapia a seguir con el cáncer.

### 1. Cirugía

EL tratamiento quirúrgico de los tumores varía según el caso, puede ser de índole curativo, que tiene por objeto la extirpación total del tumor que en ocasiones incluye la amputación de un miembro o extirpación de un órgano y la de carácter paliativo que se utiliza fundamentalmente para aliviar las manifestaciones dolorosas.

Para plantear adecuadamente el tratamiento quirúrgico en un paciente con cáncer se debe valorar:

- a) El tipo de neoplasia maligna.
- b) Su extensión topográfica, ésto es, si se trata de un tumor primario o si ya existen metástasis.
- c) El estado general del enfermo.
- d) La magnitud del riesgo quirúrgico.

Una cirugía parcial, fuera de tiempo, con deficiente preparación del enfermo o con

un post-operatorio sin vigilancia adecuada, son elementos que contribuyen al fracaso en el tratamiento (Alvarez, et al. 1983).

## 2. Radioterapia

Es el método de tratamiento que utiliza la radiación ionizante, sea ésta producida artificialmente o por la desintegración natural de elementos radiactivos, a fin de lograr un efecto modificador en las células.

El efecto terapéutico de las radiaciones en el cáncer se debe a la transformación de la energía física en química, produciendo modificaciones celulares que pueden llegar a producir disminución de la vitalidad, hasta la muerte de la célula. Essto ocurre principalmente por acción sobre los núcleos en los cuales impide la iniciación o el progreso de la reproducción, estos efectos se producen tanto en las células normales como en las cancerosas, per en estas últimas son mucho mayores los efectos. La diferencia en la sensibilidad a la radiación entre las células neoplásicas y las normales se debe, por lo

menos en parte, a que el ciclo biológico de las primeras es más acelerado que el de las segundas. Cada caso presenta variaciones en cuanto a sensibilidad relativa, pero en la inmensa mayoría de los cánceres la diferencia de sensibilidad entre ellos y los tejidos sanos es de mediana consideración, lo que obliga a planear la distribución de la dosis dentro de los tejidos de tal manera que, en tanto que el tumor reciba la dosis máxima, los tejidos sanos sean expuestos a la menor cantidad posible de radiación (Alvarez, et al. 1983).

### 3. Quimioterapia

Los agentes químicos constituyen uno de los medios utilizados desde muy remota antigüedad en el tratamiento del cáncer. El objetivo de la quimioterapia es el de administrar una droga o más, que actuando a través del organismo, tengan un grado de selectividad que les permita lesionar a la célula cancerosa con daño mínimo a la normal. Estas drogas interfieren con los procesos de reproducción celular por daño cromosómico. El descubrimiento

de agentes químicos de acción sistémica con determinado grado de selectividad celular, ha suministrado un tratamiento terapéutico que, bien seleccionado y cuidadosamente manejado constituye, en algunas neoplasias una buena alternativa de elección (Alvarez, et al. 1983).

/E) Repercusiones Orgánicas de los Tratamientos.

Las repercusiones orgánicas que los pacientes presentan están en relación al tipo de tratamiento empleado.

Cuando el tratamiento es quirúrgico como resecciones o extirpaciones de órganos (estómago, intestino, vejiga, etc.), los pacientes se ven sometidos al uso de sondas o canalizaciones permanentes y/o temporales.

Si el tratamiento es con radioterapia, se presentan alteraciones como el dolor, hiperpigmentación de la piel, cefalea y náuseas.

En el empleo de la quimioterapia, podemos observar que los pacientes presentan pérdida del cabello, lesiones de la mucosa gástrica

respiratoria y urogenital, náuseas y vómitos.

Todas estas repercusiones orgánicas van a afectar de manera muy importante el esquema funcional y corporal del paciente, limitándolo en su capacidad física y fisiológica.

Hasta aquí podemos observar que la etiología del cáncer es multicausal, que los síntomas son específicos, el pronóstico depende del estadio en que se detecte y su tratamiento varia con el sitio y tipo de tumoración, así como sus repercusiones orgánicas están directamente relacionadas con el tipo de tratamiento.

Sin embargo, en el presente trabajo nos enfocaremos más específicamente a los aspectos psicológicos que están involucrados en el desarrollo y evolución del cáncer, es por esta razón que a continuación abordaremos este tema más ampliamente.

### III PERSONALIDAD.

Como se mencionó en el primer capítulo, se considera desde hace siglos que existen características de la personalidad que contribuyen en cierta medida a la aparición, desarrollo y forma de evolución del cáncer (Schávelson, 1966). Es por esta razón que el presente capítulo trata de manera general el tema de personalidad, para entender en una forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, sentir, opinar, ser, etc., en determinada manera, aumentar la probabilidad de poder predecir la conducta de un individuo y conocer como se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad.

#### A. Concepto General.

Dar una definición de personalidad que pudiera ser unánimemente aceptada, no es tarea sencilla.

De manera tradicional, la personalidad ha sido considerada como el conjunto de características físicas y culturales por las que un individuo se diferencia de los demás (Wiggins, 1979, cit. en Mischel, 1988).

La personalidad más que un simple aspecto particular del individuo, es un campo de estudio dentro de la psicología. Existen muchas maneras de estudiar la personalidad, pero la mayoría se enfocan a estudiar los instintos, impulsos, motivos o estímulos que

explican la conducta del individuo.

En la personalidad hay elementos que son comunes a todos los seres humanos, como la dotación biológica de la especie y las condiciones generales de todas las sociedades. Por otra parte cada ser humano es diferente a los demás, cada quien tiene un modo particular de ser, sentir, pensar y actuar, un modo particular de resolver los problemas existenciales. Esta individualidad está en función de su personalidad.

La personalidad está determinada por la herencia y el ambiente. Cada individuo recibe una dotación genética, cuyas características específicas varían de un individuo a otro. Por lo tanto la herencia no sólo provee las potencialidades para su desarrollo característico de la raza humana, sino que también es una fuente de diferencias individuales.

No todos los elementos de la personalidad están igualmente influídos por la herencia. Su influjo se aprecia más claramente en los rasgos físicos y en varios factores generales, tales como el vigor, la sensibilidad, la inteligencia y la vulnerabilidad a las enfer-

medades. Es a través de estas diferencias constitucionales que la herencia se muestra como un factor importante en la determinación de las reacciones del individuo a su ambiente.

Nuestras potencialidades innatas, están desde un principio sujetas a las fuerzas modeladoras del ambiente. Ambientes distintos tienden a promover el desarrollo de características un tanto distintas, aún en personas con herencia análoga. En el ambiente social, que nos rodea, aprendemos el lenguaje que hablamos, costumbres, normas, modos de enfrentarnos a los problemas de la vida.

En resumen podemos decir, que nuestra dotación genética provee las bases esenciales y establece los límites tanto para el desarrollo somático como el psicológico, pero la forma en que nuestras potencialidades son modeladas depende de nuestro ambiente físico, social y cultural, lo que nos va a dar a cada quien nuestra personalidad (de la Fuente, 1985).

#### B. Diferentes Teorías Acerca de la Personalidad.

Algunos investigadores de la personalidad, se dedican más a la teoría y generación de ideas relacionadas

con las causas y naturaleza de la personalidad. Cada uno de los teóricos concibe a la personalidad de una manera diferente. Varios investigadores opinan que la personalidad tiene su raíz en motivos inconscientes, que provienen del pasado remoto del individuo, otros se enfocan a las relaciones y experiencias actuales de los sujetos. Aunque determinados investigadores buscan rasgos particulares del carácter que no son directamente observables, otros atienden las acciones definidas y objetivas de la persona y buscan estudiarlas en la forma más directa y precisa posible. (Mischel, 1988).

