



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

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

**LOS PERFILES COGNITIVOS Y LAS ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO DE PACIENTES ONCOLOGICOS:
ELEMENTOS PARA UNA CONSIDERACION DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES TERMINALES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LIC. ELOISA DELGADO VALDEZ

ASESOR: MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ

MEXICO, 1995



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.

A TODOS LOS QUE PARTICIPARON PARA LA ELABORACION DE ESTA TESIS

UN UN SINCERO AGRADECIMIENTO

ASESOR JORGE LUIS SALINAS R.

DOCTOR M. FRANCISCO GARCIA R.

DOCTOR HECTOR E. GONZALEZ

A TODOS LOS PACIENTES DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO QUIENES

PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

A MIS PADRES

A MI FAMILIA

AMIGOS QUIENES ME APOYARON

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1.....	5
EL PACIENTE ONCOLOGICO: UN PUNTO DE VISTA MEDICO	
1.1 DEFINICION DE CANCER	
1.1.1 NOMENCLATURA.....	7
1.1 ETIOLOGIA	
1.2 DIAGNOSTICO.....	10
1.2.1 RADIODIAGNOSTICO.....	11
1.2.2 TOMOGRAFO.....	12
1.2.3 ECOGRAFIA	
1.2.4 RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN)	
1.2.5 MEDICINA NUCLEAR.....	13
1.2.6 ENDOSCOPIA	
1.2.7 BIOPSIA Y EXAMEN CITOLOGICO	
1.2.8 EXAMEN BIOQUIMICO	
1.3 TRATAMIENTO.....	14
1.3.1 CIRUGIA	

1.3.2	RADIOTERAPIA.....	15
1.3.3	QUIMIOTERAPIA.....	16
1.3.4	QUIMIOTERAPIA-CIRUGIA.....	17
1.4	COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO MEDICO	
1.5	CONSECUENCIAS E IMPLICACIONES PSICOLOGICAS	

CAPITULO 2.....	19
-----------------	----

EFFECTOS DEL CANCER SOBRE LA CONDUCTA, SUS IMPLICACIONES PARA EL PRONOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE

2.1	TEORIAS COGNITIVO Y CONDUCTUALES	
2.1.1	TEORIA DEL INCENTIVO POR DESEMPEÑO DE KLINGER.....	19
2.1.2	TEORIA DE LA REACCION A LA CRISIS DE SHONTZ.....	20
2.1.3	APROXIMACION DEL DESAMPARO APRENDIDO.....	21
2.1.4	APROXIMACION PERSONOLOGICA.....	22
2.1.5	MODELO COGNITIVO DE LA EXPECTANCIA.....	23
2.1.6	MODELO INTEGRATIVO DE WORTMAN Y BREHM.....	24
2.2	ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CANCER.....	26
2.3	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CON CANCER.....	29

2.4 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL PACIENTE CON CANCER.....	33
3 METODOLOGIA.....	36
SUJETOS	
MATERIALES.....	39
DISEÑO.....	42
PROCEDIMIENTO	
4 RESULTADOS.....	44
ANALISIS DE RESULTADOS	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXOS.....	76

En los pacientes con cáncer, aparte del sufrimiento y dolor físico por el que atraviesa, también existe dolor emocional, manifestandose de diferente manera (depresión, ansiedad, cambios en sus actividades); además de presentar pérdida en funciones físicas y trastornos psicológicos causados por el evento y, a su vez provoca cambios en su entorno alterando su condición. Se atribuye ésto, al impacto que recibe el paciente ante el diagnóstico, así como a la relación familiar y medio social, ya que consideran que cáncer significa muerte o no volver a ser como antes (incapacidad, dolor, soledad, castigo o culpa por malas acciones). De aquí se desprende que las alteraciones pueden dividirse en cuatro grupos: Afecto, Síntomas físicos, Soporte social, y cognición. A partir de esto y con las teorías cognitivas y conductuales que explican el proceso o desarrollo de una crisis y la adaptación de ésta, surge la premisa cuál es el tipo de afrontamiento del paciente oncológico y qué hace para superar su enfermedad.

Por lo que se elaboró un instrumento que proporciona el perfil del paciente, determinando estilos o estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales (efectivas o inefectivas) ante su enfermedad con la finalidad de orientarlas al apoyo psicológico, así como apoyo a mejorar su calidad de vida en su entorno social.

Participaron ochenta pacientes oncológicos (entre 15 y 88 años) que recibían tratamiento en el Hospital Juárez de México, y a quienes se les aplicó: una entrevista semiestructurada, test de ansiedad IDARE, MMPI, Inventario de estilos cognitivos-conductuales (nombre tentativo del instrumento elaborado del estudio). La variable dependiente: respuestas cognitivas-conductuales, variable independiente: presencia de cáncer; tipo de tratamiento; tiempo en tratamiento, variable control: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil. Se dividieron dos grupos: tiempo en tratamiento (0-4 meses, 5-10, y de 12-38) y por tipo de tratamiento (quimioterapia, radioterapia, y mixto).

Se encontró que los pacientes oncológicos el estilo o estrategia de afrontamiento que utiliza para salir adelante de su enfermedad es inefectiva, siendo más significativa entre pacientes de quimio y tratamiento mixto, sus pensamientos y conductas son negativas, y en el caso de los pacientes con quimioterapia manifiestan cogniciones positivas, nuevas, asertivas, pero estas no son llevadas a la práctica. En el caso de duración del tratamiento, los de 0-4 meses presentan las mismas características que los pacientes en radioterapia. Y los enfermos con 5-10 y 12-38 meses presentan inefectividad en sus estilos de afrontamiento, no son participativos y tienden a evitar la realidad o las presiones de ésta. En relación al MMPI todos los pacientes manifiestan algún grado de depresión lo que es significativo para el trabajo psicológico con dichos pacientes.

INTRODUCCION

En el pasado, como en la actualidad, en sociedades occidentales, vejez y muerte eran cosas para ser evitadas y retrasar el mayor tiempo posible. Ambas se caracterizan por pérdida en funciones físicas y psicológicas; éstas pueden compensarse de alguna manera, sin embargo, el efecto combinado de muchas pérdidas y el tipo de relaciones sociales de la persona, produce sentimientos de carencia de control y desamparo, que afectan la visión de sí mismo y la realidad a la que se enfrenta. Se hace más significativo cuando el individuo se encuentra en una situación amenazante, que no puede ser controlada por sí misma, como sufrir una enfermedad que puede ser irreversible: cáncer.

Cáncer es un término générico que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células, que puede invadir tejidos normales, o diseminarse a otros órganos (metástasis). El grado de malignidad de un cáncer se basa en la propensión de estas células a invadir y a diseminarse a distancia.

Aparte del sufrimiento y dolor físico por el que atraviesa el paciente con cáncer, también hay dolor emocional (diagnosticado como depresión y ansiedad, y cambios en sus actividades); manifestándose de diferente manera para comprender ésto es necesario hacer una revisión teórica de qué es la depresión y sus diferentes características ante la enfermedad.

Pacientes diagnosticados con cáncer presentan: pérdidas en funciones físicas y trastornos psicológicos causados por el evento y, que a su vez provoca cambios en su entorno alterando su condición. Se atribuye ésto, al impacto que recibe el paciente ante el diagnóstico, así como a la relación familiar y medio social, ya que para la mayoría de los pacientes, cáncer es sinónimo de muerte, incapacidad, dolor, soledad, y no volver a ser como antes. Así mismo, se acentua el recordar casos de cáncer en familiares o amigos, los sufrimientos hasta la muerte, y tienden a olvidarse los casos curados; no aceptan la posibilidad de curación, perciben la enfermedad como castigo o culpa. De esto se desprende que las alteraciones pueden dividirse en cuatro grupos: 1)Afecto; 2)Síntomas físicos; 3)Soporte social; 4) Cognición (Spiegel, 1985).

1. Afecto: los estudios han demostrado la notable prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con cáncer. Taylor, Lichyman y Wood (1984) afirman que el cáncer mamario produce problemas de adaptación, incluyendo depresión, ansiedad, enojo, hostilidad, sentimientos de vergüenza y desvalorización. En resumen, se han observado que el 47% de estos estudios con pacientes oncológicos, se han diagnosticado de acuerdo a la lista del DSM-III; el 80% (aproximadamente) de los pacientes han tenido reacciones de adaptación y el 13% presentan mayor desorden afectivo (depresión).

2. Síntomas físicos: que presentan los pacientes con cáncer, se encuentra disminución de energía; muchos pacientes, especialmente aquellos que tienen cáncer o sarcomas mamarios, tienen que enfrentarse con mutilaciones y limitaciones en habilidades físicas. Frecuentemente se reporta falta de interés por relaciones sexuales, no sólo en las mujeres con cáncer en el sistema reproductor sino también en pacientes de ambos sexos con otro tipo de cáncer; esto debido a la fatiga, a depresión, la ansiedad y los cambios en apariencia física, además de presentar en mayor cantidad enfermedades psicosomáticas (Spiegel, 1985).

Varios estudios indican que el dolor y la ansiedad interactúan. El dolor puede ser sustituido o agravado por la ansiedad en condiciones de tal enfermedad (Kuhn y Dradman, 1979; Garratt, 1978; en Spiegel, 1985).

Los efectos negativos de las reacciones de ansiedad y depresión los lleva a desarrollar conductas como insomnio, inhabilidad para concentrarse, pérdida de apetito, uso de tranquilizantes, alcohol o llegar al suicidio (Taylor, Lichman y Wood, 1984). Otros síntomas son: palpitaciones, náuseas, insomnio, diarrea, irritabilidad, fatiga, letargo, trastornos de sueño y del apetito, incapacidad para concentrarse y retraso psicomotor (Bruner y Suddarth, 1986; en Spiegel 1985).

Otro estudio (Spiegel, 1985), en el que intervinieron 86 mujeres con carcinoma metastásico del seno se observó que el 57% de ellas presentan dolor. La situación de metástasis no fue un predictor significativo del dolor, pero sí una asociación significativa entre el valor que le dan al sentir dolor (de acuerdo a la experiencia); es decir, la presencia de deformaciones derivadas incrementa las sensaciones del dolor y lleva al uso de analgésicos y a incrementar dolor somático.

Los síntomas físicos, como dolor y los trastornos afectivos, como la depresión y ansiedad están entrelazados y mutuamente modulados o regulados.

3) El tercer grupo se refiere al soporte social, donde las evidencias clínicas demuestran que estas personas manifiestan aislamiento social; comúnmente temen por familiares y amigos quienes tienden a decir cosas desagradables, a manifestar ansiedad al contagio, lo que implica una fuente importante de desajuste.

La naturaleza del medio ambiente familiar puede afectar el estado de ánimo de los pacientes. Cuando el ambiente familiar de los pacientes son expresivos (caracterizado como tendencia entre miembros de la familia para participar en sus problemas y sentimientos), esto lleva a que ellos experimenten niveles bajos de estado de ánimo, a diferencia de pacientes cuyo ambiente familiar se caracteriza por niveles de alto conflicto. Es decir, que el ambiente familiar influye para la adaptación afectiva del paciente a su enfermedad y afecta la sensación y expresión de dolor y el estado de ánimo.

Locus de control, se considera como una expectativa generalizada perteneciente a la unión entre características personales y/o acciones de sí misma como consecuencias experimentadas por las personas. La persona que se describe a sí misma como poseedora de expectativas generalizadas de control externo, aparentemente congruentes pero con incapacidad para describirlas, tienen menos posibilidad de ser activas y manifestar bienestar, no expresa información acerca de sí mismos, ni afecto (aprendizaje social); en otras palabras este término psicológico (locus de control) influye en el estado de ánimo y actividades realizadas por la persona. (Lefcourt, 1982).

Locus de control es un mediador de la persona, encaminada a la búsqueda de una mejor calidad de vida (Lefcourt, 1982). En la teoría de Rotter (1972), las expectativas específicas aplicadas en situaciones (nuevas o momentáneas) donde las personas ya tienen previa experiencia; en el ambiente familiar, tareas, o interacciones individuales, (cuando ya se establecieron expectativas particulares o específicas) presentan mayor facilidad para resolver problemas.

En la teoría de aprendizaje social: expectativa y reforzamiento, proporcionan medidas que afectan a los sujetos y sus valores (interacción social, estatus).

4. El último grupo de refiere a la cognición, relacionado a estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer, las cuales se definen:

a) dominio; experiencia de ser autosuficiente, hábil para controlar situaciones que se le presenten, así como ser capaz de ofrecer ayuda a los demás; b) social; se incluye asertividad en relaciones interpersonales; c) expresión de pensamientos positivos.

Otro estudio de Spiegel, (1985) menciona que sufren de alto dolor emocional caracterizándose como pesimistas, además existe mayor número de problemas maritales antes del tratamiento.

Koocher y O'Malley (1981) han demostrado que existe una conexión entre pensamientos, estrategias de afrontamiento y ajuste de los pacientes a la enfermedad.

El tipo de afrontamiento que tiene el paciente, ya sea efectivo o no efectivo, influye en su calidad de vida, en el mejoramiento de sí mismo y de la enfermedad, así como el seguir adecuadamente las indicaciones médicas.

Schulz (1976,1978, en Reed y Jabobsen, 1981), sugiere en sus estudios, que el paciente con cáncer en fase terminal, los sentimientos manifestados sobre eventos importantes puede determinar tanto su pronóstico físico como sus reacciones psicológicas a la enfermedad. Verwoerd y Elmore (1961) señalan al respecto que la respuesta a los tratamientos de cáncer y la probabilidad de sobrevivir se relacionan con la manifestación de sentimientos individuales, de acuerdo a la percepción que tengan de su vida: los pacientes con más control en su forma de percibir la vida tienden a responder mejor al tratamiento y a vivir más tiempo. Esto depende de la experiencia previa del paciente, su edad, el tipo de tratamiento que recibe, así como la información que maneje de la enfermedad, su habilidad para manejar diferentes situaciones y del apoyo familiar.

Las estrategias de afrontamiento que menciona Cook Gotay (1984), de pacientes con cancer son: buscar información, hablar más de uno mismo, tratar de olvidar, buscar algunas cosas favorables acerca de su situación, buscar autonomía, toma de decisiones firmes, aceptar lo inevitable, tener fe y esperanza, así como hablar con otros, vivir el hoy.

Son dos variables psicológicas; predictibilidad y control, las que aparecen como importantes en los resultados de salud en situaciones estresantes. Cuando el evento es la muerte, que representa la aniquilación total, donde la posibilidad de realizar objetivos se destruye, se presentan comportamientos perjudiciales que conducen a estados severos de depresión y angustia (Shenidman, 1973). Esto produce que su enfermedad avance con mayor rapidez de lo previsto.

Debemos comprender las consecuencias psicológicas del cáncer en el paciente oncológico, qué las provoca y como detectarlas tempranamente. Para responder a esto se revisa a continuación algunas teorías, que explican los procesos cognitivos-conductuales y las reacciones del medio tomando como base estas teorías, se intenta explicar los aspectos psicosociales relacionadas al cáncer, y consecuencias principales (depresión y ansiedad). Con la finalidad de elaborar un instrumento que proporcione el perfil del paciente, que permita determinar, el tipo de afrontamiento del mismo, así como factores que influyen en él, como recurso del trabajo psicológico del paciente con cáncer, siendo éste específico en cada caso particular con necesidades y demandas propias (individual y/o familiar).

Además se considera un capítulo de definiciones médicas del cáncer para comprender cómo esta enfermedad influye en la personalidad (cambios físicos y emocionales) del paciente oncológico.

Se elaboró un instrumento que permite detectar las estrategias cognitivo-conductual (tipo de afrontamiento) que presenta el paciente oncológico ante su enfermedad con la finalidad de orientarlas al apoyo psiconcológico, así como apoyo a mejorar su calidad de vida en su entorno social

Este instrumento puede proporcionar información importante para el pronóstico médico y psicológico, con la aclaración que se debe realizar otra (s) investigación(es) para mayor confiabilidad y validez del mismo.

CAPITULO 1

EL PACIENTE ONCOLOGICO: UN PUNTO DE VISTA MEDICO

1.1 DEFINICION DE CANCER

En sentido literal, neoplasia significa "nuevo crecimiento" o "neoformación" y la masa de células que forma el nuevo crecimiento es una neoplasia. Neoplasia, se define como una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede de los tejidos normales, que no está coordinado con estos mismos, y persisten de la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio. Esta masa anormal carece de finalidad, hace presa del huésped en cuanto a la nutrición, respiración y el riesgo sanguíneo, además de muchas neoplasias necesitan incluso soporte endócrino.

No todos los tumores son neoplásicos y pueden ser producidos por hemorragias o edema. Sin embargo, la historia ha hecho sinónimo tumor y neoplasia; por ejemplo, la oncología (oncos=tumor) es el estudio de los tumores o, más exactamente, el estudio de las neoplasias.

Cáncer es un término genérico que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos anormales o diseminarse a otros órganos (metástasis). EL grado de malignidad de un cáncer se basa en la propensión de estas células a invadir y a diseminarse a distancia.

Los calificativos benignos y malignos, según se aplican a las neoplasias, tienen deducciones clínicas. La designación de benigno significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativamente lento, no se diseminara por el cuerpo (no es metastásico) y es susceptible de extirpación con cura del paciente. En cambio, casi todas las neoplasias malignas tienen las potencialidades de crecimiento rápido, invasión y destrucción de tejidos adyacentes y diseminación en todo el cuerpo que origina la muerte (Tubiana, 1989).

1.1.1 NOMENCLATURA

En cuanto a la nomenclatura de los tumores no se sigue un sistema constante y único. La mayor parte de los tumores benignos se designan histológicamente (por composición y estructura microscópica de los tejidos orgánicos) agregando el sufijo -oma- al tipo celular que forma la neoplasia, por ejemplo, fibroma de fibrositos, lipoma del tejido adiposo.

Este sistema es adecuado para los tumores mesenquimatosos benignos (los que nacen en músculos, hueso, tendón, cartílago, grasa, vasos sanguíneos, tejidos fibrosos y linfoide), porque las células tumorales suelen guardar íntima semejanza con los equivalentes naturales, y las diversas células mesenquimatosas del adulto son lo suficientemente características para diferenciarlas con facilidad una de otra. Sin embargo, los tumores benignos de origen epitelial no se sujetan a esta clasificación. En consecuencia, las neoplasias benignas se clasifican de diversas maneras, algunas fundándose en las células de origen, otras en la arquitectura microscópica y otras en grupo de carácter microscópicos.

La nomenclatura para los tumores malignos sigue, en esencia, el sistema utilizado para las neoplasias benignas, con algunas añaduras. Los cánceres que nacen en tejido mesenquitomatosos se llaman (sarcomas), por ejemplo, la neoplasia maligna de fibrocitos en fibrosarcoma. Los sarcomas también se clasifican según la histogénesis. Las neoplasias malignas originadas en células epiteliales, que provienen de cualquiera de las tres capas germinativas, se llaman carcinomas. También se acostumbra especificar, cuando se es posible, el órgano de origen; sin embargo, no es raro que un caso consista en células muy primitivas e indiferenciadas y deba designarse sencillamente tumor maligno poco diferenciado o no diferenciado o, cuando sea posible, carcinooma indiferenciado o sarcoma indiferenciado. En algunos tumores la diferenciación divergente de las células neoplásticas origina más de un tipo celular en la neoplasia; entonces se clasifican como mixtas; por ejemplo, tumor mixto originado en las glándulas salivales, otro nombre de esta lesión es el adenoma pleomórfico, lo cual indica que se trata básicamente de un tumor glandular benigno que posee morfología divergente.

Otro grupo que debe distinguirse de la neoplasia simple se llama compuesta o teratógena, para indicar que contienen varios tipos celulares característicos de más de una capa germinativa. Estas neoplasias teratomas provienen de células totipotenciales (células capaces de dar origen a células de todos órdenes) por lo cual se encuentran principalmente en las gónadas (glándulas productoras de gametos masculinos o femeninos, testículos u ovarios).

Cada tumor tiende a seguir un comportamiento específico, por ello su designación concreta entraña deducciones clínicas de importancia.

La clasificación en grados de un cáncer tiene la finalidad de establecer un cálculo de la agresividad o el grado de malignidad, fundándose en la diferenciación citológica de las células tumorales y en el número de mitosis dentro del tumor. La clasificación en etapas del cáncer se funda en las dimensiones de la lesión primaria, el grado de propagación a ganglios regionales y si hay o no metástasis.

El grado de anaplasia de un tumor específico puede variar con el tiempo, algunas neoplasias malignas que comienzan como lesiones razonablemente bien diferenciadas se tornan progresivamente más indiferenciadas al exceder el número de clones (es la formación de colonias, provocado por un error genético llamado traslocación en el gen Filadelfia, la cual produce leucemia), anormales más agresivos de los clones mejor diferenciados. Además, varía mucho el aspecto histológico de los cánceres de una región a otra, por lo que quizá la biopsia no valore verdaderamente la neoplasia global, además, puede haber ambigüedad entre el aspecto histológico aparentemente benigno de un cáncer y la conducta biológica muy agresiva.

El sistema de clasificación (De Vita et cols. 1988), en etapas tal vez más empleado en la actualidad es el sistema $t\ n\ m$ (T=tumor primario, N=ataque de ganglios linfáticos, del inglés node, y M=metástasis) presentado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) que depende de cálculos clínicos y anatómicos de las dimensiones y la malignidad de una neoplasia específica.