Dentro de las diferentes teorías que existen de la personalidad, están:

1. Teoría Psicodinámica.

Explica la personalidad como una estructura mental, formada por tres partes, ello, yo y superyo que son procesos conscientes e inconscientes, en los cuales existen impulsos o instintos que luchan entre sí por la satisfacción de necesidades sexuales y agresivas, profundas y duraderas, que provienen del pasado remoto del individuo, esta teoría se basa en interpretaciones subjetivas para explicar la conducta de las personas (Cueli

y Reidl, 1985).

## 2. Teoría de los Rasgos.

Esta teoría sustenta que las personas llegan a clasificarse unas a otras de acuerdo con ciertas características o cualidades peculiares como son: sexo, raza, religión, ocupación, aptitud, sociabilidad, entre otras. Bueno o malo, fuerte o débil, amigo o enemigo, ganador o perdedor; las formas de clasificar y determinar las cualidades humanas parecen ser infinitas. Desde los orígenes de la humanidad, la gente se ha clasificado y etiquetado de acuerdo con ciertas características físicas y psicológicas, las cuales han sido denominadas rasgos.

De manera tradicional, la esencia de la aproximación de los rasgos, ha sido la suposición de que la conducta se determina sobre todo mediante rasgos generalizados; es decir, cualidades básicas de la persona que se expresan por sí mismas en muchos contextos. Así, tenemos que una persona reacciona de la misma forma ante diferentes situaciones.

### 3. Teoría de aproximaciones Fenomenológicas.

Tiene como finalidad la conducta de los individuos a través de sus experiencias y como las perciben. Es decir, como la gente perciba, piensa e interpreta su mundo de una manera subjetiva. Su enfoque se centra en las personas y los acontecimientos de la vida actual. Para esta teoría la conducta es motivada por estímulos contemporáneos, cualquier cosa que motive, debe motivar ahora, con lo que rechaza que las experiencias pasadas puedan influir en el comportamiento actual. Dicho en otras palabras "los motivos del pasado", no explican nada a menos que también sean motivos del presente. (Allport, 1961; cit. en Mischel, 1988).

La teoría de las aproximaciones fenomenológicas, resalta la manera en que cada quien ve e interpreta los acontecimientos de su vida, determina la forma en como se responde ante ellos. Cada persona vive dentro de un mundo subjetivo, y hasta el mundo objetivo de los científicos es producto de percepciones, finalidades y elecciones subjetivas (Mischel, 1988).

#### 4. Teoría Conductista.

Para los conductistas, la personalidad (comportamiento), es el resultado de la influencia del ambiente sobre los individuos, que es este ambiente el que determina la forma de conducta en términos observables y se esfuerzan por descubrir los estímulos externos que refuerzan, mantienen o modifican las probabilidades de que se vuelva a presentar esa conducta en el futuro. (Mischel, 1988).

Estas son algunas de las principales teorías de la personalidad, que a lo largo del tiempo han intentado explicar (cada una desde un punto de vista muy particular) la personalidad del individuo, basándose en aspectos subjetivos u objetivos que de alguna manera influyen en forma decisiva en el comportamiento del hombre.

Es la personalidad de cada individuo, la que va a determinar la forma de pensar, sentir y actuar ante las diferentes situaciones a lo largo de su vida, y de ella depende la aceptación o rechazo de un acontecimiento adverso en nuestra vida, que en este caso sería el diagnóstico de cáncer.

Se han efectuado investigaciones para relacionar a la personalidad de los sujetos con el desarrollo del cáncer.

Dettore (1980), encontró que la escala de depresión (medida por el MMPI entre 12 y 20 años antes del diagnóstico de cáncer), fue significativamente elevada entre los individuos que posteriormente desarrollaron cáncer. Otros han demostrado que los pacientes que presentan gran ansiedad ante el diagnóstico de cáncer fallecieron más rápido que aquellos que se mostraron mejor ajustados ante el diagnóstico (Rogentine, Van Kammen, Fox, 1979 cit. en Redd Jacobsen, 1988). Similares resultados se encontraron por Deragotis, Abeloff y Melisaratos (1979, cit. en Redd 1988), en paciente con cáncer de mama que fueron reportadas por su oncólogo como bien ajustadas al diagnóstico y vivieron más tiempo que las que presentaron gran ansiedad, depresión y hostilidad.

Apoyándose en estos resultados se puede resumir que los pacientes diagnosticados con cáncer, con una personalidad cuya característica predominante sea la ansiedad y/o depresión, tienden a evolucionar en forma tórpida y en algunas ocasiones a acelerar su muerte.

Pero como poder determinar el tipo de personalidad que predomina en los individuos. Para ésto se han diseñado métodos de evaluación, en los que podemos determinar el tipo de personalidad de los individuos.

### C. Evaluación de la Personalidad.

Casi a finales del siglo XIX, los psicólogos reconocieron los problemas de basar las impresiones que se tienen sobre la gente, en juicios informales y subjetivos. Para evitar dichos problemas, se esforzaron por ir más allá de las impresiones causales y crear métodos más formales, que permitieran medir de manera objetiva y precisa las diferencias individuales importantes entre los individuos, estos métodos los denominaron escalas o pruebas psicológicas. Para estos teóricos cualquier intento por estudiar la personalidad sin estas pruebas sería tan inocente como una ciencia biológica sin microscopios (Mischel, 1988).

A partir de finales del siglo pasado se han venido realizando esfuerzos continuos por estudiar e implantar diferentes pruebas psicológicas para el estudio de la personalidad.

Existen en la actualidad numerosas pruebas o escalas para la evaluación de la personalidad, y mencionarlas todas aquí nos llevaría toda una obra, por lo que se revisaran las más empleadas en la clínica.

#### 1. Prueba de Rorschach.

Esta prueba diseñada por el alemán Herman Rorschach en 1921, consta de una serie de manchas de tinta que aparecen en 10 tarjetas separadas. Algunas de las manchas son en blanco y negro, mientras que otras tienen colores.

Se dan instrucciones al sujeto para que mire las tarjetas de una en una, y diga todo lo que le parezca ver en la mancha.

Las respuestas son clasificadas por su localización (es decir al lugar de la tarjeta al que se refiere la respuesta), y por determinantes como los aspectos físicos de la mancha (por ejemplo: forma, color, sombreado y expresión del movimiento), que sugirieron dicha respuesta.

La interpretación de esta prueba establece la relación entre ciertos aspectos de la personalidad

como capacidad creativa, contacto con la realidad, estado de ánimo, ansiedad y depresión. (Mischel, 1988).

2. Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota.

Es el inventario construido y estudiado más cuidadosamente, que se utiliza hoy en día.

Consta de 565 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad incluyendo la salud general, funciones fisiológicas en particular, hábitos, familia, actitudes sexuales, religión, actitudes políticas, etc.

Puede aplicarse en grupo o individualmente.

Se le pide al sujeto que conteste cada pregunta en forma de cierto o falso.

Las preguntas están agrupadas en 10 escalas: hipocondria, depresión, histeria, desviación

psicopática, masculinidad, femineidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, mania e introversión social.

Para cada escala existe cierto número de preguntas que deben contestarse en forma positiva o negativa y una plantilla que se sobrepone a la hoja de respuestas, con orificios por los cuales se puede contar el número de respuestas anotándose en la hoja de perfil, una vez que se terminó de contar todas las respuestas de las diferentes plantillas, se traza el perfil y se compara con las tablas del manual, en donde también se encuentra la interpretación de las diferentes puntuaciones.

### 3. Escala de Hamilton.

Esta escala fue elaborada para medir depresión y consta de 21 reactivos que son evaluados por el entrevistador con una calificación de 0 a 4 puntos y las variables que mide son: sentimientos de culpa, intentos suicidas, trabajo, actividades, insomnio, agitación, ansiedad, hipocondria, síntomas somáticos gastrointestinales, conciencia de enfermedad, síntomas obsesivos compulsivos entre otras.



Se recomienda que esta prueba sea efectuada por dos personas independientes en la misma entrevista, para obtener una calificación promedio y evitar errores de interpretación personal. (Calderón, 1985).

#### 4. Inventario de Beck.

Aaron T. Beck, elaboró este cuestionario para medir la depresión mediante un entrevistador, se utiliza con una doble copia, una que se entrega al sujeto y la otra es leída en voz alta por la persona que la aplica.

Después de anunciar las declaraciones que corresponden a cada reactivo, se le pide al entrevistado que indique "cual de las declaraciones define mejor como se siente en ese momento", por ningún motivo debe sugerirse la respuesta, y si el sujeto indica que hay dos o más afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, debe registrarse el número más alto.

Valores numéricos del 0 al 3 cuantifican esta posibilidad, el puntaje de depresión es la suma de las respuestas.

El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación de depresión como tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, autodesagrado, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, pérdida de peso y anorexia entre otras.

5. Escala de Autoevaluación de Zung.

Esta prueba mide también depresión, es autoaplicada por el paciente a fin de obtener una respuesta directa, y contiene los datos más representativos de la depresión.

Consta de 20 reactivos que son contestados, 10 de manera positiva y 10 de manera negativa, a fin de que el paciente no pueda encontrar tendencia en el estudio.

Para la aplicación de la prueba se le da al paciente la lista de las declaraciones, y se le pide que coloque una marca en el cuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba.

Las respuestas tienen un valor que va del 1 al 4, para obtener la medición de la depresión, la escala terminada se coloca debajo de una cubierta transparente (Plantilla), para hacer la calificación se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma, esta calificación básica se convierte a un índice basado en 100, la escala esta planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Esta escala evalúa estados afectivos (deprimido, triste, melancólico), equivalentes fisiológicos (sueño, apetito, pérdida de peso, trastornos sexuales y gastrointestinales), equivalentes psicológicos (confusión, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal), principalmente. (Calderón, 1985).

#### 6. Inventario de Ansiedad IDARE.

Está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación, que se utilizan para dos dimensiones distintas de ansiedad; ansiedad-rasgo y ansie-

dad-estado. La primera sirve para la identificación de personas propensas a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con un alto grado de ansiedad. La segunda se utiliza como indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada ante eventos como cirugía, exámenes, enfermedad, etc....

Cada una consta de 20 preguntas a las cuales se les asigna una puntuación del 1 al 4, que son sumadas y comparadas con las tablas que aparecen en el manual.

La escala de ansiedad-rasgo describe la forma en que generalmente se encuentra el paciente y la escala de ansiedad-estado describe como se siente el paciente en ese momento.

Métodos como los que se resumen en este apartado, tienen muchas aplicaciones y suelen producir correlaciones interesantes. No obstante es necesario interpretar de manera muy cuidadosa las correlaciones que se encuentran entre las diferentes pruebas. Hoy en día podemos considerar que el uso de las escalas de medición, se utiliza con

mayor frecuencia en la práctica clínica, ya que éstas permiten recabar al máximo la información importante, sin embargo es preciso recalcar que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación no puede suplir jamás a un buen estudio clínico efectuado por un psicólogo competente. Por lo tanto las escalas de evaluación deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla los diferentes rasgos predominantes de la personalidad.

A través del proceso de la vida diaria, el individuo aprende a utilizar muchos métodos para sobrellevar o tener fuerza en contra de las ansiedades, tensiones y eventos impredecibles de la vida, a estos patrones de respuesta se le ha denominado mecanismos de defensa, muchas veces el individuo no conoce como reacciona a situaciones que se le presentan. Es importante para el psicólogo conocer cuales son los mecanismos de defensa que utilizan los individuos y como pueden influir en la aceptación o rechazo de los acontecimientos adversos que suelen presentarse en la vida de los hombres.

D. Mecanismos de Defensa de la Personalidad.

Los mecanismos de defensa son aquellas respuestas que las personas presentan ante los problemas, estas respuestas pueden tomar muchas formas: discusiones verbales, violencia, huída, aceptación, groserías, etc.

Sin embargo, cada uno de los mecanismos de defensa han sido utilizados a través del desarrollo del individuo que se incorporan conforme a sus estilos de vida.

Una mujer a la cual se le diagnostica cáncer puede utilizar una variedad de mecanismos de defensa para combatir el trauma psicológico producido por esta enfermedad, los cuales pueden ser efectivos o no efectivos.

Estos mecanismos de defensa son:

1. Represión.

Este es el mecanismo básico mayor y está presente en todas sus defensas, el cual es percibido como un peligro así mismo (y por lo tanto provoca

ansiedad), el problema es que algunos contenidos de represión no se pueden manejar.

Una mujer que ha sido diagnosticada de un tumor en las mamas o genitales, puede estar extremadamente asustada de morir. Sin embargo, a pesar de que este sentimiento sea reprimido ella puede frecuentemente pensar o soñar con su muerte. (Holmes, 1987).

## 2. Negación.

La realidad se niega cuando un individuo es negativo ésto puede resultar cuando se esconden los defectos daños y alguna enfermedad.

Una persona puede sentir una bolita en el seno y conscientemente se dice a si misma no es nada, ésto va a desaparecer. (Holmes, 1987).

## 3. Racionalización.

Un individuo puede justificar conscientemente o inconscientemente un pensamiento o una acción, cuando la justificación es real y apropiada no se produce ningún daño, sin embargo, cuando la

justificación es irreal, surge la ansiedad y la persona será inconforme crónicamente, esto originado por la represión de su ansiedad, pero incapaz de modificar esta condición, por lo que la fuente de donde proviene no es identificada. En estas circunstancias una mujer con cáncer de mama, se puede decir a si misma que ella está muy ocupada para revisarse la tumoración en su mama y tempranamente de admitir que tiene miedo al cáncer, por lo que rehusa la atención médica para enfrentarse a este problema (Holmes, op. cit.).

#### 4. Proyección.

Frecuentemente un individuo puede proyectar sus sentimientos a otra persona.

La paciente femenina puede sentir repulsión de su desfiguro por la cirugía realizada en su cuerpo (mastectomía, colostomía, etc.), y proyectar esta repulsión hacia el cuerpo de algunos familiares o marido. (Holmes, op.cit.).

## 5. Supresión.

El individuo conscientemente no pone atención hacia algunas necesidades, efectos o pensamientos de si mismo. Esto es una habilidad consciente para poner algunas cosas indeseables fuera de su pensamiento, el contenido es fácilmente reenfocado en espera de un simple dato de recuerdo.

El paciente amputado por una enfermedad maligna conscientemente se bloquea pensando acerca de las partes de su cuerpo que perdió.

## 6. Sublimación.

El sujeto canaliza de una forma positiva su ansiedad o frustración de los acontecimientos.

Por ejemplo una persona que ha perdido alguna parte de su cuerpo canalizará su angustia poniendo mayor interés y siguiendo su tratamiento al pie de la letra en forma cooperadora.

## 7. Formación - Reacción.

El reemplazo de una actitud inicial por otra

que es opuesta a la primera, es la esencia de la formación-reacción.

Esencialmente un paciente puede sentir angustia o depresión por el hecho de que ha perdido la capacidad de gestación (al extirparle el utero), y a través del tiempo suple esa actitud con una de alegría y aceptación, justificándose de que no tiene tiempo para atender a un hijo y que económicamente no está en condiciones de tenerlo. (Holmes, op. cit.).

#### 8. Desplazamiento.

Frecuentemente los individuos, transfieren sus sentimientos de una situación, la cual puede ser inapropiada para expresarlos, a otra en la que los sentimientos se pueden demostrar fácilmente.

El clásico ejemplo de esto es el paciente que está enojado todo el tiempo por haber desarrollado cáncer, sin embargo, no puede estar expresando este enojo durante todo el tiempo y en cualquier

situación, sino que lo expresa ante el médico o la enfermera si su medicación no se le dió a tiempo, o que la curación le duele mucho, busca una situación propicia para expresar su enfado (Holmes, op. cit.).