Al aumentar las dimensiones, la lesión primaria se clasifican de T1 a T4. No significaría, que no hay metástasis ganglionares pocas o abundantes. No, denotaría que no hay metástasis a distancia, en tanto que M1 y M2 indicarían presencia de metástasis y algo de juicio en cuanto a su número.

1.1.2 ETIOLOGIA

Pese a que la etiología del cáncer en el humano aún no puede ser explicada a nivel molecular, se han identificado diversas sustancias carcinogénicas ambientales, y probablemente los virus intervengan en los procesos neoplásicos. La otra variable de la inducción del cáncer es la carga genética del huésped, que junto con los factores inmunológicos relacionados con ellos, puede predisponerse al carcinoma genético causal.

Los virus se han comprobado como causa en neoplasia malignas desde la demostración de Ellerman y Bang en 1908 de la transmisión de leucemia a pollos por filtrados sin células obtenidas de células leucémicas. Desde entonces se han identificado muchos virus oncogénicos y pueden clasificarse en grupos de DNA y RNA. Ambos tienen la capacidad de introducirse en el genoma del huésped directa o indirectamente como sucesiones de DNA.

Los virus oncógenos de RNA pertenecen a la familia de retrovirus y suelen llamarse oncornavirus (virus oncógenos de RNA), son causa natural de neoplasias malignas en muchos huéspedes y comparten características físicas, bioquímicas e inmunológicas.

En cuanto a los agentes ocupacionales y ambientales como causa de cáncer fueron descubiertos por Sir Percival en 1975 (Bayés, 1985); cuando relacionó la elevada frecuencia del cáncer de escroto en desoholladores por su exposición crónica al hollín. En 1915 Uamagiwa e Ichikawa obtuvieron el primer modelo experimental químico del cáncer pincelando repentinamente la oreja de un conejo con alquitrán; más tarde investigadores británicos comprobaron que contenía hidrocarburos aromáticos policíclicos fuertemente carcinógenos ocupacionales y ambientales (Bayés, 1985).

Tabla 1. Carcinogénico y neoplasia a la que se asocia.

CARCINOGENICO	NEOPLASIA A LA QUE SE ASOCIA
Hollín de chimenea	Cáncer escrotal
Asbestos	Mesotelioma, cáncer pulmonar
Uranio	Cáncer pulmonar
Humo	Cáncer pulmonar, cáncer de la porción superior del aparato respiratorio
Tintes de naftaleno	Cáncer vesical
Benceno	Leucemia mielógena aguda
Cloruro de vinilo	Hemagiosarcoma hepático

Frecuentemente hay un gran período de la latencia entre la exposición a un carcinogénico y el desarrollo de la neoplasia; por ello, a menos que se origine un cáncer poco común, y/o se toma en consideración la posible relación entre la exposición a determinada sustancia química y la neoplasia. Este período de latencia, también dificulta los programas de observación carcinogénica. sólo la detección de la frecuencia de varios tipos de cáncer en diferentes poblaciones, a lo largo de un período determinado, puede proporcionar un indicio de la presencia de los carcinogénicos ambientales (De Vita, 1988, tabla 1).

También, se ha demostrado que la radiación en cualquier forma, así como algunos fármacos, se asocian inequívocamente con la producción de cáncer. Los sobrevivientes de Hiroshima y Nagasaki tenían una frecuencia mayor de leucemia granulocítica aguda y crónica, que alcanzó su máxima, aproximadamente siete años después de la explosión.

Los fármacos que pueden interactuar con el DNA (agentes aniquilantes), los inmunosupresores y las hormonas tienen toda la potencialidad de originar neoplasia en el ser humano. Por ejemplo se ha asociado el uso prolongado de agentes aniquilantes en dosis terapéuticas con o sin radioterapia, con la mayor frecuencia de leucemia mieloblástica aguda, o de sus variantes en pacientes con enfermedad de Hodgkin's, mieloma múltiple y cáncer ovárico. El problema de la detección de la carcinogenicidad de las sustancias químicas se pone de manifiesto por la aparición de adenocarcinomas vaginales en los productos de madres con estrógenos durante el embarazo (Peterson, 1987).

El hecho de que no todos los humanos que se exponen a una misma dosis de carcinogénicos desarrollan cáncer, indica que los factores inherentes al huésped intervienen de manera importante en el proceso de producción del mismo. Algunos trastornos familiares y genéticos pueden dividirse en los que tienen un patrón hereditario bien definido, con una frecuencia alta en los miembros de la familia; lo de carácter genético y familiar, con riesgo elevado; los definidos. Además existe un grupo de alteraciones familiares asociadas a anomalías citogenéticas que tiene un elevado riesgo de cáncer (De Vita, 1988).

Por otro lado, se ha sugerido que se producen constantemente células neoplásicas en todo individuo, atribuyéndose al sistema inmunológico una función protectora del huésped contra estos clones neoplásicos mutantes. Queda implícita, dentro de esta hipótesis de "vigilancia inmunológica", la presencia de neoantígenos que identifican a los clones anormales como extraños (ajenos), haciéndolos así reconocibles para el huésped que posee un sistema inmunológico eficiente. Cuando esta vigilancia es deficiente, por lo general, se eleva la frecuencia de cáncer. Los tumores son más frecuentes en pacientes con deficiencias congénitas del sistema inmunitario, así como en aquellos con deficiencias adquiridas o inducidas (Paterson, 1987, tabla 2).

Tabla 2. Factor genético y tipo de cáncer

FACTOR GENETICO	CANCER
Patrón hereditario bien definido con elevada frecuencia en los miembros de la familia	retinoblastoma, sentomatosis endócrina múltiple

Anomalías familiares y genéticas que representan un alto riesgo de cáncer.	Poliposis múltiple de colon
Factores genéticos menos definidos	Mama (riesgo aumenta de tres a cinco veces si algún pariente del paciente padece de cáncer mamario)
Enfermedades familiares asociadas	Síndrome de Dolon*, Síndrome de Boom*, Síndrome de Fanconi, Estados de deficiencia inmunológica; aglobulinemia gamma, ataxia, telangiectasia.

*Los fibroblastos cultivados de estos pacientes son más sensibles a las transformaciones por virus oncógenos.

1.2 DIAGNOSTICO :

Los métodos de diagnóstico (De Vita 1988) se emplean cuando se presentan tres situaciones (con frecuencia las dos primeras se reúnen bajo el término de examen preventivo):

A. Detección de lesiones precancerosas: al menos en dos casos, el cáncer del cuello uterino y los cánceres proctocólicos, el cáncer está precedido por lesiones cancerosas que con la exéresis puede evitarse que aparezcan.

B. El diagnóstico precoz del cáncer antes de que alcance un tamaño suficiente (al menos 1g.) para ser detectable en los exámenes clínicos.

C. La investigación de la causa de síntomas que haya alertado al enfermo o a su médico en el plano clínico; los signos de alarma que hacen pensar en la existencia de un cáncer y ocasionar consulta médica son:

a) Un nódulo indoloro en el seno o un derrame anormal en el pezón;

b) una ulceración persistente en la boca, lengua o labios;

c) un dolor en la garganta, ronquera persistente, dificultad para ingerir los alimentos, particularmente en el fumador y en el alcohólico;

d) todo mal constantemente de origen desconocido, sobre todo en el fumador.

e) Un pequeño tumor en la piel que crece o se ulcera.

f) Un lunar que aparece en la edad adulta o que aumenta de tamaño, se extiende, cambia de color y se inflama.

g) Toda pérdida anormal de sangre por los orificios naturales (boca, ano, vagina, útero), y en la mujer secreciones uterinas y vaginales después de la menopausia; la presencia de sangre en el excremento o en la orina.

h) Problemas digestivos permanentes como constipación y diarrea alternadas, sobre todo acompañadas de pérdida de peso.

i) Una alteración del estado general con pérdida de peso y fatiga.

El examen posterior a estos síntomas inicia con la examinación médica, que luego incluye exámenes clínicos para confirmar el diagnóstico.

1.2.1 Radiodiagnóstico

Este examen es básico para explorar el pulmón , el esqueleto y algunos tejidos (por ejemplo, seno).

Con ayuda de sustancias de contraste más densas (barita, productos yodatados, etcétera) o menos densos (aire) que los tejidos, se puede estudiar el tracto digestivo, la cavidad uterina (histerografía), las cavidades renales y la vejiga (urografía intravenosa). Al inyectar sustancias de contrastes en la sangre (arteriografía o radiología digital), es posible ver la red arterial o venosa del órgano estudiado.

1.2.2 Tomógrafo

También utilizan rayos X, pero la imagen se reconstruye con ayuda de una computadora que hace la síntesis de las imágenes obtenidas durante la rotación. De esta manera, se obtienen verdaderos cortes anatómicos de gran finura. Debido a la diferencia de densidades entre el cáncer y el tejido sano, el tomógrafo permite descubrir y delimitar el tumor en condiciones excelentes.

1.2.3. Ecografía

Los ultrasonidos son vibraciones mecánicas. La propagación de un haz ultrasonido en el organismo proporciona información sobre la forma y la dimensión de las vísceras, es decir, sobre la posible existencia de heterogeneidad dentro de ésta.

La ecografía proporciona valiosa información de tejidos tales como el hígado, el bazo, la tiroides, etcétera, que no pueden estudiarse bien con la radiología clásica, pues su densidad es muy parecida a la de los tejidos contiguos. De este modo se puede discernir la existencia de tumores, incluso cuando son muy pequeños (1cm).

1.2.4 Resonancia Magnética nuclear (RMN)

En este examen el organismo es sometido a un intenso campo magnético de 0.3 a 2 teslas. Los núcleos de los átomos que contienen un número non o partículas (en partículas hidrógeno) se orienta bajo la influencia de este campo. Esta orientación se modifica con un campo magnético complementario que se interrumpe bruscamente, los átomos recuperan entonces su orientación de equilibrio y emiten ondas electromagnéticas (como la luz y los rayos X pero de mayor longitud de onda). La recepción de estas ondas permite construir diferentes tipos de imágenes que ponen de manifiesto no solamente las diferencias de concentración del átomo estudiado, sino también las fuerzas de enlace a las cuales están sometido. Las características de las emisiones electromagnéticas dependen de enlaces atómicos en las moléculas (de la composición química) y del estado físico del medio (sólido o líquido).

Las imágenes RMN pueden proporcionar información más complejas que el tomógrafo, sin embargo, la obtención de imágenes es más tardada y los aparatos son más costosos.

1.2.5 Medicina Nuclear. ✓

Se basa en el empleo de isótopos radiactivos y la captación de sus emisiones. Estos isótopos se introducen en las moléculas fijas en forma selectiva en tejidos tumorales que después pueden ser localizados gracias a centellografas que proporcionan una imagen de su distribución en el organismo estudiado de la molécula marcada por ellos.

Estos métodos son valiosos porque pueden proporcionar información sobre la morfología y la actividad funcional de los tejidos a la vez.

1.2.6 Endoscopia ✓

El empleo de fibroscopios flexible, en fibras de vidrio, ha aumentado considerablemente el uso de este método y lo ha hecho menos doloroso, en la cavidad explorada se introduce un tubo flexible cuyo extremo está provisto de una luz que permite ver las paredes del órgano. En ocasiones también está provisto de pinzas que permiten tomar muestras.

1.2.7 Biopsia y examen citológico ✓

El aspecto de las células cancerosas vistas con el microscopio es diferente al de las células del mismo tejido. La disposición de un tumor, es decir, la forma en que las células están dispuestas unas en relación con otras, es muy diferente de las de un tejido sano. En este último caso, las estructuras son regulares y tienen límites precisos que separan las diferentes regiones de un tejido entre sí, en un tumor las células dispuestas de manera anárquica e infiltran los tejidos vecinos.

De todos los métodos disponibles para efectuar el diagnóstico del cáncer, solo el examen del tejido al microscopio es confiable, pues es sumamente difícil distinguir entre un tumor benigno y uno maligno a simple vista. La citología, hace suponer hechos muy importantes y suficientes para recomendar una intervención quirúrgica. Este método permite hacer también el diagnóstico de la leucemia gracias al examen de las células de la sangre y de la médula ósea. Según el tejido del que se trate, se obtienen células ya sea frotando la mucosa para desprenderlas o por aspiración mediante una ahuja y una jeringa. >

1.2.8 Examen Bioquímico

La sangre y la orina se utilizan para un gran número de pruebas cuando se duda del origen de un tumor, estos exámenes ayudan a determinar el tejido afectado. Sin embargo, si bien ponen de manifiesto una alteración de un tejido, no permiten establecer la naturaleza maligna de la lesión.

1.3. TRATAMIENTO

El primer tratamiento para el cáncer (Peterson, 1987), fue la cirugía, pero en la actualidad, la radioterapia y la quimioterapia desempeñan un papel importante (Peterson,1987).

En la actualidad, cerca de la mitad de los cancerosos tratados mueren por otras causas ajenas a la enfermedad. En primer término la supervivencia a los cinco años constituye un criterio aceptable de remisión. Este progreso ha sido considerable y se debe a varias causas:

a) una mejor información del público: en promedio los enfermos acuden a la consulta cada vez más pronto. Sin embargo, este progreso es desigual en las diferentes capas de la población.

b) Los progresos en el diagnóstico: que permiten identificar los tumores más precozmente.

c) Los progresos terapéuticos propiamente dichos.

El porcentaje de curación varía mucho según el tipo de cáncer. No obstante, el aumento en el nivel de supervivencia no es prueba de los progresos alcanzados. Este aumento va acompañado de una disminución en la gravedad de las mutilaciones y de una reducción de las secuelas y de las complicaciones. De este modo, un mayor número de enfermos pueden retornar a su vida normal después del tratamiento.

El objetivo de las tres grandes disciplinas terapéuticas es eliminar la totalidad de células cancerosas y dejar el menor número posible en los tejidos sanos contiguos, ya que con un reducido número de ellas es posible causar una recaída.

1.3.1 Cirugía

Su objetivo es extirpar la totalidad del tumor y sus posibles prolongaciones en los tejidos contiguos. Es necesario pues en el momento de la intervención quirúrgica, dar un margen de seguridad de 1 a 2 cm siempre que sea posible, sin dañar órgano vital.

Sin embargo, las células cancerosas pueden emigrar para formar colonias (metástasis). Esta migración se efectúa unas veces por vía sanguínea, cuando las células han penetrado al interior de un vaso y otras por vía linfática, e este caso, que es más frecuente, se detienen en los ganglios linfáticos en donde se multiplican. Cuando se intervienen quirúrgicamente al mismo tiempo que se extirpa el tumor primitivo, por lo general también se extraen los ganglios de los primeros plexos ganglionares. Según sea el caso, se retira "en bloque" el tumor, los vasos linfáticos y los ganglios o se efectúa por una parte una extirpación del tumor y por otro una pieza ganglionar (Peterson, 1987).

Al combinar la cirugía con la radioterapia o la quimioterapia es posible limitar la intervención, pues estos métodos pueden esterilizar los pequeños focos tumorales microscópicos no extirpados.

Se han abierto tres nuevas rutas para la cirugía:

- 1) En intervenciones para eliminar las metástasis.
- 2) La cirugía reconstructiva de órganos y después amputaciones.
- 3) Para los balances pre y pos-terapéuticos.

1.3.2 Radioterapia

Es un tratamiento loco-regional, al igual que la cirugía, su ventaja principal es que permite evitar o limitar el uso de cirugía se utiliza para el tratamiento de cerca de 50% de los tipos de cáncer, usada sola, o con frecuencia combinada con la cirugía o la quimioterapia.

La acción de la radioterapia consiste en dañar el sistema de reproducción de las células, lo que les imposibilita reproducirse o impedir la muerte de las células engendradas; cuanto mayor es la dosis mayor es el número de células que ataca. Para ello es necesario esterilizar la totalidad de las células tumorales y no dañar una proporción muy elevada de células sanas a fin de evitar complicaciones. El margen de seguridad entre la dosis necesaria para la curación y aquellas capaces de provocar complicaciones es limitado (De Vita, 1988).

La eficacia de la radioterapia depende de su calidad en el plano clínico (eligiendo el o los volúmenes a irradiar, es decir, localizando el tumor y delimitando los tejidos en los cuales pudo propagarse) y de la técnica (al establecer y ejecutar el plan de irradiación)

La primera sesión de tratamiento requiere un período de preparación que es esencial para su éxito.

El hecho de que una célula pierda la capacidad para dividirse no significa que vaya a desaparecer de inmediato. Esto ocurre cuando la célula intenta dividirse.

No hay diferencia sistemática entre la radiosensibilidad de las células sanas y las cancerosas, el hecho de que la radioterapia surta un mejor efecto en los tumores que en los tejidos sanos, está relacionado con la capacidad de estos últimos de acelerar considerablemente el ritmo de su multiplicación de sus células para llenar los vacíos causados por la muerte de las células dañadas, a fin de aprovechar esta capacidad, el tratamiento se divide en muchas sesiones distribuidas a lo largo de varias semanas (generalmente de 5 a 7).

Las dosis para esterilizar un cáncer entre 410 y 80 Gy dependiendo del tipo histológico y del tumor, son más elevadas cuando el tumor es más voluminoso (De Vita, 1988).

1.3.3 Quimioterapia

Actúa sobre todo el organismo y afecta a las células cancerosas donde sea que se encuentren, esto es una de sus ventajas.

Sin embargo, tienen el inconveniente de actuar sobre todos los tejidos sanos, principalmente sobre los tejidos hematopoyéticos (leucemias y hematomasarcomas) lo que aumenta la toxicidad y limita la cantidad de medicamentos que se puedan administrar. Debido a la gravedad de los efectos tóxicos, generalmente las sesiones se llevan a cabo cada 4 semanas a fin de que los tejidos sanos tengan tiempo para recuperarse.

En la quimioterapia al igual que en la radioterapia, la proporción de células provenientes esta relacionada con la dosis, es decir, con la cantidad del agente físico o químico liberado en las células. Sin embargo, en tanto que la penetración de un haz de rayos está relacionado con características sencillas de determinar (espesor y densidad) de los tejidos atravesados), la concentración de medicamento en los tejidos es el resultado de fenómenos más complejos que varían de un paciente a otro como son: destino del medicamento una vez que ha llegado al torrente sanguíneo, velocidad de degradación, fijación relativa de los diferentes tejidos afectados, permeabilidad de membranas celulares, etcétera. Además de concentración celular el efecto puede ser muy diferente según:

a) Tipo de Célula.: La mayoría de los medicamentos actúan preferentemente sobre ciertos tipos de células según sus características bioquímicas.

b) El estado cinético de la célula: En reposo o en ciclo de división celular.

c) Algunas células inicialmente deprimibles a un medicamento pueden tener como descendientes células resistentes, lo que no se observa con las radiaciones. Este es un fenómeno análogo al de la resistencia adquirida por las bacterias con respecto a un antibiótico. En ambos casos, entre la multitud de descendientes hay elección de células que son resistentes debido a sus características bioquímicas. Esas capas resistentes no se ven afectadas por el medicamento y se multiplican rápidamente. Por esta razón, a menudo se combinan varias drogas.

1.3.4 Quimioterapia-Cirugía

Por ejemplo, algunos cánceres de huesos: anteriormente el tratamiento consistía en la amputación del miembro e incluso se hacía una desarticulación, pues eran comunes las recidivas después de la cirugía limitada. En la actualidad se comienza con quimioterapia, si da resultado se efectúa una amputación limitada de los huesos y la instalación de una prótesis, lo que permite conservar la parte afectada.

1.4. COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO COMO CAUSA DEL MEDICAMENTO

La quimioterapia es riesgosa, ya que se pueden presentar complicaciones tardías, por lo que no deben administrarse más que en el momento oportuno para lo cual es necesario detectar la metástasis en los enfermos a quienes no afectaría la quimioterapia. Esto reafirma la importancia del estudio de los factores pronósticos: cuando se aumenta significativamente la probabilidad de curación se puede pedir al enfermo que acepte los riesgos de las complicaciones y soporte las reacciones provocadas por los medicamentos. Dentro de éstas se encuentran los problemas digestivos como el asco por ejemplo, pérdida de apetito y sobre todo náuseas y vómito; su intensidad varía de un medicamento a otro y de un enfermo a otro. Varios antieméticos pueden ayudar al enfermo a soportar estas molestias temporales, pues una vez que se termina la curación, las molestias disminuyen rápidamente y desaparecen por completo en ocho días. Además de los efectos causados por el medicamento y la propia enfermedad existen consecuencias psicológicas importantes que de ellos se deriva.

1.5. CONSECUENCIAS E IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO MÉDICO.

Al igual que el tratamiento de cualquier enfermedad (crónica o no), la aproximación del paciente y las actitudes del doctor o la enfermera son de crucial importancia. Esto implica que algunos estándares de atención, investigaciones y tratamientos médicos son proporcionados al paciente con cáncer, como a pacientes con otras enfermedades, requiriendo administración especializada. Es importante que el médico no trate a todos los pacientes con cáncer, como si tuvieran una enfermedad incurable. Es necesario enfatizar el hecho de que el cáncer no es una enfermedad particular, sino un grupo total de enfermedades; por lo cual cada paciente debe ser evaluado según las características que presenta. Aquí es importante mencionar que la comunicación juega un papel esencial y que involucra no sólo al médico, sino a enfermeras,

familiares y cualquier otra persona incluida en su manejo. De la forma de esta comunicación depende una mejor mediación del paciente, la extensión de la enfermedad y la posibilidad de tratamiento efectivo. Además, informarle al paciente sobre el tipo de tratamiento, el propósito de la operación y sus efectos colaterales, los problemas con la terapia de droga, radioterapia y la duración de los mismos. Estos aspectos deben ser anticipados y respondidos.

Todos los pacientes necesitan estar totalmente informados acerca de su enfermedad, su pronóstico y las diversas opciones de tratamiento. Cómo informar mejor al paciente depende de la edad de éste, de las enfermedades que haya padecido anteriormente, de la situación económica, de las circunstancias familiares, de otras enfermedades que pueda padecer y de otras circunstancias que determinen su situación psicosocial (Tubiana, 1988).

Entre los síntomas que presentan los pacientes de cáncer ante el tratamiento, son diversos, estos dependen del tipo de tratamiento que esté recibiendo, ya que el efecto del medicamento en quimioterapia es diferente a los efectos de radioterapia, en esta no causa mayor efecto que el entrar a una habitación con paredes revestidas de plomo, lo que al principio incomoda y produce una sensación extraña pero como pasa el tiempo se van acostumbrando los pacientes, además de que no se lleva más de 10 minutos.

En comparación cuando se encuentran en quimioterapia, además de los efectos de la droga, como son insomnio, asco, debilidad física general, náuseas, etcétera, se presentan en el paciente trastornos psicológicos importantes para el mismo, como la gravedad de estos desajustes va a variar en cada caso en particular pueden manifestar los pacientes depresión caracterizada por el estado de ánimo, indiferencia, insomnio retraining, ansiedad, la cual se manifiesta con poca capacidad de concentración, problemas con el sueño, entre otras conductas se encuentra el aislamiento, problemas familiares, sentimientos de culpa.

La cirugía otra forma de tratamiento en la que el paciente debe someterse en ocasiones a mutilaciones o pérdida de algunos de sus órganos si éste es interno o no visible, en algunos casos no va a tener consecuencias psicológicas significativas, pero si la pérdida de algunos de sus órganos es externa y visible las consecuencias psicológicas son mayores y se vuelve más significativas igual que en la quimioterapia se puede presentar depresión, ansiedad, vergüenza, desvalorización, aislamiento del entorno social, sentimientos de culpa, rechazo de amigos, estado de ánimo variados, etcetera.

Como se puede observar, sólo se mencionan los problemas psicológicos más sobresalientes, el tratamiento y sus consecuencias, pero esto permite formular nuevas preguntas con respecto a efectos psicológicos de la enfermedad al paciente con cáncer, así como a profundizar un poco más sobre estos aspectos.

CAPITULO 2

EFFECTOS DEL CANCER SOBRE LA CONDUCTA Y SUS IMPLICACIONES PARA EL PRONOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE

2.1. TEORIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

2.1.1 TEORIA DEL INCENTIVO POR DESEMPEÑO DE KLINGER

La teoría de Klinger (1977) explica como varios incentivos (estímulos) u objetos son importantes para el desempeño de la persona. Cuando un evento (situación) aversivo o desagradable se presenta como obstáculo a un objetivo particular de la persona, los individuos se desenvuelven en un proceso de desempeño, en el cual sus cogniciones y conductas se desarrollan en una secuencia ordenada y predecible.

<De acuerdo a esta teoría, una persona inicialmente responde a obstáculos o amenaza de pérdida de un objetivo con incremento de vigor.> Los esfuerzos para activar el objetivo pueden ser más fuertes y/o rápidos y la concentración puede ser más intensa. Si estas respuestas iniciales son infructuosas en la obtención del incentivo, las personas muestran frustración y enojo, y su conducta se vuelve más estereotipada, primitiva y rápidamente más agresiva. Esta fase puede estar caracterizada por incredulidad o protestas de enojo. Después de sostener la actividad infructuosa para activar un resultado, los individuos comienzan a abordar su conveniencia. Esta fase del ciclo, llamada fase de depresión, esta caracterizada por pesimismo y apatía, Klinger (1977) argumenta que la depresión es una parte normal del proceso, por lo cual los individuos desarrollan ellos mismos sus incentivos. Como la confianza de una persona para el incentivo lentamente se disipa, el impulso para obtenerlo y su influencia o sus pensamientos y fantasías decremantan también. El incentivo se vuelve más y más parte de la vida de la persona, y experimenta periodos más largos de sentimientos agradables hasta que se recupera de la pérdida completa.

La gente puede involucrarse simultáneamente en diversos ciclos de incentivo-desempeño, los cuales se combinan para determinar su estado emocional.

Esta visión explica cómo los individuos intentan afrontar una crisis de su vida y el efecto de esta misma ante otros problemas de menor importancia. Y cómo el individuo es capaz de adaptarse a nuevas situaciones a través de su propio incentivo (estímulos).

2.1.2 TEORIA DE LA REACCION A LA CRISIS DE SHONTZ.

El mismo año que fueron publicados los modelos de Klinger y Wortman y Brehm (1975), se editó un libro de Schontz refiriéndose a los aspectos psicológicos de padecimientos e inhabilidades físicas. En este material Schontz describe su experiencia en rehabilitación y salud para delinear un modelo general de reacción a la crisis. Al igual que Klinger (1977), Wortman y Brehm (1975), y Shontz (1975) sostienen que los individuos se desarrollan a través de una serie de situaciones que intentan afrontar con un resultado aversivo. Sin embargo, la secuencia que propone es diferente de lo que se perfila por otros.

Schontz 1977 (en Reiss S. y Bootsini R., 1985) consideró las formas en las cuales los individuos responden e interpretan información anterior, al presentarse una crisis. Durante este tiempo, se esfuerzan para interpretar algunos síntomas inusuales como algo benigno o intratable. Como los síntomas o problemas se vuelven más apremiantes, la gente revisa patrones de ajuste inexistentes que son inadecuados y ocurre experiencia de ansiedad y estrés.

La inevitabilidad de la crisis hace que la primera reacción de una persona sea un shock, éste se observa especialmente si la crisis ocurre sin aviso, pero ocurre en algún grado en virtualmente todos los estados de crisis. De acuerdo a Schontz, este estado se caracteriza por un sentimiento de aislamiento y por una supresión de la eficiencia de pensamiento y acción; seguido de un shock inicial; se encuentra una fase en la cual el individuo empieza a experimentar desamparo profundo, desorganización y pánico. Durante esta fase realmente puede verse abrumado, el individuo puede mostrar inhabilidad, razonar o empeñarse en la solución de problemas para la situación.

Debido a que este período es tan intenso, los individuos empiezan a manifestar un tipo de evitación que Schontz (1975, en Reiss S. y Bootsini R., 1985) llama "retroceso". Durante esta fase el individuo puede negar la existencia de la crisis o sus serias implicaciones. Sin embargo, con el tiempo, la realidad vuelve a imponerse y la persona aprende que no puede escapar a las implicaciones de los resultados indefinidamente. El individuo entonces rompe sus defensas lentamente en un intento por afrontar la realidad. Esto Schontz lo llama encuentro; es decir, la secuencia adaptativa, se caracteriza por un proceso de encuentro y retroceso de la crisis. El retroceso tiene como base pensar en el futuro y realizarlo o no. Cada vez que un individuo comienza a afrontar la realidad, los sentimientos de ansiedad, frustración y depresión pueden presentarse. Schontz argumentó que tales sentimientos no son necesariamente maladaptativos, porque son precursores del crecimiento psicológico. Estos ciclos son cada vez menos frecuentes hasta que se vuelven virtualmente inobservable cuando la adaptación se completa. Un sentido renovador del trabajo personal, una gradual reducción de ansiedad y un incremento de sentimientos de satisfacción pueden experimentarse como visión de uno mismo y la crisis se vuelve más estable.

En resumen, la teoría del incentivo es importante para el individuo ya que explica como un evento externo del organismo puede modificar la conducta y el pensamiento; el estado emocional, así como la motivación que permite al individuo a realizar actividades.

Sí el incentivo es negativo, e inesperado provoca que el individuo llegue a una crisis o un estado depresivo, con esto y la teoría de Schontz permite conocer el proceso que lleva al individuo a un estado de crisis y cómo el mismo es capaz de adquirir habilidades para superar dicha crisis.

2.1.3 APROXIMACION DE DESAMPARO APRENDIDO

Al igual que el modelo de Wortman y Brehm (1975), el modelo de desamparo aprendido fue desarrollado originalmente para contar con datos de laboratorio a reacciones de resultados incontrolables, tales que expliquen la reacción a la crisis de la vida. Esta aproximación tiene sus orígenes en el trabajo de Seligman (1974), en el condicionamiento Pavloviano del miedo con especies infrahumanas, donde se descubrió que la explosión a shocks incontrolables resultan en pasividad, decremento de la ejecución o modos depresivos las cuales el modelo, puede predecir.

Abramson, (1978) proponen un modelo reformulado de desamparo; argumentando que la naturaleza de los efectos del desamparo en la atribución de la causalidad que una persona hace cuando se afronta con un resultado inesperado. De acuerdo a estos autores la atribuciones pueden categorizarse de acuerdo a tres dimensiones ortogonales: Internalidad, Estabilidad y Globalidad. Predicen que las atribuciones a factores internos (por ejemplo: "Soy Estúpido ") se caracterizan por pérdida de auto-estima, mientras que las atribuciones a factores externos (por ejemplo: "estos problemas son imposibles") no lo está. Las atribuciones para establecer factores de ejecución hipotetizados que pueden producir mayores déficits de ejecución subsecuente que atribuciones para factores inestables. Las atribuciones para factores globales, aquellas que ocurren en muchas situaciones podrán guiar los déficits, los cuales generalizan las atribuciones a factores más específicos.

El modelo reformulado de desamparo enfoca solamente la pasividad, depresión y decremento de ejecución como respuestas a resultados inesperados y predice los efectos de no exaltación mientras que no enfoca los cambios por reacciones sobre el tiempo.

2.1.4. APROXIMACION PERSONOLOGICA

La aproximación de Mages y Mendelsohm (1981), en este estudio, guía la investigación de los efectos psicosociales del carácter, considerando al paciente como ente individual, como unidad básica de análisis y no como un conglomerado de variables o conductas específicas. Se denomina personológica porque la persona se concibe como una entidad coherente con atributos soportables y disposiciones que constituyen el sujeto principal.

En contraste a las aproximaciones centrales en las variables, la personológica no se concentra a la precisión de conductas o la prueba de hipótesis sino que su producto final es una descripción integrada de un patrón único de funcionamiento. Si las observaciones de casos individuales son registradas sistemáticamente y en formatos estándares, es posible compararlos y detectar los patrones de funcionamiento entre individuos o subgrupos de individuos.

Mages y Mendelsohm (1981) aplicaron la aproximación personológica para el estudio de cómo afecta el cáncer la vida de aquellos quienes son diagnosticados y tratados para esta enfermedad. Estos efectos son profundos y ramificados, y se extienden en largos periodos de tiempo, por los que pueden ser estudiados en una perspectiva del desarrollo.

La respuesta al cáncer, al igual que otras conductas es una función de factores situacionales, así como personales. Salvo algunas excepciones, todos los pacientes de cáncer, pueden enlazarse en un punto común de circunstancias y resultados; pero algunas veces las variaciones en la sintomatología, personalidad, sexo, estatus social, sistemas de soporte, hacen inevitable que cada paciente pueda reaccionar en forma idiosincrática.

Esta teoría proporciona información e interés para conocer al ser humano como ente individual, es decir, a través de características y rasgos propios para conocer su personalidad y más aún entenderlos cuando se encuentran en una situación que pueden cambiar y transformar su vida.

2.1.5 MODELO COGNITIVO DE LA EXPECTANCIA.

Este modelo considera que haciendo un análisis funcional de interrelaciones entre estímulos antecedentes variables orgánicas (incluyendo cogniciones y reacciones afectivas y autónomas), conductas motoras voluntarias y eventos ambientales consecuentes, se podrán cambiar las creencias del individuo.

En lo que se refiere a las cogniciones, se consideran que las más importantes que ocurren son atribuciones y expectativas. Hollo y Garber (1981) determinan, que las atribuciones de causalidad se refieren a eventos que ocurrieron, mientras que las expectativas son la probabilidad que el sujeto asigna a un evento para la formulación de expectativas, sin embargo, ésta producen más directamente los efectos y las conductas. La distinción entre atribuciones y expectativas se basa en la relación temporal, y es precisamente este aspecto el que marca a los procesos expectativos como el punto más factible de intervención terapéutica.

Hollo y Garber, (1981) proponen una taxonomía para la explicación del proceso. El primer componente cognitivo es la percepción del evento estímulo, la cual incluye identificación, discriminación, reconocimiento y objetos y/o eventos de juicio como formas de información sensorial. La percepción en algún nivel es esencial para que un evento influya en la conducta y cogniciones subsecuentes, estas últimas entre clases de eventos pueden ser esenciales para el aprendizaje.

El segundo componente incluye las atribuciones hechas sobre los eventos. Las atribuciones son simplemente la causa que uno asigna a un evento o las características asignadas a un individuo u objeto. En investigaciones sobre el papel de los procesos atribucionales en la etiología de la depresión se encontró que los depresivos hacen más atribuciones internas para eventos positivos (consideran al medio ambiente causa de los resultados positivos). Creencias, otro componente del modelo, es definida por Fishbein y Ajzen (1972), como la probabilidad asignada por el sujeto de que un objeto tiene una característica particular. Las creencias no existen en aislado sino que frecuentemente están asociadas con otras creencias en un sistema organizado. El papel de las creencias en el sistema puede definirse en cuanto su grado de conexión con otras.

El cuarto componente se refiere a los valores que son evaluativos, y representan jerarquías de la vida del individuo, relativamente arbitrarias o adquiridas.

El quinto componente, principal en el modelo, es la expectativa que se define como la anticipación subjetiva de que un evento concurrirá, Bandura (1977) sugiere que hay otros dos tipos de expectativas.

a) expectativa de resultados que es la estimación de la persona de que una conducta puede llevar a ciertos resultados,

b) expectativa de eficacia que es la convicción de que uno puede ejecutar suficientemente la conducta requerida para producir el resultado.

Estos dos tipos corresponden a la distinción entre desamparo universal y personal sugerido por Abramson y Cols. (1978). Esto no considera la expectativa sobre la controlabilidad (respuestas que llevan a un resultado) aunque uno puede también tener expectativas sobre predictibilidad (el evento estímulo señala la ocurrencia de otro evento estímulo).

La noción de controlabilidad tiene implicaciones para la motivación y la conducta, mientras que la predictibilidad tiene implicaciones para los efectos sobre la misma. La expectativa de reforzamiento es considerada como motivadora de la conducta asociada. La conducta es controlada a voluntad, mientras que los efectos tienden a ser más autónomos y automáticos.

2.1.6 MODELO INTEGRATIVO DE WORTMAN Y BREHM

Worthman y Brehm (1975) desarrollaron un modelo con algunas similitudes a la secuencia vigorización-depresión de Klinger (1977). Como psicólogos sociales estaban completamente interesados en cómo la gente responde cuando su libertad o control es tomado por otros. Brehm (1966) desarrolló una teoría de reacción psicológica que sugiere que cuando la conducta libre se restringe, la gente responde con sentimientos de hostilidad, enfado e incrementa la motivación para obtener el resultado en cuestión. Este trabajo teórico y la investigación que lo apoya, parecen ser consistentes con el modelo de desamparo aprendido de Seligman (1975). Esta aproximación predice que los individuos que son expuestos a resultados incontrolables se vuelven pasivos y depresivos, y muestran déficits motivacionales subsecuentes, así como deterioro en la actividad de solución de problemas.

Wortman y Brehm (1975), se interesaron en desarrollar un modelo integrativo que pudiera resolver las contradicciones entre estas dos formulaciones, y especificar las condiciones precisas bajo las cuales la exaltación o la depresión pueden ocurrir. Sostienen que la naturaleza e intensidad de la respuesta de un individuo para un resultado que no se puede controlar depende de la expectativa de control sobre el resultado o la importancia de éste. El modelo integrativo predice que entre los individuos que quieren adquirir habilidades para obtener un resultado eficaz, quienes están expuestos a la pérdida de control, es importante para el ser humano sentir motivación para obtener el resultado esperado, al igual que en conductas agresivas y de enfado. Sin embargo, las expectativas de control pueden disminuir sobre el tiempo lo que hace a la gente repetir tal conducta, pero con intentos insuficientes para cambiar la situación. Algunas personas no se esfuerzan para alterar el resultado continuando la misma conducta disminuyendo su motivación, pasividad y depresión.

Wortman y Brehm mencionan que la mayor expectativa de control es la conducta de una persona; quien muestra depresión podrá renunciar a ésta posteriormente. También argumentan que los individuos que no se sienten capaces para cambiar el resultado podran volverse depresivos sin un período inicial de vigorización. El modelo de Wortman y Brehm (1984), es similar al de Klinger en que proponen una secuencia de vigorización, depresión de respuestas. A diferencia de Klinger (1977), sin embargo, Wortman y Brehm (1984), no asume que la vigorización podrá generalmente preceder a la depresión.

Considerando que las categorías y la interrelación que de ellas se plantea en el modelo de Hollon y Garber (1981, Reiss S. y bootsin R., 1985), concreta, clara y funcionalmente lo que se refiere a las cogniciones y cómo estas influncian el proceso adaptativo del individuo, son importantes para conocer las expectativas del ser humano y su medio ambiente influyen en su vida. Con esto se podrá obtener patrones de respuestas de estados depresivos del individuo y conocer el manejo de los mismos para el trabajo psicológico.

Revisadas las diferentes teorías cognitivas y conductuales que proporcionan información del desarrollo del individuo como ente único, así como la influencia del medio en que vive, y más específicamente cómo actuan y piensan cuando se encuentra ante una situación amenazante. Así cómo se mueve y desempeña individualmente, también es importante considerar su entorno social y cómo éste es esencial para el desarrollo del individuo; por lo que a continuación se explican los aspectos psicosociales.

2.2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CANCER

La discusión puede organizarse alrededor de tres proposiciones generales:

1) La experiencia de cáncer como proceso que se desdobra en un período de tiempo, los estados severos de la enfermedad, cada uno con sus problemas particulares; 2) El cáncer casi inevitablemente produce cambios personales, los cuales son entendidos completamente cuando son vistos en el contexto del proceso de la vida del individuo y su historia; 3) Los desarrollos psicológicos considerados en el proceso son integrados alrededor de la necesidad del paciente a adaptarse al resultado impuesto por las realidades concretas del padecimiento. La efectividad de la adaptación están determinadas por los detalles específicos del padecimiento, por las características personales del paciente y su medio social.

Por su parte Lowitz y Casciato (1975, en Mages y Mendelsohn, 1981) afirman que las pérdidas comunes experimentadas por los pacientes de cáncer son:

A) La pérdida de salud y la integridad física.

B) La pérdida de los amigos y los seres queridos (incluyendo separación por el tratamiento, el rechazo de algunos amigos o familiares).

C) Incapacidad para llevar a cabo las actividades rutinarias.

D) Pérdidas económicas (tanto de pago de tratamiento como pérdida de trabajo)

E) Pérdida de la autoestima.

F) Pérdida de las convicciones religiosas ("Porqué yo?") o del sentimiento de la inmortalidad.

La pérdida de la salud y del ritmo normal de la vida produce un gran desequilibrio tanto en el paciente como en su entorno social. Este y su familia utilizan varios mecanismos de defensa (formas de eludir su realidad de acuerdo a la explicación psicoanalítica) para no afrontar la realidad, por ejemplo: la negación, la proyección hacia otras personas, el rechazo. Estos mecanismos se manifiestan mediante las siguientes reacciones: hostilidad e ira son las reacciones más comunes y se manifiestan como agresividad hacia los médicos, personas allegadas y otros. Los pacientes y los familiares atribuyen generalmente la culpa de su enfermedad a que no han cuidado debidamente de su salud. Ansiedad se manifiesta con agitación, poca capacidad de concentración, problemas con el sueño, dolor somático. El sentimiento de culpabilidad; pacientes y familiares dan vueltas a la posible causa de la enfermedad y a sus experiencias con el tratamiento. Arrogancia: los pacientes sienten que merecen un tratamiento especial y ciertas consideraciones por sus

pérdidas. La docilidad se desarrolla cuando los pacientes comprenden su enfermedad y sienten que dependen de los médicos. Depresión, es una respuesta conveniente siempre que no lo sea de forma severa. Manifestando de diversa manera: indiferencia, insomnio, anorexia, retraimiento y retardo psicomotor. Los pacientes manifiestan desinterés por todo. Dependencia: es una reacción muy común que se produce en procesos maligno avanzados y puede inmovilizar a los pacientes. Psicosis: puede llegar a desarrollarse.

El cáncer como todo padecimiento crónico, se desenvuelve en un período extenso de tiempo, no es fácilmente predecible su curso y sólo raramente tiene un final certero, salvo en la muerte.