Los mecanismos de defensa son las diversas formas de actuar ante los acontecimientos adversos de la vida, que se presentan a lo largo de ella y pueden ser identificados mediante una historia clínica completa y comprensible del paciente. Son condiciones generales de todos los individuos, que pueden utilizar uno o varios de ellos para poderse adaptar o responder ante las situaciones adversas que se presentan a lo largo de su vida.

Sin embargo, en el cáncer existen cuadros básicos psicológicos por lo que el enfermo atraviesa durante su padecimiento, y son el tema a tratar en el siguiente capítulo.

## IV PERSONALIDAD Y CANCER.

Previamente al diagnóstico de cáncer, el paciente suele sentirse mal, hay pérdida de peso, insomnio, pérdida del apetito, disminución de las actividades y cambio en su estado de ánimo.

El momento del diagnóstico es impactante para el paciente, para su familia y para el médico.

El tratamiento aconsejado suele ser complejo y puede provocar mayor confusión en el paciente y la familia, el pronóstico es mucho menos claro que para otros padecimientos y en ocasiones totalmente oscuros.

No hay patrones fijos sobre como o cuando dar el diagnóstico de cáncer, esto depende del criterio del médico, de su experiencia y de la actitud del paciente. Lo que se ha visto en general, es que un diagnóstico veraz y honesto, hace mucho menos daño en una persona capacitada y madura (Olper, 1982).

Para la mayor parte de los pacientes, el diagnóstico de cáncer es sinónimo de muerte, incapacidad, dolor, soledad y nunca volver a ser como antes, recuerdan los casos de

cáncer en familiares o amigos cercanos, los sufrimientos hasta la muerte, y tienden a olvidar los casos curados, no aceptan la posibilidad de curación y surgen los mitos ambientales, aparece el cáncer como un castigo a una culpa antigua, el fumador que presenta cáncer en el pulmón se arrepiente y jura no volver a fumar si se cura, todo tipo de culpas sexuales surgen ante un cáncer genital en mujeres u hombres, surge una sensación de castigo por un comportamiento indolente, también hay culpas genéricas mal localizadas y sistematizadas: abandono de un ser querido y ahora como castigo el cáncer.

No hay relación lógica entre el cáncer, la culpa y el castigo, pero el paciente siente la necesidad de una explicación coherente y la crea aunque no exista.

Todas estas respuestas están en función de la personalidad de cada individuo, de la forma que cada uno tiene de actuar ante tal situación, a continuación se mencionarán las reacciones psicológicas, que con mayor frecuencia encontramos en los pacientes con cáncer.

A. Reacciones Psicológicas que se presentan con el diagnóstico de cáncer.

Schávelson (1988), describe ocho cuadros básicos

psicológicos por los que atraviesa el paciente con cáncer, y menciona que la secuencia en que son presentados no significa que en ese orden deben aparecer, sino que cada uno puede presentarse con prescindencia del otro: cuadro del impacto agudo emocional, ansiedad, depresión, regresión, negación, delirio, insomnio, suicidio.

El paciente con cáncer es un individuo normal, sometido a circunstancias estresantes, profundamente perturbadoras y responderá a ello de acuerdo a su verdadera y profunda historia personal, así como a su propia circunstancia psico-socio-cultural. En otras palabras no es un neurótico que "cree" tener un cáncer ¡Lo tiene en su realidad interna y externa! (Schávelson, 1988)

1. El impacto agudo emocional.

Es un tipo de respuesta ante una situación profundamente perturbadora y que orgánica y psicológicamente es percibida como peligrosa.

Es un proceso adaptativo, una respuesta biológica ante la expectativa de pérdidas, de sufrimientos o la imagen de una muerte probable.

Si bien suele presentarse en el primer momento de una atención médica, también puede hacer irrupción en el curso de la enfermedad, agravando o superponiéndose a otros cuadros emocionales, en este caso se le observa ante rehabilitaciones prolongadas o infructuosas y en síntomas que se interpretan como una reagravación (aparición de adenopatías o metástasis), cualquiera de estos hechos adquieren capacidad ansiógena en función de la interpretación del paciente.

Este cuadro del impacto emocional agudo, es el más frecuente en cancerología y está caracterizado por:

- a) ansiedad y en ocasiones depresión,
- b) porque reconocido y atendido adecuadamente, tiende a la recuperación de una a tres semanas.

Este cuadro no está en relación con el hecho de que se le haya dicho o no el nombre de su enfermedad, la capacidad estresante depende, en cada individuo de su "conocimiento o experiencia anterior".

La sintomatología variable está en relación con la personalidad del paciente y suele ser: shock inicial, pensamientos negativos sobre el futuro, desesperanza, revisión pesimista o negativista de su vida, fantasías de suicidio, culpas, anorexias, tensión y respuestas explosivas como pérdida de autocontrol, poca posibilidad de concentrarse o descansar, agitación, diarreas, palpitaciones, insomnio, llantos inexplicables, desinterés e interrupción de sus actividades, retracción social e irritabilidad.

## 2. Ansiedad.

Este cuadro se debe a la cronicidad del impacto emocional agudo, también puede acompañar toda la evolución del paciente con cáncer o hacer irrupción en algún momento de la enfermedad.

Como la característica más frecuente expresada con las variaciones de la estructura de la personalidad y la circunstancia, se puede decir que la ansiedad se evidencia como "una sensación de impotencia, que hace sufrir", lleva un conjunto de sentimientos expresados como los miedos, que

se deben a la pérdida de control sobre su propio organismo y a las circunstancias o hechos que lo rodean.

La ansiedad puede evolucionar con una sintomatología fóbica o paranoide, que se expresa por la conducta evitativa y negativa, que tiende a incrementarse, también pueden aparecer sentimientos de culpa o por el contrario la búsqueda de responsables.

El paciente se muestra irritable e hipersensible hacia actitudes reales o no, del entorno, otras veces se expresa como pánico con tensión muscular, hiperactividad del sistema vegetativo, expectativas y deseo exagerado de controlar su entorno.

Investigaciones realizadas reportan que el 80% de los pacientes con cáncer sufren de ansiedad (Peck, 1977; cit. en Schávelson, 1988). Drogatis (1983; cit. en Schávelson, 1988), encontró que el 47% de pacientes atendidos por cáncer, presentaban serios trastornos de ansiedad, que ameritaban tratamiento psiquiátrico.

### 3. Depresión.

Es un estado de aflicción o tristeza, relacionado con conflictos, situaciones, duelos, acontecimientos personales. La depresión puede interpretarse como la respuesta de un individuo al estrés ocasionado por su enfermedad maligna, pero esta depresión no sólo puede acompañar a la enfermedad, sino que tiende a agravarla y en ocasiones a precederla.

La sintomatología clínica que presentan los pacientes con cáncer que tienen depresión varía con el tipo de personalidad, puede ser desde llantos, sentimientos de desesperanza o desamparo, pérdida de autovaloración, sentimientos de culpa, irritabilidad, abatimiento, falta de estímulo para sus actividades habituales, pasividad, disminución de la libido, alteraciones en el dormir, hasta lentitud psicomotora, bradipsiquia.

### 4. Regresión.

Ante la aparición de lo que un individuo interpreta o reconoce como un conflicto actual y estresor y que no puede resolver satisfactoriamente, tiende a reactivar o actualizar comportamientos que

pertenecen a un período evolutivo anterior, los cuales fueron adecuados en otro momento de su vida, así el paciente con cáncer se comportará de una forma que en etapas anteriores le dió resultado ante un problema similar al actual, como puede ser el acudir a remedios caseros o juramentos religiosos.