La persona con cáncer no está ante un evento particular estresante, pero tal vez con una condición continua, con una serie de tratamientos de intensidad y duración variable. Bajo estas circunstancias, las formas de cáncer y los problemas que plantea la enfermedad necesariamente cambian con el tiempo. El estudio de los efectos psicológicos y sociales del cáncer, es el estudio de un proceso de desarrollo.

En el trabajo de Mages y Mendelsohn (1981), en pacientes con cáncer, estudiaron las cogniciones y comportamientos del paciente con cáncer ante el diagnóstico. Entrevistaron a un grupo de pacientes quienes habían sobrevivido al padecimiento durante seis años y posteriormente a un grupo con tres años de sobrevivencia, encontraron que el trauma del tratamiento y el diagnóstico es superado a través del tiempo. Se debe aclarar que en cualquier momento y otras consecuencias de la misma enfermedad el paciente puede tener conflictos psicológicos.

Estas observaciones amplían el punto de vista para decir que el estrés presentado por un individuo, el cual provoca un desequilibrio por algún tiempo, posteriormente puede ayudar a resolver una situación de crisis, ya que queda como una experiencia. Existen varias dificultades en tratar de aplicar tal concepto a casos de cáncer:

1) La gente manifiesta continuamente estrés, existe la posibilidad de que haya otras causas que la estén provocando.

2) el paciente no siente seguridad de sí mismo por mucho tiempo, haya o no cura. esto incluye ser autosuficiente, capacidad para resolver problemas y tomar decisiones.

3) El tratamiento de cáncer usualmente se vincula a daño físico irreparable, el cual puede llevar a cambios en los patrones de actividad, hábitos de vida diaria, percepciones de uno mismo y el interés. En cada circunstancia se impide el regreso al equilibrio original.

4) La mayoría de los pacientes con cáncer registran su enfermedad como el origen de una discontinuidad mayor en sus vidas y reportan cambios permanentes que ven en sí mismos y su existencia futura.

Estas dificultades, no consideran los aspectos temporales del padecimiento crónico, para lo cual se puede extrapolar la idea de Parkes (1971, en Mages y Mendelsohn, 1981) de: "Transiciones Psicosociales" como la forma más apropiada para conceptualizar los efectos a largo plazo que se involucran en el cáncer.

Naturalmente, hay algunos pacientes para quienes el cáncer es un episodio de duración limitada, es más una perturbación que una transición. Esto ocurre frecuentemente en casos en donde el cáncer es relativamente benigno. No obstante, estos pacientes reportan incremento en distractibilidad y pérdida de interés.

2.3. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO E IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE PACIENTE CON CÁNCER.

Se Considera al afrontamiento como el esfuerzo para manejar las demandas ambientales e internas que contribuyen o exceden los recursos de la persona; el esfuerzo puede ser una acción orientada y/o intrapsíquica, es decir, para él mismo (Lazarus, 1981).

Mages y Mendelsohn (1981) dividen en tres rubros los factores situacionales del cáncer: A) Naturaleza del padecimiento, B) Realidades del padecimiento, C) Reacciones del paciente.

A) Naturaleza del padecimiento: Mages y Meldenshon (1981) exploran alguna de las implicaciones de ver la respuesta del cáncer como proceso de transición psicosocial que se extiende continuamente a través del tiempo, y encontraron que si uno se detiene en algún punto dado del proceso y toma una visión seccional para lo que está ocurriendo, lo que aparece es el esfuerzo del individuo para adaptarse y manejar el estrés inmediato, impuesto por el padecimiento. El factor más importante que determina los ajustes que el paciente con cáncer hace, es la naturaleza concreta de la enfermedad. Para entender los esfuerzos adaptativos de una persona con cáncer, puede realizar un claro y detallado cuadro de las realidades específicas para ser afrontadas y de cuántos de estos nuevos factores de vida son percibidos y organizados por el individuo. Sin embargo, cada paciente confronta una situación particular y sufre experiencias únicas por lo que uno puede conceptualizar una tarea adaptativa.

Una forma conveniente de organizar la secuencia de las emisiones y las tareas adaptativas alrededor de estados sucesivos en el curso del padecimiento es utilizando los siguientes rubros:

1) El descubrimiento del cáncer empieza generalmente silencioso e internamente y frecuentemente se presenta en formas inocuas e indoloras. Debido a los miedos intensos asociados con esta posibilidad, hay una gran tendencia a ignorar los síntomas tempranos o por racionalizar su existencia trivial.

Respuesta adaptativa a esto: apreciar el significado del descubrimiento y el tratamiento inicial apropiado. Sin embargo, esto es frecuentemente el resultado de un proceso extenso que involucra mucha aprehensión e indecisión y que puede ser presionado siempre por el empeoramiento de síntomas o la urgencia de otros.

2) Tratamiento primario: Cirugía y quimioterapia, cada uno de los cuales tienen errores particulares especiales, y el período de pretratamiento es usualmente de alta angustia. Para muchos pacientes el tratamiento primario tiene la característica de una experiencia traumática: caracterizándose como evento repentino, inesperado, lo que va a modificar la vida normal del individuo, todo esto conduce a un sentido de abrumación, de shock, entorpecimiento, impulso de huir, explosiones de sentimientos y revelaciones repentinas, fantasías y sueños. Estos estigmas traumáticos pueden aún ser evidentes o manifestarse años más tarde.

Respuesta adaptativa, adquirir habilidades (cognitivas) para afrontar su situación, mantener un equilibrio emocional para adaptarse al medio nuevamente, sin que esto afecte el transcurso de la vida.

3) Daño del cuerpo por el cáncer y/o tratamiento: el deterioro o desfiguramiento funcional severo usualmente produce mayor estrés e inhabilidad y produce mayor atención clínica. Los pacientes que realmente tienen desfiguramiento visible por una pérdida devastadora de autoestima y por conducta reclusiva, pueden presentar autoestima disminuida y distorsión de relaciones íntimas. Los impedimentos serios de la función del cuerpo pueden obligar al paciente a renunciar a su trabajo, parientes o actividades altamente valoradas por ellos.

La respuesta adaptativa es: reemplazar o compensar las partes o funciones perdidas hasta donde sea posible y maximizar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima.

4) Mantener la continuidad: los pacientes siempre reportan que tuvieron cambios por la experiencia del cáncer y han desarrollado nuevas actitudes acerca del tiempo, mortalidad, trabajo, relaciones personales y sus prioridades en la vida. Frecuentemente, encuentran que son tratados de manera diferente por la familia, amigos y empleados. Para algunos no es fácil regresar a las demandas y responsabilidades de su vida cotidiana, especialmente cuando peligran sentimientos de cansancio y aprehensión sobre el futuro.

La respuesta adaptativa: es comunicación continua, es decir, no mantenerse aislado por los demás, sino tener otras actividades, expresar sentimientos, dudas, experiencias propias de la enfermedad, convivir con familiares y amigos.

5) Posibilidad de recurrencia y progresión de la enfermedad: pasaran años antes de que el paciente con cáncer pueda realmente estar seguro que el cáncer no se ha difundido silenciosamente y crecido hasta recurrir en una dimensión y forma incurable. El miedo a la recurrencia tiende a ser más prominente después del tratamiento primario y disminuye gradualmente con el tiempo, sin embargo, persiste por años y puede ser reactivado dramáticamente por síntomas nuevos (relacionados o no con la enfermedad) y aquellos recuerdos del cáncer dispuestos generosamente en el ambiente. Tal miedo puede ser paralelamente y puede influir profundamente en las decisiones de su vida.

La respuesta adaptativa: para vivir con este miedo, es necesario adquirir habilidades para apreciar la vida de forma diferente y olvidar, pensar en la realidad para continuar el seguimiento médico adecuadamente, al mismo tiempo considerar nuevos planes a largo plazo.

6) Enfermedad recurrente: si se descubre falta de tratamiento primario, por ejemplo, enfermedad recurrente o metástasis, la perspectiva del paciente cambia. El paciente es casi un "sobreviviente" del cáncer y se prepara para nuevos síntomas físicos como: imposibilidad del tratamiento apropiado, dolor, enfermedad progresiva y muerte, esto suele ser muy difícil. Un problema que estresa frecuentemente a los pacientes en este estado es la dificultad de mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre sus vidas. El fracaso de sus esfuerzos y los de su médico para ir contra la enfermedad puede llevar al paciente un sentimiento de impotencia y puede ser difícil no sucumbir al miedo, desesperación y pasividad. Los sentimientos de desamparo pueden incrementarse por la inhabilidad para controlar el impacto del cáncer en el curso, sus relaciones íntimas y sus funciones corporales.

Respuesta adaptativa: ejercitar cambios cuando sea posible y aceptar su dependencia y desamparo cuando sea necesario sin regresar a la búsqueda de una solución mágica de tratamiento apropiado.

7) Padecimiento terminal: La mayoría de los pacientes terminales de cáncer tienen por lo menos alguna idea de impedir la muerte, pero las realidades del deshaucio, del dolor y la incapacidad pueden presentar algún problema más relevante.

Respuesta adaptativa: Los pacientes se preparan para convivir con familiares y amigos, quienes proporcionan amor, aprende el paciente a usar la asistencia médica y recursos internos para minimizar el dolor, tener autosuficiencia. Debe aprender a tomar decisiones y tener dignidad. Es necesario terminar con el pensamiento de muerte, ya que el resto de la vida puede ser vivida lo mejor posible.

Los modos de afrontamiento de los pacientes deben verse en un contexto, los cuales incluyen: a) Las realidades del padecimiento, b) La persona quien actúa y reacciona, c) La situación interpersonal.

a) Realidades del Padecimiento: Se refiere a un análisis significativo del afrontamiento, puede comenzar con un desarrollo cuidadoso del problema que el paciente necesita dominar y resolver. En el caso del cáncer esos problemas son realmente grandes y las realidades del padecimiento son frecuentemente decisivas para determinar que modos de respuestas son posibles. Por ejemplo: mientras un paciente asintomático puede manejarse "por olvido" las experiencias del "cáncer" tiempo después, esta estrategia no puede emplearse fácilmente con un paciente que constantemente es remitido de cáncer por síntomas físicos o una deformidad visible. Así mismo, la medicación que confunde el sentido puede ser la forma más útil para el dolor de la metástasis, pero puede en alguna forma aumentar el problema de no tener habilidades

para poder hablar después de una laringotomía. Por ejemplo, el estado de la enfermedad también juega un papel importante.

La búsqueda de información activamente puede ser esencial cuando uno se encuentra en el problema de tomar decisiones sobre el tratamiento inicial, pero puede ser irrelevante para tratar los problemas del estado terminal.

Históricamente el análisis del tratamiento es equivalente al concepto psicoanalítico de mecanismos de defensa, sin embargo el cáncer no puede ser entendido o afectado por introspección como lo son los pensamientos, deseos y entendimientos dentro del concepto psicoanalítico. No obstante, hay teorías como la de Simonts (1975 en Mages y Mendelsohn, 1981), quien sostiene que las células cancerosas pueden ser influenciadas directamente por pensamientos e imágenes apropiadas, pero la evidencia es inconsistente. Sin embargo, tales teorías han conseguido uso popular porque proveen alguna esperanza de control personal sobre el cáncer.

b) Reacciones del paciente: los esfuerzos por afrontar el cáncer pueden verse en el contexto de los antecedentes y experiencias personales de cada paciente, su posición de la vida, sus esfuerzos, sus culpas y miedos. Sutherland (1967) enfatiza que las reacciones de un paciente pueden ser completamente entendidas sólo si uno investiga la medida individual de un padecimiento, la cual puede estar afectada por experiencias previas, por ejemplo: conocer a alguien que tuvo cáncer o pueden ser intensificados o se reencuentran conflictos no resueltos sobre dependencia, sexualidad y agresión, junto con culpa. Así también la personalidad y sus experiencias previas son importantes para posibilitar un repertorio y el cambio o efectividad de las estrategias de afrontamiento. Por esta razón no se puede clasificar las estrategias de afrontamiento como "buenas" o "malas" por sí mismas, sino dentro del contexto de efectividad de cada caso.

Situación interpersonal: para un entendimiento adecuado de los modos de afrontamiento con cáncer también se requiere de una apreciación del contexto social en el que este esfuerzo se coloca, la familia, los amigos y toda aquella persona que de cierta manera se encuentra involucrada al paciente, de diferente manera provoca cambios marcados. En algunos casos, la persona con cáncer es devaluado y estigmatizado; algunas personas pueden mostrar miedo al contagio o la muerte por causas semejantes, provocando una mala auto-imagen del paciente. Los síntomas y tratamientos el cáncer pueden interrumpir seriamente las relaciones o requerir adaptaciones especiales del paciente para aquellos con los que interactúa.

Es necesario el apoyo, la cooperación y la tolerancia de la familia y amigos del paciente para que éste pueda enfrentarse a factores inherentes al padecimiento que pueden tratarse cuando la familia está también informada sobre ellos.

En lo que se refiere a los mecanismos de afrontamiento, Magés y Mendelshon (1981) consideran que pueden ser organizados en tres categorías básicas: 1) Técnica para minimizar angustia, 2) Intentos para mediar con el padecimiento y 3) Regreso a otros. La primera categoría incluye los esfuerzos por evitar, olvidar, controlar pensamientos y sentimientos perturbadores. El prototipo de tales esfuerzos es la erección de barreras contra el estímulo doloroso y la neblina que sigue y reduce la intensidad de la experiencia traumática. La segunda categoría, intentos para mediar con el padecimiento incluye la búsqueda de información sobre el padecimiento, tomar un papel activo en las decisiones del tratamiento, intentar compensar o reemplazar la pérdida de funciones o partes del cuerpo y la voluntad para ayudar a otros, es decir, buscar soporte de la familia y amigos, demandas a otros y usar el padecimiento para manipular y ejercer coerción en los demás.

Por otra parte, todas estas teorías y el aspecto psicosocial del paciente oncológico permiten elaborar el estudio y determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento del paciente oncológico. Para el estudio, es importante determinar cómo el individuo percibe y responde ante su entorno y cómo de esta forma determina sus cogniciones y específicamente cuando se encuentra ante un evento, el cual puede determinar llegar a la muerte. Ya que para encontrar el tipo de afrontamiento que presenta el paciente oncológico es importante primero conocer sus características personales las cuales hacen diferente a los individuos. La premisa esencial es elaborar un instrumento que proporcione el perfil cognitivo y conductual del paciente oncológico.

2.4. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE CON CÁNCER

Las características psicológicas en este tipo de pacientes es de crucial importancia para el equipo que lo atiende, esta población va incrementándose y merece una atención especializada, y por otro lado esta el impacto psicológico del paciente. En éste interactúan un sin fin de aspectos determinantes para un desajuste a nivel emocional y conductual: primero ante el diagnóstico, muestran pesimismo; problemas familiares, sienten culpabilidad por situaciones pasadas; es común que nieguen su enfermedad, se resisten a creerlo, pérdida de sus labores, tienden al aislamiento, al dolor y a la mutilación (según sea el caso); presentan diferentes niveles de depresión, angustia; la comunicación con el médico y enfermeras casi siempre es breve, lo que provoca dudas, quejas e informarse a través de otros medios, casi siempre con los propios enfermos con quien conviven dentro del hospital. Pueden presentar hostilidad la cual se encuentra relacionada a una sensación de desamparo y a la pérdida de control.

El sentir dolor cuando no existe como medio a obtener la atención por parte del médico o familiares.

Entre otros factores está el nivel sociocultural, podemos observar en el hospital que niveles bajos de educación llegan con cáncer avanzado a diferencia de otras poblaciones (E.U.). También es importante mencionar la información que maneja el paciente y el conocimiento que tiene acerca del cáncer, sino tiene resultado o no sienten mejoría durante un lapso de tiempo tienden a alejarse del tratamiento o bien a buscar por otro medio, como son tratamientos naturistas, "limpias" ya que se asocian a eventos como la lujuria, mala suerte y contagio.

Los efectos de los tratamientos son factores importantes para desarrollar depresión en el paciente, debido a los efectos que provocan este tipo de medicamentos, debilidad física, anorexia, náusea y vómito y otros, así como el tipo de cirugía a la que son sometidas este tipo de pacientes (mutilación de órganos externos o internos).

Observamos que la gente adulta se encuentra en una situación difícil al verse limitado ante la pérdida de algunas de sus funciones productivas ya que su vida se ve interrumpida. Por lo que se presenta nostalgia por su funcionamiento físico, de nivel de energía y de su habilidad para cubrir sus necesidades y expectativas, tener que depender de los demás.

Las personas en etapa de vejez presentan una mayor facilidad (aparentemente) de adaptación a las pérdidas de sus funciones, sin embargo, presentan serias depresiones y ansiedad que fácilmente hacen que caigan en situaciones de pánico.

Otro evento determinante para crear conflicto es la hospitalización del paciente, quienes tienen que permanecer por varios días, solos sin realizar actividad (en la mayoría de los casos), y desprenderse de su pareja y/o hijos a quienes extrañan y alejarse de sus actividades rutinarias, en algunos casos dejar el trabajo o la escuela. De aquí, se parte que el objetivo y las hipótesis son las siguientes:

OBJETIVO "El objetivo del presente estudio es determinar el perfil cognitivo-conductual de pacientes oncológicos: principalmente en lo que se refiere a estilos y estrategias cognitivas y conductuales para afrontar la enfermedad y determinar el papel que juega el tiempo y tipo de tratamiento en el mismo.

HIPOTESIS A: Los grupos manifestarán el mismo grado y dirección en los estilos de respuesta cognitivo y conductual (tipos de afrontamiento efectivo o inefectivo), entre pacientes oncológicos con radioterapia, quimioterapia, mixtos y sin cáncer.

HIPOTESIS B: Existen diferencias interindividuales significativas en el perfil cognitivo-conductual de pacientes oncológicos dependientes del tipo de tratamiento que se les proporciona y, a su vez, cualquiera de estos grupos manifiestan mayor diferencia con sujetos sin enfermedad. Es decir, los pacientes oncológicos manifestarán características cognitivo-conductuales disfuncionales (depresión, ansiedad, trastornos de conductas sociales y cogniciones negativas) como manifestación de estilos de afrontamiento en su grado y dirección del tiempo y tipo de tratamiento que se le proporciona.

METODOLOGIA

SUJETOS: Ochenta pacientes oncológicos (entre 15 y 88 años) que, al momento del estudio, recibían tratamiento en el Hospital Juárez de México (CD. de México) y cuya selección se hizo básicamente conforme a la disponibilidad del servicio y su capacidad orgánica para responder a cuestionarios, entrevistas e inventarios. Así mismo, 80 sujetos con características demográficas similares a las de los pacientes de cáncer. En total fueron 155 pacientes entrevistados en el transcurso del estudio. En relación a los pacientes con cáncer, a pesar de estar restringida la selección a la disponibilidad de pacientes del Hospital, se utilizaron los siguientes criterios:

1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

EDAD: La edad por rango (ver anexo 1 tabla 1) fue la siguiente:

de 15 a 24 años representó el	17.5%
de 25 a 34 años representó el	30.6%
de 35 a 44 años representó el	25.6%
de 45 a 54 años representó el	4.4%
de 65 o más representó el	13.95%

SEXO: Como podemos ver en el anexo 1 tabla, 1 la mayor cantidad la representó la muestra femenina (55%).

ESTADO CIVIL: La principal condición la representó el estar casado en las dos muestras, seguido por la soltería (51.25% casados y 31.25 solteros).

ESCOLARIDAD: La mayoría de la muestra poseía estudios de primaria y secundaria, y la menor proporción tenía estudios profesionales. (13.75% Sin educación., 62.50% Primaria/Secundaria; 18.75% Bachillerato y Profesional 5%.)

OCUPACIÓN: La principal ocupación dentro de los dos grupos de la muestra es la del hogar, seguido de los estudiantes y los obreros y desempleados (45% hogar, 16.25% estudiantes, 10% obreros).

NIVEL SOCIOECONÓMICO: La mayoría de la muestra de pacientes con cáncer estuvo entre el 3 y 4 salarios mínimos (zona geográfica 1), seguido de 2 a 3 salarios mínimos. (65% tenía de 3 a 4 salarios mínimos, 31.75% de 2 a 3 salarios mínimos).

2. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A LA ENFERMEDAD DE LA MUESTRA CON CÁNCER.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: Como podemos observar en la tabla 1 del anexo 2, el 0% de la muestra ha tenido, al momento de la investigación, un período de tratamiento de 0 a 4 meses, seguido del 33.8% de la muestra que tiene de 5 a 10 meses y con menor porcentaje es el de 12 a 18 meses de tratamiento (16.3%).

Distribución de la Muestra con Cáncer: Por número de intervenciones quirúrgicas. En la tabla 2 (anexo 2) observamos que la mayoría de la población (45%) tuvo al menos una intervención y los que tuvieron tres o más representó el 4.9% del total.

Distribución de la muestra por Tipo de Tratamiento: En la tabla 3 podemos apreciar que la mayoría de la población (53.8%) fue sometida a radioterapia, seguida por el grupo que recibía quimioterapia y una menor proporción (15%) recibía los dos tratamientos.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Que conocieran su diagnóstico,
- 2) No haber tenido más de dos años y medio de tener cualquier tipo de enfermedad mental.
- 3) Que no presentaran trastornos psicóticos y depresión severa, actualmente o como antecedente.
- 4) Que no tuvieran algún familiar con trastornos psiquiátricos,
- 5) Que su fase de enfermedad no sea terminal al momento del estudio.
- 6) Edad mayor de 15 años,
- 7) Que, al momento de la aplicación del instrumento, haya transcurrido cuando menos 24 horas de haber recibido algún tratamiento, no hubiera síntomas de dolor y un mes de haber sido intervenido quirúrgicamente.