#### 5. Negación.

Es un tipo de conducta ante ideas o afectos insoportables y dolorosos, una técnica con la que opera la personalidad, para mantener el equilibrio homeostático, al pretender eliminar esa fuente de inseguridad, peligro, tensión o ansiedad, originada habitualmente por su enfermedad.

En la negación se rechaza la realidad externa o de un área o situación del propio cuerpo, no sólo pretende cumplir con el objetivo de evitarse un sufrimiento previsto como excesivo, sino también se dirige a su entorno, especialmente para evitar aislamiento, segregación e incluso sufrimiento a otra persona. Esta conducta obviamente no resuelve el conflicto, lo posterga a veces indefinidamente y hasta límites inauditos y con frecuencia evolucion-

na hacia la depresión o a conductas paranoides que requieren de intervención psicológica urgente.

6. Delirio, Alucinaciones y Confusión.

El delirio es la interrupción o alteración de las ideas, cuya expresión a través del lenguaje oral o de la conducta pierde significación y sentido, el delirio tiene un componente de agitación y/o excitación neuromuscular, el cuadro se presenta con más frecuencia en los pacientes terminales.

El estado final al paciente delirante bloquea totalmente la posibilidad de comunicación.

La alucinación es una representación consciente de imágenes que no responden a situaciones objetivas externas, el paciente refiere ver objetos o personas que en realidad no existen.

Tanto el delirio como las alucinaciones, pueden presentarse en forma aguda, evolucionando en horas o en forma crónica progresiva. Se les atribuye a desequilibrios hormonales, infecciones, procesos

trombóticos, absorción exagerada de psicofármacos, procesos metastásicos, hemorragias, encefalopatías metabólicas y efectos secundarios de quimioterapia o radioterapia.

La confusión es un trastorno de la ideación caracterizado por el desorden y que suele provocar intensa ansiedad, se asigna a las cosas o personas los atributos de otras, se diferencia de los cuadros anteriores en que las ideas y los pensamientos pueden ser correctos, pero no adoptan un orden o atribución correcta y generalmente es de etiología tóxica o metabólica.

#### 7. Insomnio.

El paciente refiere que no puede dormir a ninguna hora del día, una de las principales causas es la depresión que el paciente presenta y como consecuencia el insomnio, el paciente con cáncer puede presentar otras afecciones como cuadros artríticos, neuritis periféricas, trastornos gastrointestinales, disnea cardíaca nocturna, cistitis, ansiedad, etc. que interfieren en el proceso del sueño a tal grado de no poderlo dejar dormir. Algunos pacientes presentan pesadillas como soñarse muertos, ceremonias fúnebres, escenas

atrocés y estos sueños pueden llegar a ser terro-  
ríficos para el paciente, que tiene miedo de  
conciliar el sueño y reanudar la pesadilla.

Los calambres o mioclonias nocturnas son dolorosos  
y mantienen al paciente en tensión, el miedo  
al dolor o la expectativa de una pobre atención  
de enfermería durante la noche exacerba la tensión  
del paciente.

#### 8. Suicidio.

Hay poca información válida con respecto a la  
asociación cáncer-suicidio, sin embargo, el tema  
en el caso del cáncer puede ser estudiado a través  
de las escasas publicaciones estadísticamente  
válidas. El suicidio es ocultado muchas veces  
por razones religiosas, sociales, culturales.

Las formas en las que se le ha estudiado son  
dos:

Una se refiere a la prevalencia de tumores asinto-  
máticos no diagnosticados antes del suicidio  
y observado en las autopsias de esos suicidas.

Investigaciones al respecto efectuadas en Finlandia (Achté, 1970; cit. en Schávelson, 1988), sobre 4,478 suicidios en los años de 1954 a 1958, reportaron que el 1% de los hombres y el 0.3% de las mujeres eran portadoras de un cáncer ignorado. Resultados similares fueron encontrados por Olafsen (1985; cit. en Schávelson, 1988), en Noruega, en su análisis de 4,671 suicidios, en los años de 1966 a 1978, refiere que el 3% de los hombres y el 4.3% en las mujeres, se encontraron con un cáncer no diagnosticado.

Con estos datos obtenidos, los autores concluyen que en el grupo de suicidas es más probable encontrar un cáncer no diagnosticado clínicamente, que en la población muerta por otras causas.

La segunda forma y es la que más interesa en este caso, se refiere a las pacientes quienes son diagnosticadas con cáncer, y se suicidan.

Investigaciones realizadas en Finlandia por Luhivvori (1979; cit. en Schávelson, 1988), sobre 28867 casos de cáncer y controlados hasta 10 años de evolución, observaron que el 1.3% de los hombres y el 1.9% de las mujeres se suicidan

durante el período de su enfermedad. Otro estudio ilustrativo (Fox, 1982; cit. en Schávelson, 1988), realizado en EE.UU. se refiere a 144,534 pacientes con cáncer y controlado entre 1940 y 1969, comparando su prevalencia con la incidencia de suicidio por la población general. Se comprobaron 192 casos en los cuales los hombres muestran un mayor riesgo de suicidio que la mujeres, y este riesgo es mayor en el momento del diagnóstico y durante el primer año, declinando con el tiempo, siendo prácticamente nulo después del décimo años.

Estos autores hacen hincapié en la frecuencia y gravedad que implican la ansiedad y depresión como síntomas premonitorios de todos los suicidios. (Schávelson, 1988).

Las investigaciones realizadas para determinar las relaciones existentes entre los estados depresivos y de ansiedad con el desarrollo y evolución del cáncer, son limitadas, debido a la complejidad de la metodología que se debe utilizar para evaluar dicha relación. Sin embargo, los datos reportados hasta la actualidad, nos proporcionan una perspectiva general del problema, desde tres puntos

de vista: antes del diagnóstico, durante el tratamiento y en los sobrevivientes.

Gossarth-Maticek, Kanazir, Vetter, Schmidt (1983); cit. en Persky, Jemphorne-Rawson y Shekelle, (1987), reportaron que los sentimientos de desamparo y depresión, como línea base, fueron significativamente asociados con la incidencia del cáncer en 1353 personas examinadas en un seguimiento de 10 años.

Thomas, Duszinsky y Shaffer (1979; cit. en Persky, et al. 1987), estudiaron a 913 alumnos de medicina, por un período de 14 años y encontraron que 20 de los alumnos que desarrollaron un cáncer subsecuente se habían reportado como ansiosos y depresivos, pero que 402 alumnos que también se habían reportado como ansiosos y depresivos, no desarrollaron cáncer.

Persky, et al. (1987), investigaron la relación de las variables psicológicas con un subsecuente desarrollo de cáncer en un seguimiento de 20 años (1957-1978). Las variables psicológicas fueron medidas por el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota, encontraron que

de los sujetos con altas puntuaciones en la escala D (depresión), no todos desarrollaron cáncer subsecuente, pero que de esos sujetos que desarrollaron cáncer y que tenían altas puntuaciones en la escala (D), morían más rápidamente dentro de los 10 primeros años posteriores al diagnóstico, concluyeron que la depresión no está relacionada con la incidencia del cáncer, pero si con la mortalidad.

Grassi, Albieri, Rosti y Marangolo (1987), investigaron la incidencia de los trastornos psiquiátricos en 101 pacientes con un reciente diagnóstico de cáncer, encontraron que 48 pacientes mostraron desórdenes psiquiátricos como: desajuste emocional, síndrome orgánico cerebral, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos somáticos importantes que alteraron el pronóstico de la enfermedad desfavorablemente

Morris y Greer, (1987), estudiaron a 160 pacientes mastectomizadas durante los 10 años posteriores a la cirugía, reportaron que el 90% presentaron desajustes emocionales: ansiedad, depresión y problemas sexuales, que necesitaron intervención psicológica, pero que sólo el 5% de esas pacientes logararon un ajuste emocional satisfactorio.

Greer y Burgess, (1987), realizaron evaluaciones en la estima de 170 pacientes, a los cuales se les diagnosticó cáncer (mamario, linfoma de Hodking y leucemia), 3 meses y 1 año posterior a ésto. Los pacientes se reportaron con serios trastornos de depresión y ansiedad, los cuales no estaban relacionados con el tipo de tumor, la extensión de enfermedad, o el estadio, sino más bien estaban relacionados con los efectos colaterales de incapacidad que producía el tratamiento de la radioterapia (náuseas, dolor, vómito y malestar general).

Love, Leventhal, Easterling y Nerenz (1989), encontrarn resultados similares al anterior, en pacientes tratados durante la quimioterapia. Ellos observaron que los pacientes presentaban serios trastornos de ansiedad debido a los efectos colaterales de las sustancias químicas empleadas, y que tendían a dejar el tratamiento, pues pensaban que era un agravamiento de la enfermedad y ya no era posible su curación.

Ell, Nishimoto, Morvay, Mantell y Hamovitch (1989), examinarion la adapatación psicológica a corto, mediano y largo plazo, en 253 pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama, pulmón y colorectal,

en un tiempo de 3 a 6 meses (corto plazo), de 9 a 12 meses (mediano plazo), y 2 años (largo plazo), posterior al diagnóstico. Observaron que hubo pacientes que a lo largo del tiempo siempre presentaron problemas de adaptación psicológica y los que en un principio no presentaron problemas de adaptación psicológica, con el tiempo presentaron alteraciones psicológicas.

Es difícil evaluar la relación existente entre los factores psicológicos y el cáncer a causa de la metodología utilizada, de la diferencia entre los tipos de cáncer, de las medidas utilizadas para evaluar los estados psicológicos que presentan estos pacientes (Reed, 1988), pero podemos observar que a lo largo de la enfermedad, el paciente presenta problemas psicológicos que necesitan de una adecuada y oportuna intervención del equipo de salud.

En el paciente que desarrolla un cáncer está toda su sintomatología clínica y de laboratorio, su historia, sus sentimientos, sus experiencias e inquietudes, elementos conscientes y no conscientes, todo lo antropológico, lo cultural,

los significantes de su entorno. Dependerá de la capacidad de preparación, posibilidad y deseo del equipo de salud, el captar, comprender, interpretar y ayudar a esos pacientes que presentan serias alteraciones a esos niveles, con el objeto de ofrecerles una mejor calidad de vida.

Es por esta razón que surge la necesidad de implantar un protocolo de apoyo psicológico para todo paciente que sea diagnosticado con CANCER.

V. PROTOCOLO DE APOYO PSICOLOGICO PARA LOS PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON CANCER.

Las reacciones psicológicas que anteceden al diagnóstico de cáncer son el pánico y produce sentimientos de ansiedad, depresión, culpa, frustración y vulnerabilidad, estas respuestas emocionales se intensifican con el tratamiento y pueden producir alteraciones en la imagen corporal.

A Cambios Emocionales.

Mishel, Hochtetter y Graham (1984); cit. en Holmes, 1987), identificaron cuatro variables que pueden influenciar las reacciones psicológicas de los pacientes con cáncer y son: 1) incertidumbre, 2) pesimismo, 3) severidad de la enfermedad y 4) pérdida de la capacidad del control de las funciones fisiológicas.

La incertidumbre se asocia con el pesimismo, por esta razón al paciente hay que darle esperanza y adentrarlo en el plan del tratamiento.

También las percepciones del paciente acerca de la evolución, curso y pronóstico de la enfermedad, presentan un efecto negativo en la actitud ante el diagnóstico

y fases de tratamiento, cuando se conocen los detalles de la enfermedad, la esperanza no se destruye y tienen un alto nivel de motivación.

Existen dos factores que generan pesimismo e inevitablemente problemas de adaptación y son la percepción de la severidad de la enfermedad y las alteraciones funcionales que presentan.

Se ha visto que el conocimiento de la anatomía y fisiología de los órganos sexuales es importante, ya que a las mamas se les asocia con una buena salud corporal, cuando estas faltan por una cirugía, los pacientes piensan que es (el cáncer), una enfermedad contagiosa y el deseo sexual declina y se puede presentar: repulsión por alteraciones como ésta.

Todos estos factores pueden contribuir al trauma psicológico y si estos factores no se resuelven, sobreviene una crisis.

#### B. Ajuste Psicológico.

Krouse (1985); cit. en Holmes, 1987), describe un modelo de ajuste psicológico en pacientes con cáncer ginecológico. El primer período lo denomina reconoci-

miento-exploración y envuelve la primera sospecha de una enfermedad maligna, ésto incluye los primeros síntomas de la enfermedad y su subsecuente diagnóstico.

El segundo período es el de crisis-climax y se inicia con el tratamiento en donde las mujeres experimentan una pérdida de sus funciones fisiológicas, que la relacionan con el agravamiento de la enfermedad.

El tercer período es el de adaptación-mala adaptación y es el tiempo en el cual las mujeres tratan de ajustarse a su enfermedad más o menos bien y desarrollan un proceso en el cual tienen más interacción con su medio ambiente.

El cuarto período es el de resolución-desorganización, y es el tiempo en el cual las mujeres regresan a tener sus funciones previas y comienzan a presentar resolución de su crisis, o en el sentido opuesto presentan mayor desorganización emocional.

Estos cuatro períodos que se estudian en pacientes ginecológicas, pueden ser extrapolados a todos los pacientes con cáncer, ya que se pueden considerar como etapas generales por las que atraviesa el paciente con dicha enfermedad. Uno de los éxitos del equipo

de salud que trata a estos enfermos, consiste en asistirlos lo mejor posible durante estos cuatro períodos.

C. Cambios en el Tratamiento.

Desde el momento del diagnóstico el paciente debe ser evaluado psicológicamente y la evaluación de la respuesta del paciente a la crisis es el primer peldaño que hay que escalar para la resolución de la misma (Holmes, 1987).

Las alteraciones psicológicas también se asocian con el tratamiento, para muchos pacientes los efectos colaterales de los diferentes tratamientos son peores que la enfermedad, existiendo náuseas y vómitos, antes y después de la quimioterapia, dolor y ansiedad con procedimientos invasivos del tratamiento, disfunción sexual secundaria a cirugía o radioterapia. Cella y Tross (1986; cit. en Redd, 1988), encontraron que algunos sobrevivientes con linfoma de Hodkings, presentan náuseas cuando regresan a un chequeo a la clínica, para una evaluación rutinaria, aunque no se realice algún tipo de tratamiento con quimioterapia. Los problemas psicológicos también se asocian con una hospitalización prolongada y un tratamiento médico agresivo.

D. Información al Paciente.

Muchos de los trastornos psicológicos surgen de la información que el paciente tiene acerca de la enfermedad, es por esta razón que al paciente se le debe comunicar en forma clara y comprensible para él, su diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento, efectos colaterales que se pueden presentar durante la quimioterapia o radioterapia y de las repercusiones fisiológicas de los tratamientos quirúrgicos, el paciente debe ser estimulado a que pregunte, ésto ayudará a ventilar sus sentimientos y a disipar las dudas que tenga de su enfermedad.

E. La Familia y el Paciente.

La familia juega un papel fundamental en todos los pacientes con cáncer, no se puede separar al paciente de su familia, ya que constituye un sistema completo, de los patrones familiares dependen muchas conductas de los pacientes.