Participaron, también, como grupo de comparación 80 sujetos sin enfermedad al momento de la investigación que, en promedio, igualaran las características relevantes de los pacientes con cáncer. además de cumplir con los criterios de inclusión. Las características demográficas de ambas muestras se presentan en el Anexo 1 tabla 1.

En la tabla 1 del anexo 1, se puede observar las características demográficas de las dos muestras. Las cuales muestran características disímboles, a pesar de los intentos de igualarlos.

MATERIALES

Formato de entrevistas semiestructurada (anexo 2),

Test de Ansiedad IDARE

Inventario multifásico de la personalidad (MMPI),

Inventario de estilos cognitivo-conductuales.

ESCENARIO

Cubículo de la unidad de Oncología (de 2m por 3 metros) que contenía, un escritorio y tres sillas, con luz artificial.

DISEÑO

Se utilizó un diseño preexperimental de grupos apareados, conforme a la nomenclatura utilizada por Castro (1976), en donde se supone que existen condiciones equivalentes entre dos grupos (oncológico y sanos) en relación a las variables de control (demográficas) y supone una correlación entre ellas. Sin embargo, el presente estudio, en virtud de las características del grupo con cáncer y su accesibilidad, no permitió una verdadera igualación de los dos grupos y sólo se supuso una correlación de las variables de apareamiento, por lo que su ubicación en dicha categoría es cuestionable, también por la deficiencia en las condiciones que debe cumplir el apareamiento de los dos grupos. Debemos considerar que no fue posible una selección al azar de los sujetos en el grupo de investigación, ni alguna otra posibilidad de controlar los efectos de su selección, además de que, como ocurre en este tipo de estudios a nivel social y/o de campo, es prácticamente imposible aparear las características de los dos grupos.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE. Respuesta cognitivo-conductuales :

	AFRONTAMIENTO EFECTIVO	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO
C O G N I T I V O	Conocer el significado y posible tratamiento de la enfermedad, no pensar en su enfermedad como algo incurable. (descubrimiento del cáncer)	Presentar tendencias a ignorar los síntomas, presentar "miedos" asociados a la enfermedad, pensar todo el tiempo en la enfermedad, aceptación de su situación.
	Tratar de mantener equilibrio emocional aceptar su enfermedad y olvidar que es incurable (Tipo de tratamiento).	Aceptar su tratamiento, asumir miedos, manifestar ignorancia, chantaje emocional, ser pesimista.
	Tratar de pensar positivamente: en reemplazar las partes o funciones perdidas y sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima.	Presentar confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, no querer mantener comunicación. (Pérdida de alguna parte del cuerpo)
	Hablar de su enfermedad, tomar nuevas decisiones, aprender a expresar sus sentimientos y emociones (Experiencia).	Aceptar una nueva vida o cambios en su vida cotidiana, no expresar sentimientos y emociones. Rechazo a cambiar su vida
	Aceptar su dependencia y desamparo, no pretender buscar una solución mágica, tener confianza en si mismo y con los demás (Recurrencia).	Dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación.
	Convivir con familiares y amigos, aceptar su enfermedad, no pensar en la muerte (Aceptación de la enfermedad).	Mantener ideas de impedir la muerte, manifestar depresión, tristeza, chantaje emocional.

<p>Seguir indicaciones médicas, hacer preguntas de su enfermedad, buscar información.</p> <p>Mantener comunicación con el equipo médico.</p> <p>C Continuar hasta el fin con el tratamiento O ser optimista, continuar con sus N actividades (Tipo de tratamiento). D U Buscar nuevas actividades, seguir C trabajando, mantener relaciones T interpersonales, aceptar apoyo, U cooperación de otros. A L Continuar su vida social, buscar amistades y actividades nuevas, convivir.</p> <p>Mantener una postura de pasividad, control de impulsos, mantener relaciones íntimas.</p> <p>Hacer uso de asistencia médica, ser autosuficiente, tratar de vivir lo mejor posible, continuar con sus labores.</p>	<p>Alejarse del tratamiento y del hospital, acudir a otros médicos curativos (Descubrimiento del cáncer).</p> <p>Rechazo del tratamiento.</p> <p>Aislarse de todos, dejar sus actividades, mantener una actitud de víctima (Pérdida de órganos).</p> <p>Mantener su aislamiento, no tener relaciones sociales, (Experiencia)</p> <p>Inhabilidad para controlar sus impulsos, volverse agresivo. (recurrencia)</p> <p>Querer llamar la atención tomando como pretexto su enfermedad.</p> <p>(Aceptación de la enfermedad)</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- 1) Presencia de Cáncer.
- 2) Tipo de Tratamiento.
- 3) Tiempo en Tratamiento.

VARIABLE DE CONTROL:

- 1) Edad.
- 2) Sexo.
- 3) Escolaridad.
- 4) Ocupación.
- 5) Estado Civil.

PROCEDIMIENTO:

FASE A:

Se llevo a cabo una entrevista semiestructurada (anexo 3) con 35 pacientes para detectar:

- a) Redes de relación y apoyo de la familia y su percepción;
- b) Relación con el trabajo y su percepción (de sí mismo);
- c) Pensamientos en relación a la enfermedad y sus implicaciones y
- d) Formas de utilización de redes de relación social y su percepción.

Las preguntas se orientaron a determinar información concreta de cada paciente en relación a las 4 áreas y conforme a las teorías cognitivo-conductuales que se consideraron relevantes para el estilo de afrontamiento, de las cuales se elaboraron 48 preguntas abiertas.

Las respuestas a la entrevista se clasificaron de acuerdo a las dimensiones de "Afrontamiento Efectivo y Afrontamiento Inefectivo" con las subdivisiones de cognitivas y conductuales y retomándose el contenido de las más frecuentes se elaboró un cuestionario con una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Anexo 4) "con 50 reactivos que se aplicó para pilotear con 40 pacientes. Posteriormente se llevo a cabo un análisis de reactivos a través de la correlación con una Alfa de Cronbach de los mismos y se seleccionaron aquellos que tuvieran una correlación igual o mayor a .20 con una probabilidad de .05 cuando menos ($p = .05$) resultando en un instrumento con 30 reactivos que se clasificaron en las 4 áreas mencionadas y, también, en la matriz de afrontamiento (ANEXOS 5 y 6).

FASE B:

Las respuestas a la entrevista se clasificarán de acuerdo a las dimensiones de afrontamiento efectivo y afrontamiento inefectivo con las subdivisiones cognitivas y conductuales, retomando el contenido de las más frecuentes, se elaboró un cuestionario con una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (anexo B), con 50 reactivos que se aplicó como estudio piloto a 40 pacientes. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de reactivos a través de la correlación de los mismos y se seleccionaron aquellos que tuvieran una correlación igual o mayor a 0.20, con una probabilidad de 0.05 cuando menos ($p = 0.05$), resultando el instrumento con 30 reactivos que se clasificaron en las cuatro áreas mencionadas y, también en la matriz de afrontamiento.

FASE C:

Se aplicó el instrumento (Inventario de Estilos Cognitivos-Conductuales) final a 80 pacientes con cáncer y a 80 individuos sin enfermedad, pero con características demográficas similares a ellos. Sólo se pudo aplicar el IDARE y MMPI a 60 pacientes con cáncer ya que existió mortalidad experimental (11 pacientes fueron enviados a su casa, que era fuera de la ciudad y 9 empeoraron su estado orgánico, imposibilitando la aplicación de los instrumentos que, como se sabe, uno de ellos (MMPI) era extenso y los factores de ética fueron considerados para no continuar su aplicación en el transcurso de la investigación.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan corresponden a los del instrumento (Inventario de Estilos Cognitivos-Conductuales) final y todos son de los sujetos (enfermos y sanos) que contestaron el mismo, al igual que los datos obtenidos del IDARE y MMPI aplicado a los 60 pacientes oncológicos. Primero se presentan los datos relacionados con todos los sujetos pertenecientes a los dos grupos y después por separado, comenzando con los pacientes con cáncer.

1. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI) A TODA LA POBLACIÓN CON CÁNCER.

ESCALA 1 (HS) HIPOCONDRIA: Se encontró que la mayoría de los pacientes (45%) obtuvieron un puntaje entre 50-59, implicando que son personas realistas acerca de su salud y pocas manifestaciones de sintomatología somática. Sigue el puntaje de 60 -74 (26.7%) caracterizado por las personas que expresan interés significativo acerca de su salud; manifestando quejas somáticas. El puntaje de 75-84 en donde está el 11.7% de los individuos, quienes presentan interés prominente acerca de la integridad física y preocupaciones somáticas (que no existen, creen sentir dolor cuando no lo hay). El siguiente intervalo es de 21 a 49, representado por el 10% de los pacientes, caracterizándose por el poco interés que manifiestan por su salud, estas personas presentan pocas quejas o molestias, alertas optimistas y afectivas en su vida. El último bloque es el de más de 85 puntos (6.6%), son personas exageradamente preocupadas por su salud, presentan fatiga funcional, debilidad, síntomas en todos los sistemas corporales (malestares físicos como son: en digestión, respiración, pensamiento, visión) (Anexo 3, Tabla 1).

ESCALA 2 (D) DEPRESIÓN: en el anexo 3, tabla 2, se puede apreciar que el 28.3% de la muestra se ubicó en el puntaje de 60 a 69 puntos, representando una preocupación temporal de su condición y leve depresión, mientras que el 26.7% (45-59) se observan personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo. Le sigue el 25% de los individuos que están del 70 al 79; quienes manifiestan depresión significativa a nivel clínico y, en menor porcentaje (20%) manifiestan depresión severa que implican anorexia e insomnio.

ESCALA 4 (DP) DESVIACIONES PSICOPATICAS: La mayoría de los pacientes (45%) muestran puntajes entre 60-69, como podemos ver en la tabla 3 (anexo 3). Esto significa que son personas independientes e inconformes, indica esto que son enérgicas y activas no aceptan fácilmente normas sociales. El 26% de los pacientes quienes tienen puntajes de 45 a 59 se caracterizan por cierto conformismo ante las reglas sociales. Le siguen los pacientes de 70-79 (16.7%) son personas que se manifiestan como inadaptadas a la sociedad siendo impulsivas,

inconformes con poca tolerancia a la frustración. En el siguiente puntaje se encuentran individuos convencionales y conformistas, pasivos y reservados, moralistas y con pocos intereses, dentro de los puntajes es 20-44 (10%). Y en menor porcentaje (1.6%) se considera que las personas carecen tanto de juicio social, como de la capacidad de beneficiarse de la experiencia, siendo antisociales.

ESCALA 7 (PT) PSICASTENIA: En la tabla 4 (anexo) se puede encontrar que la mayor parte de la muestra presenta preocupación por problemas insignificantes. Esto lo manifiesta con ansiedad, indecisión y tensión, buscan el perfeccionismo, orden, responsabilidad, autocrítica. Entre los puntajes 45-49 se encuentra el 28.3% de los sujetos, con capacidad adecuada para organizar trabajo; el 15% tienen puntaje de 75 a 84, son personas insatisfechas con sus vidas y con sus relaciones sociales; el 10% de los individuos con puntaje mayor a 85 a quienes presentan características como: temores, sentimientos de culpa, ansiedad, problemas. Y el menor puntaje (-44) son personas preocupadas por lo que pueda pasarles, insatisfechos con sus relaciones interpersonales.

ESCALA 8 (ES) ESQUIZOFRENIA: En la tabla 5 (anexo 3) se encuentra que la mayoría (41.7%) está entre 74 o más puntos que implica algunas características de relaciones pobres, es decir, socialmente introvertidos, tienden a evitar la realidad y necesidad de ayuda. El puntaje de 60 a 74 (40%) se caracteriza a las personas que caen dentro de este puntaje por la percepción de ser solitarios no se involucran con la gente, pero son creativas y prácticas; mientras que el 18.3% (45-59) manifiestan intereses prácticos y teóricos.

ESCALA 0 (SI) INTROVERSION-EXTROVERSION SOCIAL: La mayoría de los pacientes obtuvo un puntaje de 60-69 tabla 6 (anexo 3) quienes se caracterizan por ser personas reservadas, difíciles de conocer en situaciones que le son extrañas (timidas, aisladas y cohibidas); mientras el 28.3% de la muestra (45-49) manifiestan capacidad para establecer relaciones sociales satisfactorias; por último el 1.7% quienes tienen puntaje de más de 70, implica que son personas socialmente inadaptados, introvertidos, les es muy difícil entablar conversación, presentado ansiedad y falta de confianza en si mismos.

2. RESULTADOS DE LA APLICACION DEL MMPI EN PACIENTES CON CÁNCER DE ACUERDO AL TIEMPO EN TRATAMIENTO.

GRUPO DE 0-4 MESES DE TRATAMIENTO (34 PACIENTES)

ESCALA 1 (HS) HIPOCONDRIA:

Encontramos que el 44.2% (50-59) son personas realistas acerca de su salud y pocas somatizaciones.

El 29.4% (60-74) quienes expresan interés significativo acerca de su salud, quejas somáticas.

El 14.7% (21-49) presentan poco interés por su salud.

El 8.8.% (75-84) Exagerado interés por su salud y así mismo los síntomas somáticos.

El 2.9% (85 o más) Presentan preocupación exagerada además fatiga funcional, síntomas en todo el sistema corporal. (Anexo 3, tabla 7)

ESCALA 2(D) DEPRESION:

El 29.4% (45-59) de la muestra se consideran como personas con perspectiva de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo.

Mientras que el 29.4% (60-69) presentan depresión leve, preocupados y pesimistas.

El 23.5% (70-79) manifiestan niveles de depresión clínicamente significativa, se preocupan por cosas sin importancia.

Y el 17.7% (80 o más) presentan depresión severa, preocupación extrema y pesimismo.

ESCALA 4(DP) DESVIACIONES PSICOPATICAS:

El 56% (60-69) son personas independientes e inconformes, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados.

El 23.5% (45-59) son personas que no saben controlarse y restringirse ante los demás.

El 14.7% (20-44) son personas convencionales y conformistas, pasivas, reservadas.

Mientras que el 2.9% (70-79) se encuentran individuos inconformes, resentidos, rebeldes, insatisfechos, inadaptados a la sociedad.

Y el 2.9% (79 0 más) personas sin juicio social, con capacidad de beneficiarse con la experiencia

ESCALA 7 (PT) PSICASTENIA:

El 41.2% (45-59) se consideran personas con capacidad adecuada para organizar trabajo.

El 32.3% (60-74) se caracteriza por el orden, perfeccionismo, responsabilidad, autocrítica preocupación por problemas insignificantes.

El 11.8% (85 o más) presentan sentimientos de culpa, constante repetición de problemas y soluciones posibles.

El 8.8% (75-84) son personas que presentan preocupación, insatisfechos con sus vidas y relaciones sociales.

El 5.9% (menos a 44) manifiestan sentimientos de culpa.

ESCALA 8 (ES) ESQUIZOFRENIA:

El 44.2% (60-74) representa a personas que se interesan en asuntos prácticos y no se involucran con la gente.

El 32.3% (75 o más), socialmente introvertidos, se relacionan pobremente y tienden a evadir la realidad.

Y el 23.5% (45-59) presentan una combinación por intereses prácticos y teóricos.

ESCALA 0 (IS) INTROVERSION-EXTROVERSION:

El 73.5% (60-69) se consideran personas reservadas y timidas.

El 26.5% (45-59) son personas con capacidad adecuada para establecer relaciones sociales satisfactorias.

GRUPO DE 5-10 MESES (18 PACIENTES))**ESCALA 1 (HS) HIPOCONDRIA:**

El 44.4% (50-59) son personas realistas acerca de su salud y pocas somatizaciones.

El 22.2% (75-84) manifiestan exagerado interés por su salud y exagerados síntomas somáticos.

El 22.2% (21-49) presentan poco interés por su salud y molestias somáticas.

El 16.7% (60-74) se consideran con interés significativo por su salud y quejas somáticas.

ESCALA 2(D):

Se encontró que el 33.3% (60-69) presentan depresión leve, preocupados y pesimistas.

Mientras que el 27.8% (80 o más) presentan depresión severa, preocupación extrema y pesimismo.

El 22.2% (45-59) son personas con perspectiva de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo.

Y el menor puntaje es de 16.7% (70-79) manifiestan niveles de depresión clínicamente significativa

ESCALA 4(DP) DESVIACIONES PSICOPATICAS:

El 61% (60-69) manifiestan ser personas independientes e inconformes, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados.

El 38.9% (45-59) son personas que no saben controlarse y restringirse ante los demás.

ESCALA 7 (PT) PSICASTENIA:

El 50% (60-74) se caracterizan por el orden, perfeccionismo, responsabilidad, autocrítica preocupación por problemas insignificantes.

El 33.3% (75-84) preocupados, insatisfechos con sus vidas y relaciones sociales.

El 11.1% (45-59) son personas con capacidad adecuada para organizar trabajo.

El 5.6% (85 o más) presentan sentimientos de culpa, constante repetición de problemas y soluciones posibles.

ESCALA 8 (ES) ESQUIZOFRENIA:

El 55.6% (75 o más), socialmente son introvertidos, se relacionan pobremente y tienden por evadir la realidad.

El 44.4% (60-74) se interesan en asuntos prácticos y no se involucran con la gente.

ESCALA 0 (IS) INTROVERSION-EXTROVERSION:

Se observa que el 66.6% (60-69) son personas reservadas y timidas.

El 27.8% (45-59) son personas con capacidad adecuada para establecer relaciones sociales satisfactorias.

El 5.6% (70 o +) son socialmente inadaptados, introvertidos, solos, desconfiados de sí mismos

GRUPO DE 12-38 MESES DE TRATAMIENTO (8 PACIENTES)**ESCALA 1 (HS) HIPOCONDRIA:**

El 50% (50-59) personas realistas acerca de su salud y pocas somatizaciones.

El 37.5% (60-74) expresan interés significativo acerca de su salud, quejas somáticas.

El 12.5% (85 o +) Presentan preocupación somática exagerada

ESCALA 2(D) DEPRESION:

El 37.5% (70-79) manifiestan niveles de depresión clínicamente significativa, se preocupan por minuciosidades.

El 25% (45-59) son personas con perspectiva de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo

25% (60-69) presentan depresión leve, preocupados y pesimistas.

El 12.5% (80 o +) presentan depresión severa, preocupación extrema y pesimismo.

ESCALA 4(DPI) DESVIACIONES PSICOPATICAS:

El 50% (60-69) se consideran personas independientes e inconformes, no son impulsivas no presentan sentimientos inapropiados.

El 25% (45-59) personas que no saben controlarse y restringirse ante los demás.

El 25% (70-79) Son individuos inconformes, resentidos, rebeldes, insatisfechos, inadaptados a la sociedad.

ESCALA 7 (PT) PSICASTENIA:

El 50% (60-74) caracterizadas por el orden, perfeccionismo, responsabilidad, autocrítica preocupación por problemas insignificantes.

El 25% (45-59) personas con capacidad adecuada para organizar trabajo.

El 12.5% (-44) preocupados por sentimientos de culpa.

El 12.5% (85 0 +) presentan sentimientos de culpa, constante repetición de problemas y soluciones posibles.

ESCALA 8 (ES) ESQUIZOFRENIA:

El 50% (75 o +) Socialmente son introvertidos, se relacionan pobremente y tienden por evadir la realidad.

El 37.5% (45-59) presentan una combinación por intereses prácticos y teóricos.

El 12.5% (60-74) se interesan en asuntos prácticos y no se involucran con la gente.

ESCALA 0 (IS) INTROVERSION-EXTROVERSION:

El 62.5% (60-69) son personas reservadas y timidas.

El 37.5% (45-59) son personas con capacidad adecuada para establecer relaciones sociales satisfactorias.

3. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MMPI EN PACIENTES CON CÁNCER POR TIPO DE TRATAMIENTO.**GRUPO QUIMIOTERAPIA (25 PACIENTES)****ESCALA 1 (HS) HIPOCONDRIA:**

El 60% (50-59) son realistas acerca de su salud y sinomatización.

El 20% (60-74) presentan interés exagerado acerca de su salud, con quejas extremas

El 12% (75-84) manifiestan preocupaciones somáticas, piden se les trate y a la vez rechazan.

El 4% (21-49) con pocas quejas o molestias somáticas, poco interés por su salud, optimistas y afectivas en sus vidas (Anexo III, tabla 8).

ESCALA 2(D) DEPRESIÓN:

El 36% (60-69) Significa que la mayoría, presentan depresión leve, preocupados y pesimistas.

El 28% (45-59) son personas con perspectiva de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo (energía y entusiasmo).

El 28% (70-79) manifiestan niveles de depresión clínicamente significativa, se preocupan por minuciosidades.

El 8% (80 o +) presentan depresión severa, preocupación extrema y pesimismo; conducta indecisa y aislamiento, anorexia y insomnio.

ESCALA 4(DPI):

El 56% (60-69) Se manifiestan independientes e inconformes, no son impulsivos ni presentan sentimientos inapropiados, son enérgicos y activos.