Es conveniente establecer si la familia tiene una estructura desunida separada, comunicada o amalgamada, hay que conocer la comunicación existente en el núcleo familiar, ya que será con ellos con los que podrá interrelacionar más el paciente. Por otro lado, hay

que determina que tan adaptable es la familia, ya que cuando hay un miembro con cáncer se suscita una serie de cambios de funciones, al principio, cuando el paciente es diagnosticado y tratado, pierde una serie de funciones y su lugar en la familia lo cubren otros miembros, y cuando puede reintegrarse a la familia, puede o no adquirir sus roles anteriores. Todos los desplazamientos son difíciles y dolorosos, tienden a ocasionar tensión intrafamiliar y a acentuar sentimientos de inseguridad, rechazo, coraje, miedo, etc., que si no son manejados en forma adecuada, pueden incrementar los problemas del paciente. En un inicio la familia puede encontrarse totalmente dispuesta a satisfacer las necesidades del paciente, conforme transcurre el tiempo, el nivel de tolerancia de los otros miembros de la familia tiende a disminuir y las fricciones suelen ser frecuentes, el paciente nunca está satisfecho. Puede haber separación de la familia y aislamiento del paciente, con la consecuente sensación de soledad, depresión y angustia para él.

La intervención ideal en la familia debe darse desde el principio cuando se ve al paciente, se les debe reunir y aconsejar que hablen de miedo, ansiedad,

depresión, cáncer y muerte juntos, así como de todos los problemas que se vayan suscitando entre ellos (Olper, 1985).

F. Formas de Intervención Psicológica.

Existen tres formas de enfocar los métodos de intervención psicológica: 1) psicoterapia, 2) terapia de grupo y 3) terapia conductual.

Antes de iniciar cada una de estas terapias, es importante recalcar que algunos de los pacientes con cáncer no quieren o no requieren de ayuda profesional para sus problemas psicológicos, y otros desean afrontar el problema solos.

Gordon, Freidenbergs y Diller (1980; cit. en Redd, 1988), encontraron que la intervención del tipo de la psicoterapia se asociaba con una declinación más rápida en el afecto negativo, una visión más realista sobre la vida y un alto nivel de actividades generales.

Wolden (1980; cit. en Redd, 1988), comparó la terapia de apoyo y un consejo de orientación cognitiva de no tratamiento, ambos tratamientos fueron asociados a una disminución del estrés.

El uso de las técnicas conductuales en los tratamientos de pacientes con cáncer, ha dado buenos resultados, pues se ha observado que el dolor agudo en pacientes pediátricos y los efectos anticipatorios (náuseas y vómitos), en adultos y niños que son sometidos a quimioterapia, tienden a controlarse con la relajación pasiva, desensibilización sistemática y técnicas de distracción como los juegos de video, etc.

Redd, et. al (1988), han demostrado que una distracción cognitiva por si sola es suficiente para bloquear las reacciones condicionadas de dolor, náuseas y vómitos en los niños antes de la aplicación de la quimioterapia o radioterapia.

Es importante recalcar que el psicólogo sepa detectar las alteraciones fisiológicas que requieren de una técnica de intervención y su habilidad al manejarlas, para proporcionar un tratamiento adecuado al paciente.

#### JUSTIFICACION

En la mayor parte de la asistencia a pacientes con cáncer, suele excluirse el apoyo psicológico que requieren o se les puede brindar, además dada la agresividad del tratamiento,

suelen presentar alteraciones en su comportamiento y problemas emocionales asociados a la sensación de abandono de que muchos son objeto. De ahí la necesidad de organizar un programa o servicio de apoyo psicológico a los pacientes con cáncer en todas las fases de su tratamiento, con la intención de brindarles un espacio en el que puedan abordar su problemática y alternativas de solución posibles.

#### OBJETIVOS

- Brindar un adecuado apoyo psicológico al paciente con cáncer, durante el curso de su enfermedad.
- Reducir al máximo posible, las alteraciones o repercusiones psicológicas, que se presentan durante su tratamiento.
- Rehabilitar al paciente, para que continúe su vida familiar, social, laboral y sexual, con el propósito de darle una mejor "calidad de vida".

#### RECURSOS TECNICOS

Métodos de evaluación: entrevistas, escalas de medición como el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota, escala de ansiedad IDARE, escala de depresión de Zung.

Técnicas de Intervención: terapias de apoyo grupal, terapias conductuales.

POBLACION

## Criterios de Inclusión.

1. Pacientes con cáncer.
2. Pacientes con capacidad de razonamiento.
3. Pacientes que aceptan su enfermedad.
4. Pacientes que aceptan su tratamiento.
5. Pacientes en edad productiva.

## Criteros de Exclusión.

1. Pacientes con padecimientos psiquiátricos graves.
2. Pacientes con demencia senil.
3. Pacientes en estado terminal.
4. Pacientes que no aceptan ningún tratamiento.

DESARROLLO

## Fase Pre-Diagnóstica.

Antes de confirmar el diagnóstico de cáncer al paciente por el médico tratante, éste debe ser enviado al psicólogo

para su evaluación, en donde se aplicará además de la entrevista, el inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota la escala de ansiedad de IDARE y la escala de depresión de Zung, para evaluar sus estados afectivos basales.

#### Fase Diagnóstica.

Cuando le es confirmado al paciente su diagnóstico de cáncer, debe volverse a evaluar psicológicamente, para observar si existen cambios significativos de su estado afectivo, con el objeto de implementar a partir de ese momento las técnicas de intervención que serán utilizadas para su apoyo psicológico.

#### Fase de Tratamiento.

Dado que las alteraciones psicológicas de los pacientes, se agudizan debido a las repercusiones fisiológicas y efectos colaterales que tienen como consecuencia de los diferentes tratamientos (quimioterapia, radioterapia y/o cirugía), se les invita a participar en un programa de intervención psicológica que se brinda durante este período, debe estar enfocado a minimizar dichas alteraciones. Al paciente se le debe instruir en la forma de emplear las técnicas psicológicas, para lograr su generalización.



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

79.

Se elaborará un plan de actividades a base de dinámicas de grupo de carácter básicamente motivacional y de desensibilización sistemática, que se aplicarán en horario acordado previamente, con un mínimo de 8 ó 10 sesiones (dependiendo del tratamiento médico), una sesión por semana.

Cierre

IZT.

Se plantea la manera de evaluar por medio de entrevistas grupales los cambios logrados y los problemas encontrados.

Se evalúan las expectativas con las que entra al apoyo psicológico y con las que sale de él.

Se realiza una firma de contrato conductual en donde el paciente se comprometerá a llevar a cabo las terapias de apoyo enseñadas durante las sesiones.

Fase de Seguimiento.

Una vez que el paciente ha concluido su tratamiento, regresa periódicamente al hospital para un chequeo general por el equipo de salud y también debe ser evaluado a través de entrevistas por el psicólogo, con el fin de saber si existe, persiste o presenta alguna alteración psicológica e incidir en el problema hasta su resolución.

## VI. CONCLUSIONES.

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa, que afecta todo el ecosistema del enfermo que lo padece, en el cual intervienen diversos factores etiológicos, su evolución es incierta, la terapéutica difícil y los resultados ambiguos.

Desde Hipócrates y hasta la actualidad, se ha supuesto que existe una relación entre el tipo de personalidad y el cáncer; estudios realizados han demostrado que los estados depresivos y de ansiedad influyen de manera importante para el desarrollo y evolución de la enfermedad.

El paciente con cáncer suele aislarse con la consecuente sensación de soledad, depresión, angustia, miedo, enojo, desamparo, desesperación e incluso a llegar a tener deseos de muerte o intentos de suicidio.

Estos trastornos psicológicos no sólo afectan al enfermo sino que repercuten en su ámbito familiar, social y laboral; de aquí que surge la necesidad de que estos pacientes reciban apoyo psicológico por parte del equipo de salud a lo largo de todo el tratamiento.

Desde el momento del diagnóstico el paciente cambia sus patrones psicológicos a ser más severos, motivo por el cual se debe realizar una evaluación psicológica inicial,

desde la primera consulta para establecer su línea base en relación al tipo de personalidad del sujeto y poder observar que áreas hay que reforzar para su futuro tratamiento. Durante la evolución del padecimiento, el paciente está sujeto a una serie de estudios y tratamientos con sus consecuentes efectos colaterales, que tienden a agudizar los trastornos psicológicos. El equipo de salud debe continuar dando apoyo psicológico enfocado a minimizar dichas alteraciones.