El 20% (45-59) son personas que no saben controlarse y restringirse ante los demás.

El 20% (70-79) se muestran inconformes, resentidos, rebeldes, insatisfechos, inadaptados a la sociedad.

El 4% (20-44) son personas convencionales y conformistas, pasivas, reservadas.

ESCALA 7 (PT) PSICASTENIA:

El 40% (60-74) caracterizada por el orden, perfeccionismo, responsabilidad, autocrítica y preocupación por problemas insignificantes.

El 28% (45-59) presentan una capacidad adecuada para organizar trabajo, no presentan dudas en sus actitudes ni preocupación indebida

El 20% (75-84) se muestran preocupados, insatisfechos con sus vidas y relaciones sociales.

El 12% (85 o +) presentan sentimientos de culpa, constante repetición de problemas y soluciones posibles.

ESCALA 8 (ES) ESQUIZOFRENIA:

El 56% (75 o +) son socialmente introvertidos, se relacionan pobremente y tienden por evadir la realidad o las presiones de la misma.

El 32% (60-74) se interesan en asuntos prácticos y no se involucran con la gente.

El 12% (45-59) presentan una combinación por intereses prácticos y teóricos.

ESCALA 0 (IS) INTROVERSION-EXTROVERSION:

El 60% (60-69) son reservadas y timidas en situaciones desconocidas.

El 40% (45-59) presentan capacidad adecuada para establecer relaciones sociales satisfactorias.

GRUPO RADIOTERAPIA (23 PACIENTES)**ESCALA 1 (HS) HIPOCONDRIA:**

El 34.8% (60-74) expresan interés significativo acerca de su salud y quejas somáticas.

El 30.4% (50-59) son realistas acerca de su salud y manifiestan pocas somatizaciones.

El 17.4% (21-49) presentan poco interés por su salud.

El 17.4% (75-84) presentan exageración acerca de su salud y problemas somáticos

ESCALA 2(D) DEPRESION:

El 26.1% (45-59) se consideran con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo

El 26.1% (60-69) presentan depresión leve, preocupados y pesimistas.

El 26.1% (70-79) manifiestan niveles de depresión clínicamente significativa, se preocupan por minuciosidades.

El 21.7% (80 o +) presentan depresión severa, preocupación extrema y pesimismo.

ESCALA 4(DP) DESVIACIONES PSICOSOMATICAS:

El 39.1% (60-69) personas independientes e inconformes, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados.

El 30.4% (45-59) personas que no saben controlarse y restringirse ante los demás

El 17.4% (20-44) personas convencionales y conformistas, pasivas, reservadas.

El 8.7% (70-79) Individuos inconformes, resentidos, rebeldes, insatisfechos, inadaptados a la sociedad.

El 4.4% (80 o +) carecen de juicio social, muy conflictivos.

ESCALA 7 (PT) PSICASTENIA:

El 43.5% (60-74) caracterizadas por el orden, perfeccionismo, responsabilidad, autocrítica, preocupación por problemas insignificantes.

El 30.4% (45-59) personas con capacidad adecuada para organizar trabajo.

El 4.4% (85 o +) presentan sentimientos de culpa, constante repetición de problemas y soluciones posibles.

El 8.7% (75-84) preocupados, insatisfechos con sus vidas y relaciones sociales.

El 13% (-44) preocupados por sentimientos de culpa.

ESCALA 8 (ES) ESQUIZOFRENIA:

El 43.5% (60-74) se interesan en asuntos prácticos y no se involucran con la gente.

El 30.4% (75 o +) socialmente son introvertidos, se relacionan pobremente y tienden por evadir la realidad.

El 26.1% (45-59) presentan una combinación por intereses prácticos y teóricos.

ESCALA 0 (IS) INTROVERSION-EXTROVERSION:

El 78.3% (60-69) personas reservadas y timidas.

El 17.4% (45-59) personas con capacidad adecuada para establecer relaciones sociales satisfactorias.

El 4.4% (70 o +) son personas socialmente inadaptados, introvertidos, desconfiados de sí mismos.

GRUPO MIXTO QUIMIOTERAPIA- RADIOTERAPIA (12 PACIENTES)**ESCALA 1 (HS) HIPOCONDRIA:**

El 41% (50-59) personas realistas acerca de su salud y pocas somatizaciones.

El 33% (85 o +) Presentan preocupación exagerada además fatiga funcional, síntomas en todos el sistema corporal.

El 16% (60-74) expresan interés significativo acerca de su salud, quejas somáticas.

El 8.3% (21-49) presentan poco interés por su salud.

ESCALA 2(D) DEPRESION:

El 41.7% (80 o +) presentan depresión severa, preocupación extrema y pesimismo.

El 25% (45-59) personas con perspectiva de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo

El 25% (60-69) presentan depresión leve, preocupados y pesimistas.

El 8.3% (70-79) manifiestan niveles de depresión clínicamente significativa, se preocupan por minuciosidades.

ESCALA 4(DPI) DESVIACIONES PSICOPATICAS:

El 41.7% (45-59) personas que no saben controlarse y restringirse ante los demás.

El 25% (60-69) personas independientes e inconformes, no son impulsivos presentan sentimientos inapropiados.

El 25% (70-79) Individuos inconformes, resentidos, rebeldes, insatisfechos, inadaptados a la sociedad.

El 8.3% (20-44) personas convencionales y conformistas, pasivas, reservadas.

ESCALA 7 (PT) PSICASTENIA:

El 33.3% (60-74) caracterizadas por el orden, perfeccionismo, responsabilidad, autocrítica, preocupación por problemas insignificantes.

El 25% (45-59) personas con capacidad adecuada para organizar trabajo.

El 16.7% (75-84) preocupados, insatisfechos con sus vidas y relaciones sociales.

El 16.7% (85 o +) presentan sentimientos de culpa, constante repetición de problemas y soluciones posibles.

El 8.3% (menor a 44) preocupados por sentimientos de culpa.

ESCALA 8 (ES) ESQUIZOFRENIA:

El 50% (60-74) se interesan en asuntos prácticos y no se involucran con la gente.

El 33.3% (75 o +) Socialmente son introvertidos, se relacionan pobremente y tienden por evadir la realidad.

El 16.7% (45-59) presentan una combinación por intereses prácticos y teóricos.

ESCALA 0 (IS) INTROVERSION-EXTROVERSION:

El 75% (60-69) son personas reservadas y timidas.

El 25% (45-59) personas con capacidad adecuada para establecer relaciones sociales satisfactorias.

4. RESULTADOS DE LA APLICACION DEL IDARE.

TOTAL DE LA MUESTRA

IDARE-RASGO: La mayoría de los pacientes (43%) muestran ansiedad como rasgo de nivel medio (entre 41 y 59 puntos), seguido con el 27.5% de la muestra presenta un nivel bajo (Anexo 4, tabla 1).

IDARE-ESTADO: El 37.5% de la muestra manifiestan bajo nivel de ansiedad como estado, seguido con el 30% presentan ansiedad media (de 41 a 59 puntos) y muy pocos (7.5%), alta ansiedad (Anexo 4, tabla 2).

GRUPO DE QUIMIOTERAPIA

IDARE-RASGO: Se encontró que el 56% de la muestra obtuvo puntuación de 41 a 59 puntos (nivel medio), el 44% de 0 a 40 muestran baja ansiedad (Anexo 4, tabla 3)

IDARE-ESTADO: El 56% tiene puntaje de 0 a 40 (baja ansiedad), seguido por el 36% quienes tienen de 41 a 59 puntos (ansiedad media) y el 8% presenta alta ansiedad (61 o más puntos).

GRUPO RADIOTERAPIA

IDARE-RASGO: 52.2% se encuentra entre 41 a 59 puntos con ansiedad media, el 39% con baja ansiedad (0 a 40 puntos) y el 8.8% alta ansiedad.

IDARE-ESTADO: 47.8% obtuvo ansiedad media (41 a 59 puntos); 39.1% ansiedad baja (0 a 40 puntos), y el 13.1% on ansiedad alta con más de 61 puntos.

GRUPO MIXTO

IDARE-RASGO: 75% con ansiedad media obtuvo entre 41 a 59 puntos, 16.7% con puntaje de 0 a 40 puntos (ansiedad baja) y el 8.3% con alta ansiedad (61 puntos).

IDARE-ESTADO: Con mayor porcentaje (66.7%) se encuentra 0 a 40 puntos (ansiedad baja); el 25% lo representa de 41 a 59 puntos con ansiedad media y el 8.3% con alta ansiedad (61 puntos)

GRUPO DE 0-4 MESES EN TRATAMIENTO

IDARE-RASGO: 52.9% se encuentra la muestra con 41-59 puntos de ansiedad media; 44.1% entre 0-40 puntos (ansiedad baja) y el 3% con alta ansiedad (61 puntos), (Anexo 4, tabla 4).

IDARE-ESTADO: 50% con puntaje entre 0-40 se encuentran quienes presentan baja ansiedad; seguido por el 44.1% entre 41-59 puntos con ansiedad media y el 5.9% con alta ansiedad.

GRUPO DE 5-10 MESES EN TRATAMIENTO

IDARE-RASGO: 72.2% con mayor porcentaje entre los puntajes de 41-59 ansiedad media, 22.3% con 0-40 puntos (ansiedad baja) y 5.5% con alta ansiedad (61 puntos)

IDARE-ESTADO: 44.4% con puntaje entre 0-40 con ansiedad baja; 33.3% con ansiedad media entre 41-59 puntos, y el 22.3% con alta ansiedad con más de 61 puntos.

GRUPO DE 12-18 MESES

IDARE-RASGO: Con 50% se encuentra la muestra que obtuvo entre 41-59 puntos (ansiedad media), 37.5% con ansiedad baja entre puntaje de 0-40 y el 12.5% con más de 61 puntos son personas con alta ansiedad.

IDARE-ESTADO: El mayor porcentaje se encuentra el 62.5% entre puntaje de 0-40 (ansiedad baja) y el 37.5% con ansiedad media entre 41-59 puntos.

5. RESULTADOS DE LAS CARACTERISTICAS DE AFRONTAMIENTO EN GENERAL, POR TIEMPO Y TIPO DE TRATAMIENTO (INSTRUMENTO).

Se realizó un análisis de la consistencia interna del instrumento con los 30 reactivos con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de .9052, considerándose que sí bien éste es elevado se debe tener cuidado en su interpretación debido a la cantidad pequeña de reactivos (30) y de sujetos (160), también puede existir conglomerados que tiene correlaciones relativamente altas entre ellos, pero baja con los miembros de otros conglomerados. También se supone un instrumento heterogéneo debido a los valores de las correlaciones de los reactivos que varían bruscamente de unos a otros. Esto llevó a elaborar un análisis factorial del instrumento que no permitió agrupar diversos reactivos de manera coherente y teóricamente por lo que se analiza individualmente cada reactivo. Primeramente se presentan los datos crudos por población y su distribución, posteriormente se hará un análisis de los factores y la descripción de los resultados conforme a ellas.

MUESTRA EN GENERAL: En el anexo 5 en la tabla 1 se presentan los resultados del total de puntaje obtenido para las dos muestras (con y sin cáncer) en intervalos de 10, partiendo de 36 de un total de 120 puntos posibles a obtener. Como se puede observar, el número de sujetos de las dos muestras (N=160) la mayor parte cae en la categoría de 36 a 46 puntos, decreciendo la cantidad de individuos conforme se incrementa el puntaje.

PACIENTES CON CÁNCER: Por otro lado, de acuerdo a las escalas que se pretende medir con el instrumento se encontró que:

APROXIMACION PARTICIPATIVA:

ENFOCADA A LA COGNICION: los reactivos que la integran son 4, 11, 16, 17, 22, 25, 29 y 30. Estos explican cómo el individuo percibe su enfermedad, manifestándolo a través de sus pensamientos, emociones, que a su vez estas interfieren en las actividades que realiza. El 50% de los pacientes obtuvo un puntaje de 1 a 1.9 (tomando la media del puntaje total). Seguido por el 46.25% (2 a 2.9 puntos) y el menor porcentaje fue de 3.75% con puntaje de más de 3 puntos, lo que indica que al incrementar el puntaje su afrontamiento y estrategias del mismo son inefectivas para esta escala.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: el mayor porcentaje fue de 60% con puntaje de 2 a 2.9, seguido en frecuencia 32.50% (1 a 1.9 puntos) y en último término 7.50% con puntaje de 3 a más. Lo integran los reactivos 9, 10, 15, 18, 21, y 26, esto indica como el individuo actúa

ante una situación de enfermedad por medio de reacciones corporales, o acciones; y el desarrollo de actividades rutinarias.

EVITACION O ESCAPE:

ENFOCADA A LA COGNICION: Se encontró que el 51.25 % obtuvo un puntaje de 2 a 2.9; mientras que el 38.75 % caen en 1 a 1.9 puntos; y con menor porcentaje 10 % con más de 3. Esto se refiere a las estrategias cognitivas (reactivos 1, 2, 3, 5, 6, 14, 24, 27 y 28) que el individuo utiliza para afrontar su situación de enfermedad, en este caso como evita el problema a través de sus emociones chantaje, pensamientos, metas (no realizadas), en otras palabras, intentos para manejar situaciones problemáticas (estrategias) recurriendo a utilizar pensamientos y experiencias anteriores, es decir, estrategias cognitivas que puedan ayudar a afrontar satisfactoriamente su situación.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: se obtuvo que el puntaje de 2 a 2.9 fue el mayor porcentaje (55%), seguido por el 35% con un puntaje de 1 a 1.9 y finalmente el 10% con puntaje de más de 3. Los reactivos que evalúa esta escala son 7, 8, 12, 13, 19, 20, y 23, se refieren a conductas que pretenden tratar directamente el problema y sus efectos, a su vez como influye las respuestas cognitivas que tienen como función manejar las consecuencias emocionales, qué las provoca y ayudar así a mantener un equilibrio emocional en los pacientes.

SUJETOS SIN ENFERMEDAD: Como se puede observar en el anexo 5 tabla 3 la mayor cantidad de sujetos (55%) obtuvieron puntajes entre el 36 y 46 disminuyendo conforme se incrementa el puntaje, a diferencia de los pacientes con cáncer.

Se realizó un análisis de reactivos a través de la prueba "T" de Student para, con base en los valores medios obtenidos por cada muestra, determinar el nivel de discriminación, encontrándose que, en su mayoría existen diferencias significativas en los valores "F" con probabilidades menores al .05 ($p = .05$) entre los dos grupos (ver anexo 5, tabla 4). Los únicos reactivos que no mostraron un valor "F" significativo fueron los reactivos 4, 12, 26 y 30, indicando que no existen diferencias entre los grupos en dichos reactivos. Podemos ver que el total también manifiesta una diferencia significativa entre pacientes con cáncer y sujetos sanos ($F = 2.61$, $p = .05$), el puntaje promedio del primer grupo es significativamente más elevado que para el segundo (sujetos sanos).

TIPO DE TRATAMIENTO

APROXIMACION PARTICIPATIVA: (QUIMIOTERAPIA)

ENFOCADA A LA COGNICION: Con mayor porcentaje encontramos que el 50% con puntaje de 2-2.9, seguido por el 47% con puntaje de 1 a 1.9; y en menor porcentaje 3% con más de 3 puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: 61.8% con puntaje entre 2 a 2.9, seguido por el 32.4% con puntaje de 1 a 1.9 y el 5.8% con puntaje de 3 a más.

Estas dos escalas indican el tipo o estrategia que el individuo utiliza para afrontar su enfermedad, de acuerdo al grado de empeño o participación para el logro de objetivos, entre mayor puntaje menor control de emociones, pensamientos y acciones asertivas.

EVITACION O ESCAPE

ENFOCADA A LA COGNICION: Con el 47% se obtuvo puntaje de 2 a 2.9, mientras que el 41.2% se encontró entre 1 a 1.9 puntos y el 11.8% entre 3 a más puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: El porcentaje mayor fue de 50% (2 a 2.9 puntos), siguiendo el 41.2% con puntaje entre 1 a 1.9 y el 8% con más de tres puntos

Esto indica la evitación al problema o enfrentamiento al mismo entre pensamientos o emociones negativas (de acuerdo al puntaje) menor control sobre las mismas y a las acciones.

MIXTO (QUIMIO Y RADIOTERAPIA)

APROXIMACION PARTICIPATIVA

ENFOCADA A LA COGNICION: Se encontró que el 53% de los pacientes obtuvo puntaje entre 2 a 2.9; seguido por 41.2% con 1 a .9 puntos, mientras que el 5.8% tiene puntaje de 3 a más.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: Con mayor porcentaje fue de 58.9% con 2 a 2.9 puntos, seguido por el 23.6% con 1 a 1.9 puntos y el 17.7% con puntaje de más de 3.

EVITACION O ESCAPE

ENFOCADA A LA COGNICION: el 64.7% obtuvo puntaje de 2 a 2.9; mientras que el 35.3% con 1 a 1.9 puntos, y no hubo paciente que alcanzara un puntaje de más de 3 puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: El 58.8% obtuvo puntaje de 2 a 2.9 puntos; el 29.4% de 1 a 1.9 puntos y el 11.8% con más de 3 puntos.

RADIOTERAPIA

APROXIMACION PARTICIPATIVA

ENFOCADA A LA COGNICION: Se encontró que el 62% obtuvo puntaje entre 1 a 1.9 puntos; mientras el 34.5% entre 2 a 2.9 puntos y con menor porcentaje 3.5%.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: Con mayor porcentaje fue de 58.6% con puntaje entre 2 a 2.9, seguido por el 37.9% con 1 a 1.9 puntos y el 3.5% con más de 3 puntos.

Estos resultados indican que los pacientes desarrollan y manifiestan estrategias y participación o empeño para el logro de sus objetivos, así como mayor control de emociones, pensamientos pero sus acciones o conductas no son asertivas. Ya que esos pensamientos no son llevados a la práctica.

EVITACION O ESCAPE

ENFOCADA A LA COGNICION: Se obtuvo que el 48.3% de los pacientes tiene puntuaciones entre 2 a 2.9; seguido por el 37.9% entre 1 a 1.9 puntos; y el 13.8% con más de 3 puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: Con el 58.6% se encuentran los pacientes que obtuvieron puntaje de 2 a 2.9; seguido por el 31% con 1 a 1.9 puntos; y el 10.4% con más de 3 puntos.

TIEMPO EN TRATAMIENTO

0 A 4 MESES EN TRATAMIENTO

APROXIMACION PARTICIPATIVA

ENFOCADA A LA COGNICION: Los resultados encontrados fueron que el 70% de los pacientes obtuvieron puntaje entre 1 a 1.9; seguido en frecuencia por el 27.5% quienes tienen puntaje entre 2 a 2.9; y con menor porcentaje fue 2.5% con más de 3 puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: Con mayor porcentaje (52.5%) obtuvieron puntaje entre 2 a 2.9; mientras que el 45% con 1 a 1.9 puntos y el 2.5% con más de 3 puntos.

Estos resultados indican que los pacientes desarrollan y manifiestan estrategias y participación o empeño para el logro de sus objetivos, así como mayor control de emociones, pensamientos pero sus acciones o conductas no son asertivas. Ya que esos pensamientos no son llevados a la práctica.

EVITACION O ESCAPE

ENFOCADA A LA COGNICION: se obtuvo dos porcentajes iguales (45%) para los puntajes de 1 a 1.9 y 2 a 2.9 puntos; y con menor porcentaje (10%) el puntaje de 3 a más.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: Con mayor porcentaje (50%) fue el puntaje de 2 a 2.9 puntos, seguido por el 45% con puntaje de 1 a 1.9; y el 5% con más de 3 puntos.

5 A 10 MESES EN TRATAMIENTO

APROXIMACION PARTICIPATIVA

ENFOCADA A LA COGNICION: Se encontro que el 74% obtuvo puntaje de 2 a 2.9 puntos; mientras que el 22.2% entre 1 a 1.9 puntos y el 3.7% con más de 3 puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: el 70.4% obtuvo puntaje de 2 a 2.9; seguido por el 18.5% con más de 3 puntos y con menor porcentaje (11.1%) entre 1 a 1.9 puntos.

EVITACION O ESCAPE

ENFOCADA A LA COGNICION: Con el mayor porcentaje 63% obtuvieron puntos entre 2 a 2.9; después el 29.6% con puntaje entre 1 a 1.9; y por último el 7.4% con puntaje entre 3 a más puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: El 59.2% obtuvo puntaje de 2 a 2.9; seguido por el 26% con puntaje entre 1 a 1.9; y el 14.8% con 3 a más puntos.

12 A 38 MESES EN TRATAMIENTO

APROXIMACION PARTICIPATIVA

ENFOCADA A LA COGNICION: Se encontró dos porcentajes iguales (46.2%) para los puntajes entre 1 a 1.9 y 2 a 2.9; y el 7.6% con más de 3 puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: Con el 53% se encuentran los pacientes que obtuvieron entre 2 a 2.9 puntos; seguido por el 47.2% con 1 a 1.9 puntos; y ningún paciente obtuvo más de 3 puntos.

EVITACION O ESCAPE

ENFOCADA A LA COGNICION: Se encontró que el 46.2% obtuvo puntaje entre 2 a 2.9; mientras que el 38.5% tiene puntaje entre 1 a 1.9 y el 15.3 con más de 3 puntos.