Las posibilidades de intervención son múltiples y de muy diversas maneras, pero las más utilizadas y con buenos resultados son: la psicoterapia, terapia de grupo y terapia conductual.

Una vez iniciado el tratamiento médico ya sea por medio de quimioterapia, radioterapia o cirugía, el paciente comienza a presentar síntomas físicos debido a la agresividad de los tratamientos, que hacen sentir al paciente que su enfermedad se agrava y es entonces cuando el psicólogo en combinación con el médico tratante, deben evaluar los patrones psicológicos y fisiológicos que hay que cambiar y dar tratamientos conjuntos, (en casos de tratamientos quirúrgicos mutilantes, se le debe explicar al paciente que es más

importante la vida aún sin algún órgano).

Para ser el cáncer una enfermedad de larga evolución, las visitas al psicólogo deben ser periódicas y las terapias de apoyo intensas. Aún el paciente con altas posibilidades de fallecer debe ser tratado para bien morir.

Por todo lo anterior, se realizó una propuesta de apoyo psicológico del paciente con cáncer, que será una alternativa de intervención psicológica para estos pacientes:

A. Evaluación Pre-Diagnóstica por medio de:

1. Inventario multifacético de la personalidad de Minesota.
2. Escala de depresión de Zung.
3. Escala de Ansiedad de IDARE.

B. Evaluación posterior al diagnóstico.

1. Valorar los cambios de estudio psicológico previo.
2. Proporcionar apoyo psicológico en las áreas alte-

radas por medio de la terapia conductual, psicoterapia y terapia de grupo.

C. Evaluación durante su tratamiento.

1. Evaluar cambios de su estado psicológico actual.
2. Evaluar el tipo de apoyo psicológico que se le dió (para ver la efectividad del mismo).
3. Cambiar, reforzar o renovar el apoyo psicológico proporcionándole más motivación.

D. Fase de Seguimiento.

1. Evaluación periódica psicológica, posterior al tratamiento.
2. Incidir en los problemas que se vayan presentando.

Dado que el psicólogo es un profesionalista de reciente incorporación al equipo de salud, es necesario organizar sus propios procedimientos de atención y hacerlos accesibles al personal no especializado.

Se espera que éste escrito ayude al logro de dicho objetivo.

## BIBLIOGRAFIA

\* Alvarez Amezcuita J.; Barajas E.; Millán I.; Montañó G.; Zalce H.; Zuckerman C., Manual de Cancerología Básica. Secretaria de Salubridad y Asistencia. México 1983. Cap. I, II III, VI, VII, VIII y IX.

\* Barroso E.; Rendón J.; Medina R.; Mora T.; de la Mora S.; Registro Nacional de Cáncer, estado actual y perspectivas. Revista del Instituto Nacional de Cancerología, vol. 32 No. 3 y 4 pp 190-203 sept-dic. 1986.

\* Bayés R.; Psicología Oncológica Ed. Martínez Roca S.A. pp 187. Barcelona 1985.

Bleger José, Psicología de la Conducta. Ed. Paidós Buenos Aires. 1989 Cap. XIII.

\* Calderón N.G. Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. Ed. Trillas Cap. 6 y 7, México 1985.

Cueli J. y Reild L., Teorías de la Personalidad. Ed. Trillas México 1985.

Curtis M. Descriptive and Analytic Epidemiology Bridges to Cancer Control. Cáncer 62: 1680-1687 Octubre 1988.

Dattore P.J.; Shontz F.C.; Coyne L.; Premorbid personality differentiation of cancer and monocancer groups: A test of the hypothesis of cancer proneness. Journal Consult Clinic of Psychology 48: 388-394 Enero 1980.

De la Fuente M.R. Psicología Médica. Ed. Fondo de Cultura Económica pp 444 México 1985.

Ell K.; Nishimoto R.; Morvay T.; Mantell J. and Hamovitch M. A Longitudinal Analisis of Psychological Adaptation Among Survivors of Cancer. Cáncer 63: 406-43 enero 1989.

González S. Aspectos psicológicos de pacientes cancerosos.  
 Folia Psiquiátrica, Lab. Roche S. A.; Fascículo No. 8 pp  
 16-22 1985.

Grassi L.; Albieri G.; Rosti G.; marongolo M.; Psychiatric morbidity after cancer diagnosis. Journal New Trends in Experimental and Clinical Psychiatri, vol. 3 (3-4): 199-205 Jul-Dec 1987.

Greer S. and Burgess C. A self-estem measure for patrients with cancer. Psychology and Health vol. 1 (4): 327-340 Dec 1987.

Griffiths M. Oncología Básica Fisiopatología, Evaluación y Tratamiento. Prensa Médica Mexicana, Cap. 1 y 2 México 1988.

Holmes B.C. Psychological Evaluation and Preparation of the Patient and Family. Cáncer 60: 2021-2024, Oct. 1987.

Lara Muñoz M.C. Reacción Psicológica al Cáncer. Revista de Salud Mental, vol. 7: 6p 61-66 invierno 1984.

Love R.; Leventhal H.; Douglas V. and Nerez D. Side Effects and Emotional Distress During Cancer Chemotherapy. Cáncer 63: 604-612 feb. 1989.

Meerwein F. La Psicología del Canceroso. Folia Psiquiátrica Lab. Roche S.A. Facículo No. 8 PP-6 1985.

Mischel W. Introducción a la Personalidad. Ed. Interamericana Buenos Airaes 1988.

Morris T.; Greeg H.S.; Whithe P. Psycological and Social Adjustment to Mastectomy; A 2-year Follow-up Study. Cáncer 40; 2381-2384 Oct. 1987.

\* Olper Palacci R. Aspectos Psicosociales del Paciente con Cáncer. Folia Psiquiátrica, Lab. Roche, S.A., Facículo No. 8 pp 7-15 1985.

Pacull Sergio. Cura y Prevención del Cáncer. Editorial Posada, México 1984.

Persky V.; Kempthorne-Rawson J. and Shekell R. Personality and Risk of Cancer: 20-year follow-up of the Western Electric Study. Psychosomatic Medicine 49: 435-449 (1987).

Reed W.H. and Jacobsen P.B. Emitiones and Cancer New Perspectives on an old Question. Cáncer 62: 1871-1879 Oct. 1988.

Robins S.L. Tratado de Patología. Ed. Interamericana Buenos Aires 1985.

Satariano W. and Swanson M. Racial Differences in Cancer Incidence; the Significance of Age-Specific Patterns. Cáncer 62: 2640-2653 Dec. 1988.

\* Schávelzon José y Colaboradores. Cáncer. Enfoque Psicológico. Ed. Galerna Buenos Aires 1966.

Schávelzon José. Paciente con Cáncer Psicología y Psicofarmacología. Ed. Científica Interamericana Buenos Aires 1987.

Secin Diep R. Acontecimientos Vitales y Enfermedad Neoplástica Revista de Salud Mental, vol. 7 pp 67-70 Invierno 1984

Vinokur A.; Threatt B., Caplan R. and Zimmerman B. Physical and Psychosocial Functioning and Adjustment to Breast Cancer. Long-Term follow-up of a Screening Population. Cáncer 63: 394-405, Jan. 1989.

Weinhouse Sidney. Keynote Address. The Role of Diet and Nutrition in Cancer. Cáncer 58: 1791-1794 Sep. 1986.

Weinber R.A. and Sloan A.P. The Genetic Origins of Human Cancer. Cáncer 61: 1963-1968 Oct. 1987.

Wolber W.; Romsaas E.; Tanner M. and Malec J. Psychosexual adaptation to Breast Cancer Surgery. Cáncer 63: 1645-1655