ENFOCADA A LA CONDUCTA: Se encontró que el 23.1% obtuvo puntaje entre 2 a 2.9, mientras que el 61.6% tiene puntaje entre 1 a 1.9 y el 15.3% con más de 3 puntos.

Por otra parte los reactivos del instrumento fueron sometidos a un análisis factorial para cada grupo por separado para determinar los componentes principales con rotación varimax, obteniéndose en los dos grupos 10 componentes con un valor mayor o igual a uno.

En el grupo de cáncer los 10 componentes explicaron el 0.3% de la varianza total y en el grupo de sanos explicaron el 69.4% de la misma; compartiéndose sólo 4 reactivos en los dos primeros factores (factor I y III). dichos reactivos fueron: 24, 27, 21 y 30.

Para el grupo con cáncer se descartaron los reactivos 6 y 12 debido a que no alcanzaron un peso igual o mayor a 40, mientras que para la población de sujetos sanos los reactivos que no alcanzaron dicho peso fueron: 7, 14, 15 y 19; lo cual implica que dichos reactivos fueron explicados por otros en los factores para cada grupo. Esto indica que hay diferencias significativas para ambas.

En el anexo 6 tabla 1 se muestra esquemáticamente el porcentaje de varianza explicada en ambas muestras según el factor.

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos durante el estudio se considera lo importante que fue la elaboración del instrumento, tanto para investigaciones futuras, como para tener conocimientos de las diferentes estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza, ya sea efectivo o no, ayudarán al tratamiento psicológico de los mismos.

Por otra parte, para los grupos de tipo de tratamiento (quimio, radioterapia y mixto), en los resultados obtenidos se encontró diferencias significativas; para el grupo de quimioterapia y el mixto el mayor porcentaje se obtuvo entre 2 a 2.9 puntos para las dos escalas evaluadas (aproximación participativa y evitación o escape), en los dos enfoques correspondientes (cognición y conducta) evaluados. Esto indica que entre mayor puntaje (más de 2) el paciente está afrontando de manera inefectiva su enfermedad. Esto quiere decir que las estrategias o estilos de afrontamiento no son efectivas, ya que sus pensamientos (emociones, cogniciones), desarrollados no están enfocados a provocar participación positiva para una mejor calidad de vida, al igual que su comportamiento está enfocado de manera negativa. Es decir, que no manifiestan un esfuerzo para salir adelante y ayudarse a ellos mismos; no manifiestan ser positivos y con deseos de superación o alcance de nuevas metas o búsqueda de actividades diferentes, que estén a su alcance. Tienden a evitar la realidad a su situación a través de cogniciones y conductas no efectivas: manifiestan chantaje emocional, pensamientos negativos, no planean nuevas metas, no hacen uso de experiencias anteriores.

Para el grupo de radioterapia encontramos que en la escala de aproximación participativa el mayor porcentaje lo obtuvo el puntaje de 1 a 1.9; lo que indica mayor control de pensamientos positivos; racionalización de estrategias, de acuerdo al porcentaje obtenido en los demás enfoques, no son llevadas a cabo esas estrategias y se repiten los mismos resultados en la escala de evitación o escape que para los otros grupos.

Estos resultados se pueden atribuir a la propia enfermedad, a las características del paciente y a la agresividad del medicamento. Spiegel, por su parte, menciona que los síntomas físicos, como dolor, y los trastornos afectivos, como la depresión y ansiedad están entrelazados y mutuamente modulados o regulados. o bien el ambiente familiar influye para la adaptación afectiva del paciente a su enfermedad y afecta la sensación y expresión del dolor y el estado de ánimo. En este caso no es el objetivo confirmar la relación que existe entre depresión y ansiedad, pero si nos ayuda a conocer la reacción de estos como respuesta al tener que enfrentarse al diagnóstico de la enfermedad (cáncer). Como se puede observar en el estudio los pacientes manifiestan depresión pero no ansiedad, esto puede deberse a que los pacientes quienes participaron en el mismo ya tenían conocimiento del diagnóstico. Algo similar que

intentan hacer los pacientes del estudio, es lo que sugiere Cook Gotay (1984), intentan búsqueda de información (familiares, médicos, enfermeras, entre pacientes), hablar más de uno mismo, en este caso sólo lo llevan a cabo dentro del hospital con los mismos enfermos. Entre las situaciones que no intentan hacer, están: tratar de olvidar, buscar algunas cosas favorables acerca de su situación, buscar autonomía, toma de decisiones firmes, aceptar lo inevitable, tener esperanza, así como hablar con otros, vivir el hoy. Para apoyar esto Klinger menciona que la gente puede involucrarse simultáneamente en diversos ciclos de incentivo-desempeño, los cuales se combinan para determinar su estado emocional. En este estudio esto no se pudo constatar, debido tal vez al tiempo y el enfoque del mismo. Pero podría ser considerado para el tratamiento psicológico del paciente con cáncer.

En relación a los datos que arroja el MMPI, cabe señalar que sólo se utilizaron 6 escalas del MMPI de un total de 10, considerando que éstas se relacionan a las áreas de estudio (estrategias de afrontamiento) describiendo sus pensamientos y conductas del individuo en su medio ambiente.

Se encontró que existe diferencia (entre las muestras que se sometieron a tratamiento) en cuanto al interés que presentan por su salud; el grupo de radioterapia expresan interés significativo acerca de su salud y quejas somáticas, es decir, se preocupan, exagerando su situación. Esto indica la necesidad que tiene el individuo de elaborar una defensa contra sus fallas, a las que intenta justificar mediante sus malestares físicos. Es importante señalar el nivel de depresión que manifiesta cada grupo por tipo de tratamiento. Esto tiene como consecuencia que el paciente presente preocupación por problemas insignificantes, que a su vez provoca indecisión y tensión en sus labores. Quiere decir, probable incapacidad para tomar decisiones rápidas, exigencia hacia sí mismos y en ocasiones hacia los demás, búsqueda de comportamientos reestructurados. Todo esto lleva al paciente a aislarse de toda relación social. En general, como se puede observar, el grupo que presenta mayor conflicto es el de radioterapia, en cuanto a la forma de percibir su enfermedad presentando interés significativo. Se atribuye esto al propio tratamiento (radioterapia); el cual se lleva a cabo durante varios días consecutivos, comparando a este grupo con los de quimio, quienes presentan leve depresión, presentan estas características cuando están en tratamiento por los efectos del mismo y el grupo en tratamiento mixto quienes presentan depresión severa, tienen que enfrentarse a los dos tipos de tratamiento, cada uno tiene sus propios efectos, tanto físicos como emocionales. Es importante señalar la información que maneja cada paciente acerca del tratamiento, los efectos y consecuencias del mismo.

Schulz (1975) afirma que la respuesta a los tratamientos de cáncer y la probabilidad de sobrevivir se relaciona con la manifestación de sentimientos individuales, de acuerdo a la percepción que tengan de su vida: los pacientes con más control en su forma de percibir la vida tienden a responder mejor al tratamiento.

Por otra parte, se observa que la muestra a la cual se le asignó la variable de tiempo en tratamiento, no existen diferencias significativas en cuanto al instrumento se refiere, únicamente en el grupo de 0 a 4 meses en tratamiento en la escala de aproximación participativa, se encontró que el mayor porcentaje se encuentra en 1 a 1.9 puntos, lo que indica que los pacientes desarrollan y manifiestan estrategias y participación o empeño para el logro de sus objetivos, así como mayor control de emociones, pensamientos pero sus acciones o conductas no son asertivas. Para la escala de evitación o escape, se encontró que el puntaje con mayor porcentaje está entre 2 a 2.9, lo que indica que su afrontamiento es inefectivo buscan algo que los haga sentir bien; evitan el problema a toda costa manifestándose sobre las mismas y sobre sus comportamientos.

En lo que se refiere al MMPI se observa que existen marcada diferencias en los tres grupos: depresión, entre más tiempo en tratamiento se encuentra el paciente mayor conflicto y desajuste presenta en esa área, podemos atribuir esto a la misma experiencia del cáncer, ya que al asistir continuamente al hospital ya sea a revisión, estudios, tratamiento y efectos del mismo, o bien a problemas familiares, percepción que se tenga del cáncer, ocasiona al paciente que presente depresión. Así como también indecisión, exigencia de sí mismo y de los demás. Se relacionan pobremente, tienden a evitar la realidad y sus presiones. En los tres grupos se encontró aislamiento a situaciones sociales, así como de algún modo, querer ser escuchado o como forma de pedir ayuda a través de su inconformidad e independencia. Estos resultados difieren a lo que Klinger (1977) llama el proceso de depresión como una parte normal donde el individuo crea sus propios incentivos. Para Shontz (1975) sería una reacción a la crisis y a través de un proceso de "retroceso" y encuentro llevan a la adaptación. De igual modo es importante revisar que estas teorías aportan como el individuo a través de sus motivaciones pueden lograr mayor control sobre sus vidas y mantener su calidad de vida de manera positiva. Estos resultados se pueden utilizar en la intervención psicológica para implementar habilidades en los pacientes para que ellos mismos desarrollen incentivos propios.

CONCLUSIONES

Se considera que aun cuando no fueron estadísticamente significativos los resultados obtenidos en el estudio, en cuanto a si existen diferencias en los estilos de respuesta cognitivo y conductuales entre pacientes oncológicos con diferente tipo y duración de tratamiento, y del instrumento elaborado, se considera que puede ser útil para el equipo médico, para detectar el tipo de afrontamiento (estrategias o estilos) presentado por el paciente oncológico, éste puede ser un instrumento que ayude al pronóstico (medico) favorable de manera sencilla y con un poco de tiempo, sin que el paciente llegue a presentar cansancio o agotamiento físico. Además su evaluación es sencilla y rápida. Dicho instrumento proporciona tanto respuestas motoras como emociones propias del individuo, causadas por la enfermedad y cómo se afectan entre sí esas respuestas. Sin olvidar el entorno social del individuo (familia, amigos, trabajo, relaciones sociales) como otra posible causa a respuestas desfavorables asociadas a la enfermedad y presentadas a la misma. Es importante señalar que debido a la confiabilidad del instrumento se deben considerar los resultados con reserva, y ampliar el estudio para un mejor resultado y confiabilidad del mismo y poder ser aplicado dicho instrumento con mayor confianza.

En relación al MMPI e IDARE, estos instrumentos ayudaron únicamente a conocer rasgos de personalidad del paciente oncológico y para proporcionar datos en relación con el instrumento; señalando que existen problemas de desajuste psicológico en el paciente oncológico. La correlación encontrada en el instrumento (en relación con IDARE E MMPI) es muy bajo, quizá debido a la muestra pequeña. De alguna manera, los resultados en esto refleja estrategias de afrontamiento inefectivos.

Sin embargo, debemos señalar que la metodología utilizada en el estudio no fue la más adecuada, ya que observamos desorganización, de tal manera que los grupos elegidos (variables) duración y tipo de tratamiento no son homogéneos. Sin embargo, cabe mencionar que por el número de pacientes que asisten al hospital y las características de los mismos, no se pudo formar grupos homogéneos, además de considerar que a algunos pacientes se les aplicaba el instrumento cuando terminaban el tratamiento; En algunos casos hubo gente que no regreso a consulta o deserto por fallecimiento, se tuvo que reducir el número de pacientes.

Por otro lado, se puede asegurar que el paciente oncológico no afronta efectivamente su enfermedad; es decir, que las estrategias o estilos de afrontamiento no son efectivas, no manifiestan control sobre sus pensamientos y acciones, y en la mayoría de los pacientes se ven afectados entre sí, lo que provoca que tiendan a evitar o escapar de la propia enfermedad y al no poder equilibrar sus cogniciones y acciones presentan niveles de depresión que se consideran significativas para el tratamiento psicológico y médico. De acuerdo a esto y sus implicaciones; es importante mencionar que para un buen manejo del paciente con cáncer es vital la información que maneja el mismo, así como la relación en cuanto a su ámbito social, familiar y de pareja se refiere a una mejoría del propio paciente; y de igual forma se debe informar sobre su padecimiento y todo lo que refiere al significado de cáncer; así como a la familia para manejo de la misma información y esta no se distorcione.

Una vez que el paciente oncológico conozca el significado de su enfermedad, consecuencias y tipo de tratamiento, así como duración del mismo, es esencial continuar con orientación psicológica según sea el caso particular de cada enfermo, tomando en cuenta los antecedentes del mismo como son: aplicación del instrumento y resultados del mismo apoyado de otra prueba de personalidad (psicológica) para corroborar los resultados, además de considerar en este primer contacto la reacción y expresiones del paciente (conducta y cogniciones) manifestadas ante el médico (él es quien proporciona el diagnóstico), considerando lo que él conoce sobre la enfermedad. También es importante el trabajo psicológico con la familia, ya que es ésta con quien pasa la mayor parte del tiempo el enfermo, y de igual forma orientarlos al manejo del paciente.

Es importante manejar el apoyo psicológico durante todo el tratamiento médico para una mejoría del paciente oncológico. El apoyo psicológico que debe ser aplicado y evaluado continuamente, con los pacientes del Hospital Juárez de México de acuerdo a los grupos que participaron en el estudio:

-Al grupo de tratamiento con quimio. mixto, y con duración de 5-10-12-38 meses se debe de trabajar en el área de aproximación participativa (cognitivo conductual) manejo de estrategias o estilos de afrontamiento efectivo: participación positiva, tratar de olvidar, buscar cosas favorables sobre su situación, buscar autonomía, toma de decisiones, aceptar lo inevitable, tener esperanza, vivir el hoy, buscar nuevas actividades. búsqueda de información: hablar de ellos mismos, controlar sus impulsos, sentir afecto, cambiar su estado de ánimo.

Esto se debe llevar a cabo en forma grupal e individual según sea el caso.

-En el caso del grupo con radioterapia y 0-4 meses fomentar que lleven a cabo sus metas además de lo mencionado anteriormente. Es necesario implementar en ellos una terapia de relajación para disminuir su tensión.

Es importante mencionar, que el paciente debe de ser tratado como cualquier otra persona y no como enfermo, sugerirle que conviva con su entorno social, trate de olvidar su enfermedad, resolver sus dudas, durante su tratamiento dejar que descanse, aconsejar que deben terminar su tratamiento y la duración del mismo para su propia mejoría en su calidad de vida.

RECOMENDACIONES:

Llevar a cabo cursos de capacitación a enfermeras, residentes, familiares, trabajo social, rehabilitación y toda persona que esté relacionado con el paciente: acerca de como tratar y apoyar al paciente con cáncer.

Entrenar al equipo médico para que conozcan el instrumento realizado durante la investigación del mismo y mencionar cuando puede ser utilizado y para qué fue elaborado.

Apoyar al paciente de manera individual en sus dudas, en caso de necesitar apoyo específico y a otro nivel canalizar al psicólogo para un manejo de mayor responsabilidad a través de una terapia específica.

Apoyo al paciente de manera grupal por ejemplo: formar grupos con pacientes que tengan la misma enfermedad, cáncer de mama, ostiosarcomas testicular, etcétera, con la finalidad de compartir y manifestar experiencias y fomentar estado de ánimo, motivación, luchar por su vida.

Formar grupos con pacientes interesados en buscar nuevas actividades en la aceptación de su situación actual, por ejemplo talleres manuales, y búsqueda de información sobre su enfermedad

Bibliografía

y

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

ABRAMSON, L. y Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. Journal of Anormal Psychology No. 87. pp 49-74.

AJZEN, y Fishbein. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice- Hall.

ALLOY, C. y Kolden, G.(1985). Theoretical issues in behavior therapy .The Cognitive Diathesis-stress. Theories of Depression:Therapeitic Implications. London: Academic Press. Cap. 13.

BANDURA, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.

BAYES, R. (1985). Psicología oncológica. Barcelona: Martinez roca, S.A.

BLOTCKY, A. , Cohen, D. (1983). Brief Report Psychosocial characteristics of adolescents who refuse cancer treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.

BOLUND, C. (1985).1 Demographic and social characteristics of cancer patientes.Suicide and Cancer.Who committed suicide in Sweden, 1973-76. Vol. 3(1), spring. pp 1752.

BUTT, S. G.(1988). Psychosocial Aspects of the Stigma of Cancer: An Overview. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 6 (3/4). pp 3-23.

CALMAN, K. y Paul, J. (1987). An introduction to cancer Medicine. The Appach to the patient Hong kong: Jhon Wiley and sons. pp. 85-102.

CALMAN, K. y Paul, J. (1987). An Introduction to Cancer Medicine. The Surgical Treatment of Cancer. Hong Kong: John Wiley and Sons. pp 105-162.

CAREY, M. B. (1987). Providing relaxation training to cancer chemotherapy patients; a comparison of three delivery techniques. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 55, no. 5. pp 732-737.

COOK, G. (1984). The Experience of Cancer During Early and Advanced Stages: The Views of Patients and their Mates. Social Science, Medicine. Vol. 18, No. 7. Printed in Great Britain. All Rights Reserved. pp 605-613.

DeVITA, Vicente, Hellman, y Steven. (1988). Cáncer. México: Salvat, segunda edición, tomo I y II. I

DAVIDSON, P. (1971). Behavioral Medicine. Evaluating Lifestyle Change Programs. New York: Bruner/Mazel inc. pp 391-408.

DOBKIN, P. y Morrow, G. (1985-86). Long-Term side effects in Patients who have been treated successfully for cancer. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 3(4), winter. pp 23-49.

EDWARD, J., DiClemente C. y Samuel, M. (1985). Psychological Characteristics: A pretreatment Survival Marker of Patients with Testicular Cancer. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 3(1). pp 79-94.

EYSENK, H.J. (1985). Theoretical Issues in Behavior Therapy. Incubation Theory of Fear/Anxiety. London: Academic press inc. pp 83-102.

GANZ, P., Rofessart, Polinsky, M., Schag, C., Heinrich, R. (1987). A Comprehensive Approach to the Assessment of Cancer Patients' Rehabilitation Needs: the Cancer Inventory of Problem Situations and a Companion Interview. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 4(3), fall. pp 27-42.

GRASSI, L. y Molinari, S. (1986). Family Affective Climate During the Childhood of Adult Cancer Patients. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 4(3). pp 53-64.

HAROLD, L. (1976). Learned control of physiological function and disease. Behavior Modification and Behavior Therapy. E.E.U.U: Prentice-Hall. PP 74-123.

HUESMANN, L. R. y Marikawa, S. (1985). Theoretical Issues in Behavior Therapy. Learned Helplessness and Inoculation. London: Academic press inc. pp 361-374.

KAPLAN, A. y Rothman, D. (1986, Apr-Jun). The Dying Psychotherapist. The American Journal of Psychiatry. Vol. 143 (4-6). pp 561-572.

KATZ, E., Rubintein, Ch., Hubert, N. y Blew, A. (1988). School and Social Reintegration of Children with Cancer. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 6(3/4). pp 123-138.

KASTENBAUM, Robert J. (1981). Toward Standards of Care for the Terminally Ill. National Cancer Institute. Department. pp 1-22.

KELLY, P. (1987). Risk Counseling for Relatives of Cancer Patients: New Information, New Approaches. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 5(1), spring. pp 65-79.

KLINGER, (1977). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. Psychological Review. pp 1-25.

KOOCHER, y O'Malley. (1981). The Democles Syndrome Psychosocial Consequences of Surviving Childhood Cancer. New York: McGraw-Hill.

KUHN y Bradman. (1979). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press.

LAZARUS. (1981). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springerl.

LAZARUS. (1981). Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill.

LEFCOURT, H. (1982). Human Helplessness. Personality and Locus of Control. London: Academic Press. pp 245-250.

MACK, R. M. (1984, Dec.20). Occasional Notes. Lessons from Living with Cancer. The New England Journal of Medicine. Vol. 311, no. 25. pp 1640-1644.

MAGES, y Mendelsohn. (1981). In Health Psychology- A Handbrok. Effect of Cancer on Patients' Lives: a Personological Approach. San Francisco: Jossey-Bass.

MARTINSON, I., y Cohen, M. (1988). Themes from a Longitudinal Study of Family Reaction to Childhood Cancer. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 6(3/4). pp 81-98.

NUÑEZ, R. (1976). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México: Manual Moderno.

PETTET, J. (1985). Religious Issues Presented by Cancer Patients Seen in Psychiatric Consultation. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 3 (1).spring. pp 53-66.

QUINN, W., y Herndon, A. (1986). The Family Ecology of Cancer. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 4(1/2). pp 45-58.

REISS, S. y McNally, R.J. (1985). Theoretical Issues in Behavior Therapy. Expectancy Model of Fear. London: Academic press.inc. pp 107-120.

REISS, S. y Bootsin R. (1985). Theoretical Issues in Behavior therapy Academic press inc.

RIVERA, O. (1990). Interpretación del MMPI. En Psicología Clínica. México : Manual Moderno.

SABO, D. Brown, J. y Smith, C. (1986). The male Role and Mastectomy: Support Groups and Men's Adjustment. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 4(1/2). pp 19-30.

SELIGMAN, M. (1975). Helplessness on Depression, Development and Death. Anxiety and Unpredictability. W.H. New York: Freeman and Company. pp 107-133.

SELIGMAN, M. (1975). Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: Freeman.

SELIGMAN, M., Klein, D. y Miller, W. (1976). Behavior Modification and Behavior Therapy Depression. San Francisco: Prentice Hall- Inc.

SHENIDMAN. (1973). Voices of Deaths. New York: Harper and Row.

SHERR, Lorraine.(1992) Agonía, Muerte y Duelo. México: Manual Moderno.

SPIEGEL, D. (1985-86).Psychosocial Interventions with Cancer Patients. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 3(4), winter. pp 83-93

SPINETTA, J., Murphy, J., Vik, P., Day, J., Mott, M. Long-Term Adjustment in Families of Children with Cancer. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 6(3/4). pp 179-191.

SUTHERLAND, S. (1977). Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery. Depressive Reactions Associated with Surgery for Cancer. London: Breadkown.

TAYLOR, L. y Wood, J. (1984). Paradoxical enhancement of learned anxiety response. Psychological. Report, 35, 295-304.

THORPE, L. G. y Olson, S. (1990). Behavior Therapy. Boston: Allyn and bacon.

TUBIANA, M. El cáncer. (1989). México: Fondo de Cultura Economica.

WILSON, F. G. (1980). Behavioral Medicine. Cognitive factors in lifestyle changes: A social learning perspective. New York: Brunner/Mazel. pp 3-31

WORTMAN, y Brehm, (1975). Advances in experimental Social Psychology. Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. Vol. 8. New York: Berkowitz.

ANEXO 1

77

TABLA 1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS DOS MUESTRAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	PACIENTES CON CANCER	%	SUJETOS SANOS	%
SEXO				
FEMENINO	44	55	46	57.5
MASCULINO	36	45	32	42.5
EDAD				
15-24	16	20	12	15
25-34	15	18.75	33	41.3
35-44	24	30	17	21.3
45-54	13	16.25	15	18.8
55-64	6	7.5	1	1.3
65 Y MAS	6	7.5	2	2.5
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	25	31.25	19	23.8
CASADO	41	51.25	55	68.8
DIVORCIADO	4	5	4	5
UNION LIBRE	3	3.75	0	0
VIUDO	4	5	2	2.5
OTROS	3	3.75	0	0
ESCOLARIDAD				
SIN EDUCACION FORMAL	11	13.75	5	6.3
PRIMARIA/SECUNDARIA	50	62.5	48	60.1
TECNICO/BACHILLERATO	15	18.75	20	25.1
ESTUDIOS PROFESIONALES	4	5	7	8.8
OCUPACION				
ESTUDIANTE	13	16.25	11	13.75
ROGAR	36	45	28	35
SUBEMPLEADO	7	8.75	8	10
EMPLEADO FEDERAL	4	5	11	13.75
CAMPESINO	6	7.5	5	6.25
OBRAERO	8	10	10	12.5
DESEMPLEADO	6	7.5	7	8.75
NIVEL SOCIOECONOMICO				
1 SALARIO	1	1.25	N/A	N/A
2 A 3 SALARIOS	25	31.25	N/A	N/A
3 A 4 SALARIOS	52	65	N/A	N/A
5 O MAS SALARIOS	2	2.5	N/A	N/A

ANEXO 2**TABLA 1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION
CON CANCER**

POR RANGO DE TIEMPO EN TRATAMIENTO		
MESES	CANTIDAD	PORCENTAJE
0 - 4	40	50.0
5 - 10	27	33.8
12 - 38	13	16.3

N = 80

ANEXO 2**TABLA 2 DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CANCER**

POR RANGO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS		
NUMERO INTERVENCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
NINGUNA	21	26.3
1	36	45.0
2	19	23.8
3 ó MAS	4	4.9

ANEXO 2**TABLA 3 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION
CON CANCER**

DISTRIBUCION POR TIPO DE TRATAMIENTO		
TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
QUIMIOTERAPIA	25	31.3
RADIOTERAPIA	43	53.8
QUIMIO/RADIO	12	15.0

ANEXO 3

**TABLA 1 TOTALES DE RESPUESTA EN ESCALA HIPOCONDRIA 1 (HS)
DEL MMPI DE PACIENTES CON CANCER**

POR RANGOS DE SEVERIDAD		
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
21 - 49	6	10.0
50 - 59	27	45.0
60 - 74	16	26.7
75 - 84	7	11.7
85 ó MAS	4	6.6
NO SE APLICÓ	20	

ANEXO 3**TABLA 2 RESULTADOS DE LA EVALUACION DE PACIENTES CON CANCER**

POR RANGO DE PUNTAJES EN LA ESCALA DE DEPRESION DEL MMPI 2 (D)		
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
45 - 59	16	26.7
60 - 69	17	28.3
70 - 79	15	25.0
80 ó MAS	12	20.0
NO SE APLICÓ	20	

ANEXO 3

**TABLA 3 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION
CON CANCER**

POR RANGO DE PUNTAJE EN LA ESCALA 4 (DP) DEL MMPI		
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
20 - 44	6	10.0
45 - 59	16	26.7
60 - 69	27	45.0
70 - 79	10	16.7
79 ó MAS	1	1.6
NO SE APLICO	20	

ANEXO 3

TABLA 4 RESULTADOS DE EVALUACION DE PACIENTES CON CANCER

POR RANGO DE PUNTAJES EN LA ESCALA 7 (PT) DEL MMPI		
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
44	4	6.7
45 - 49	3	5.0
50 - 59	14	23.3
60 - 74	24	40.0
75 - 84	9	15.0
85 ó MAS	6	10.0
NO SE APLICO	20	

ANEXO 3

**TABLA 5 DISTRIBUCION DE PUNTAJES DE EVALUACION DE PACIENTES
CON CANCER**

POR RANGO DE PUNTAJES EN LA ESCALA 8 (ES) DEL MMPI		
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
45 - 59	11	18.3
60 - 74	24	40.0
74 ó MAS	25	41.7
NO SE APLICO	20	

N = 80

ANEXO 3**TABLA 6 RESULTADOS DE EVALUACION DEL GRUPO CON CANCER**

POR RANGO DE PUNTAJES EN LA ESCALA 0 (IS) DEL MMPI		
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
45 - 59	17	28.3
60 - 69	42	70.0
70 ó MAS	1	1.7
NO SE APLICO	20	

N = 80

ANEXO 3

TABLA 7 RESULTADOS DE EVALUACION DEL GRUPO EN TIEMPO EN TRATAMIENTO

POR RANGO DE PUNTAJES EN LAS ESCALAS DEL MMPI				
	PUNTAJE 1 (HS)	PORCENTAJE 0-4 MESES TX	PORCENTAJE 5-10 MESES TX	PORCENTAJE 12-18 MESES TX
	21 - 49	14.7	22.2	0
	50 - 59	44.2	44.4	50
	60 - 74	29.4	16.7	37.5
	75 - 84	8.8	22.2	0
	85 ó MAS	2.9	0	12.5
2 (D)	45 - 59	29.4	22.2	25
	60 - 69	29.4	33.3	25
	70 - 79	23.5	16.7	37.5
	80 ó MAS	17.7	27.8	12.5
4 (DP)	20 - 44	14.7	0	0
	45 - 59	23.5	38.9	25
	60 - 69	56	61	50
	70 - 79	2.9	0	25
	80 ó MAS	2.9	0	0
7 (PT)	MENOR 44	5.9	0	12.5
	45 - 59	41.2	25	28
	60 - 74	32.3	50	40
	75 - 84	8.8	0	20
	85 ó MAS	11.8	12.5	12
8 (ES)	45 - 59	23.5	37.5	12
	60 - 74	44.2	12.5	32
	75 ó MAS	32.3	50	56
0 (IS)	45 - 59	26.5	37.5	40
	60 - 69	73.5	62.5	60

ANEXO 3

TABLA 8 RESULTADOS DE EVALUACION DEL GRUPO POR TIPO DE TRATAMIENTO

POR RANGO DE PUNTAJES EN LAS ESCALAS DEL MMPI				
	PUNTAJE	PORCENTAJE RADIOTERAPIA	PORCENTAJE MIXTO	PORCENTAJE QUIMIOTERAPIA
1 (HS)	21 - 49	17.4	8.3	4
	50 - 59	30.4	41	64
	60 - 74	34.8	16	20
	75 - 84	17.4	0	12
	85 ó MAS	0	33	0
2 (D)	45 - 59	26.1	25	28
	60 - 69	26.1	25	36
	70 - 79	26.1	8.3	28
	80 ó MAS	21.7	41.7	8
4 (DP)	20 - 44	17.4	8.3	4
	45 - 59	30.4	41.7	20
	60 - 69	39.1	25	56
	70 - 79	8.7	25	70
	80 ó MAS	4.4	0	0
7 (PT)	MENOR 44	13	8.3	0
	45 - 59	30.4	25	28
	60 - 74	43.5	33.3	40
	75 - 84	8.7	16.7	20
	85 ó MAS	4.4	16.7	12
8 (ES)	45 - 59	26.1	16.7	12
	60 - 74	43.5	50	32
	75 ó MAS	30.4	33.3	56
0 (IS)	45 - 59	17.4	25	40
	60 - 69	78.3	75	60
	70 ó MAS	4.4	0	0

ANEXO 4

TABLA 1 RESULTADOS SOBRE IDARE-RASGO DE PACIENTES CON CANCER

RANGOS POR NIVEL DE PRESENTACION DE ANSIEDAD			
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	NIVEL DE ANSIEDAD
0 - 40	22	27.5	BAJA
41 - 59	35	43.8	MEDIA
61 ó MAS	3	3.8	ALTA
NO RESPONDIO	20	25.0	N/A

N = 80

NOTA:

ANSIEDAD BAJA: PERMANECE TRANQUILO GENERALMENTE ANTE SITUACIONES AMENAZANTES.

MEDIA: PERMANECE EN UN ESTADO DE ANSIEDAD NORMAL AL TENER QUE RESPONDER A SITUACIONES GENERALES, PERCIBIDAS COMO AMENAZANTES.

ALTA: SE MANIFIESTA GENERALMENTE ANSIOSO ANTE SITUACIONES NUEVAS PERCIBIDAS COMO AMENAZANTES.

ANEXO 4

**TABLA 2 RESULTADOS SOBRE IDARE-ESTADO DE PACIENTES
CON CANCER**

RANGOS POR NIVEL DE PRESENTACION DE ANSIEDAD			
PUNTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	NIVEL DE ANSIEDAD
0 - 40	30	37.5	BAJA
41 - 59	24	30.0	MEDIA
60 ó MAS	6	7.5	ALTA
NO RESPONDIO	20	25.0	N/A

N = 80

NOTA:

**ANSIEDAD BAJA: PERMANECE TRANQUILO GENERALMENTE ANTE SITUACIONES
NUEVAS Y MOMENTANEAS.**

**MEDIA: PERMANECE EN UN ESTADO DE ANSIEDAD NORMAL
ANTE SITUACIONES NUEVAS Y
MOMENTANEAS.**

**ALTA: SE PRESENTA SUMAMENTE ANSIOSO AL ENFRENTARSE
A SITUACIONES NUEVAS Y DESCONOCIDAS.**

ANEXO 4

**TABLA 3 RESULTADOS SOBRE IDARE-RASGO Y ESTADO DE PACIENTES
CON CANCER EN EL GRUPO DE TIPO DE TRATAMIENTO**

RANGOS POR NIVEL DE PRESENTACION DE ANSIEDAD						
PUNTAJE	PORCENTAJE RASGO QUIMIOTER.	PORCENTAJE RASGO RADIOTER.	PORCENTAJE RASGO MIXTO	PORCENTAJE ESTADO QUIMIOTER.	PORCENTAJE ESTADO RADIOTER.	PORCENTAJE ESTADO MIXTO
0 - 40 BAJA	44	39	16.7	56	39.1	66.7
41 - 59 MEDIA	56	52.2	75	36	47.8	25
61 ó MAS ALTA	0	0	8.03	8	13.1	8.3

ANEXO 4

**TABLA 4 RESULTADOS SOBRE IDARE-RASGO Y ESTADO DE PACIENTES
CON CANCER EN EL GRUPO EN TIEMPO DE TRATAMIENTO**

PUNTAJE NIVEL DE ANSIEDA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
	RASGO 0-4 MESES EN TRATAM.	RASGO 5-10 MESES EN TRATAM.	RASGO 12-18 MESES EN TRATAM.	ESTADO 0-4 MESES EN TRATAM.	ESTADO 5-10 MESES EN TRATAM.	ESTADO 12-18 MESES EN TRATAM.
0 - 40 BAJA	44.1	22.3	37.5	50	44.4	62.5
41 - 59 MEDIA	52.9	72.2	50	44.1	33.3	37.5
61 ó MAS ALTA	3	5.5	12.5	5.9	22.3	0

ANEXO 5**TABLA 1 CALIFICACION OBTENIDA EN EL INSTRUMENTO POR RANGO
EN LA MUESTRA EN TOTAL DE LA MUESTRA**

TOTAL RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
36 - 46	55	34.4
47 - 56	42	26.5
57 - 67	28	17.6
68 - 77	19	11.9
78 - 89	16	10.1

N= 160, MAXIMO PUNTAJE INDICANDO MAYOR GRADO DE AFECTACION

ANEXO 5**TABLA 2 CALIFICACION DEL INSTRUMENTO POR RANGO DE PACIENTES
CON CANCER**

TOTAL RANGO	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
36 - 46	11	14.0
47 - 56	13	16.0
57 - 67	25	31.0
68 - 77	17	21.0
78 - 89	14	18.0

ANEXO 5**TABLA 3 CALIFICACION DEL INSTRUMENTO POR RANGO DE PACIENTES DEL GRUPO CONTROL**

TOTAL RANGO	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
36 - 46	44	55.0
47 - 56	29	36.0
57 - 67	3	4.0
68 - 77	2	3.0
78 - 89	2	3.0

ANEXO 5

TABLA 4 RESPUESTA PROMEDIO EN CADA REACTIVO Y EL TOTAL POR GRUPO

REACTIVO TOTAL	GRUPO CON CA	GRUPO NORMAL	VALOR F	VALOR P
1	2.92	1.63	2.51	0
2	2.16	1.5875	2.48	0
3	2.0375	1.8675	1.82	0.008
4	1.9875	1.6625	1.6	0.38
5	2.5625	1.6	2.24	0
6	1.87625	1.6456	1.88	0.006
7	2.4125	1.675	3.08	0
8	1.95	1.6625	2.21	0.001
9	2.0875	1.6	2.32	0
10	2.525	1.625	2.17	0.001
11	1.875	1.7125	1.85	0.007
12	1.775	1.725	1.6	0.38
13	1.9	1.5875	1.89	0.005
14	1.5875	1.4125	1.73	0.016
15	1.9	1.65	1.97	0.003
16	1.725	1.5625	1.96	0.003
17	2.5875	1.675	2.12	0.001
18	2.25	1.525	1.73	0.016
19	2.025	1.481	2.56	0
20	2.8125	1.5443	2.95	0
21	1.8	1.6	1.63	0.03
22	2.1	1.575	2.66	0
23	2.2375	1.525	1.97	0.003
24	2.2375	2.1	2.1	0.001
25	2.4375	1.6582	1.69	0.022
26	2.225	1.5625	1.43	0.113
27	1.9	1.5375	2.1	0.001
28	2.075	1.45	1.8	0.01
29	1.875	1.5625	1.79	0.01
30	1.6	1.5443	1.34	0.196
TOTAL	63.45	2.92	2.61	0

ANEXO 5

**TABLA 5-A RESULTADOS DEL INSTRUMENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE AFRONTAMIENTO**

POR RANGO DE SEVERIDAD						
EVITACION O ESCAPE						
PUNTAJE	PORCENTAJE COGNITIVO 0-4	PORCENTAJE COGNITIVO 5-10	PORCENTAJE COGNITIVO 12-38	PORCENTAJE CONDUCTUAL 0-4	PORCENTAJE CONDUCTUAL 5-10	PORCENTAJE CONDUCTUAL 12-38
1 - 1.9	45	29.6	38.5	45	26	23.1
2 - 2.9	45	63	46.2	50	59.2	61.6
3 ó MAS	10	7.4	15.3	5	14.8	15.3

APROXIMACION PARTICIPATIVA						
PUNTAJE	PORCENTAJE COGNITIVO 0-4	PORCENTAJE COGNITIVO 5-10	PORCENTAJE COGNITIVO 12-38	PORCENTAJE CONDUCTUAL 0-4	PORCENTAJE CONDUCTUAL 5-10	PORCENTAJE CONDUCTUAL 12-38
1 - 1.9	70	22.2	46.2	45	11.1	47
2 - 2.9	27.5	74	46.2	52.5	70.4	53
3 ó MAS	2.5	3.7	7.6	2.5	18.5	0

ANEXO 5

**TABLA 5 RESULTADOS DEL INSTRUMENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE AFRONTAMIENTO**

POR RANGO DE SEVERIDAD						
EVITACION O ESCAPE						
PUNTAJE	PORCENTAJE COGNITIVO QUIMIOTER.	PORCENTAJE COGNITIVO RADIOTER.	PORCENTAJE COGNITIVO MIXTO	PORCENTAJE CONDUCTUAL QUIMIOTER.	PORCENTAJE CONDUCTUAL RADIOTER.	PORCENTAJE CONDUCTUAL MIXTO
1 - 1.9	41.2	37.9	35.3	41.2	31	29.4
2 - 2.9	47	48.3	64.7	50	58.6	58.8
3 ó MAS	11.8	13.8	0	8.8	10.4	11.8

APROXIMACION PARTICIPATIVA						
PUNTAJE	PORCENTAJE COGNITIVO QUIMIOTER.	PORCENTAJE COGNITIVO RADIOTER.	PORCENTAJE COGNITIVO MIXTO	PORCENTAJE CONDUCTUAL QUIMIOTER.	PORCENTAJE CONDUCTUAL RADIOTER.	PORCENTAJE CONDUCTUAL MIXTO
1 - 1.9	47	62	41.2	32.4	37.9	23.6
2 - 2.9	50	34.5	53	61.8	58.6	58.9
3 ó MAS	3	3.5	5.8	5.8	3.5	17.7

ANEXO 5

**TABLA 6 RESULTADOS DE LA MUESTRA TOTAL DE CANCER
DEL INSTRUMENTO**

POR RANGO DE SEVERIDAD		
APROXIMACION PARTICIPATIVA		
PUNTAJE	PORCENTAJE COGNITIVO	PORCENTAJE CONDUCTUAL
1 - 1.9	50	32.5
2 - 2.9	45	60
3 ó MAS	5	7.5

EVITACION O ESCAPE		
PUNTAJE	PORCENTAJE COGNITIVO	PORCENTAJE CONDUCTUAL
1 - 1.9	38.8	35
2 - 2.9	51.2	55
3 ó MAS	10	10

TABLA 1 PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA EN AMBAS POBLACIONES SEGUN FACTOR

	PACIENTES CON CANCER		INDIVIDUOS SANOS	
NUM. FACTOR	EIGENVALOR	VARIANZA EXPLICADA (%)	EINGENVALOR	VARIANZA EXPLICADA (%)
1	7.11998	23.7	5.70713	19.0
2	2.37292	7.9	2.97975	9.9
3	1.84144	6.1	2.09949	7.0
4	1.69427	5.6	1.81294	6.0
5	1.65112	5.5	1.67534	5.6
6	1.61879	5.4	1.50196	5.0
7	1.3245	4.4	1.37161	4.6
8	1.22496	4.1	1.34379	4.5
9	1.20327	4.0	1.29718	4.3
10	1.02942	3.4	1.0295	3.4
TOTAL		70.3		69.4

N= 160. METODO DE PC, ROTACION VARIMAX

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA-UNAM
PSICOLOGÍA**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN No. _____	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
FECHA DE APLICACION: ____ / ____ / ____	OCCUPACION: _____
NOMBRE: _____	EDAD: _____ SEXO (F) (M) EDO. CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____	E. S. E. _____ LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____
TIPO DE TX: _____	TIEMPO (MESES) EN TX: _____
No. DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS: _____	DIAGNOSTICO: _____
HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO? (S) (N)	

INSTRUCCIONES:

LAS FRASES Y ORACIONES QUE SE PRESENTAN ABAJO DESCRIBEN ACCIONES Y SENTIMIENTOS QUE MUCHAS PERSONAS HACEN O TIENEN EN CONDICIONES SIMILARES A LAS DE UD., LE AGRADECEREMOS ANOTAR EN EL PARÉNTESIS QUE CORRESPONDA DE ACUERDO A LA FRECUENCIA CON LA QUE HACE, SIENTE O LE OCURRE ALGO SIMILAR A LO QUE SE PROPONE EN CADA ORACIÓN.

LA INFORMACIÓN QUE UD. NOS PROPORCIONE SERÁ DE USO CONFIDENCIAL Y AYUDARÁ A MEJORAR LOS SERVICIOS Y ATENCIÓN QUE ESTA INSTITUCIÓN DE SALUD LE PROPORCIONA, POR LO QUE AGRADECEREMOS SU DISPOSICIÓN Y SINCERIDAD DE SUS RESPUESTAS. INTENTE UTILIZAR LO MENOS POSIBLE LA OPCIÓN DE RESPUESTA "NUNCA" YA QUE ESTA NOS DARÍA MUY POCOA INFORMACIÓN PARA EL LOGRO DE NUESTROS OBJETIVOS.

SINCERAMENTE, AGRADECEREMOS SU VALIOSA COOPERACIÓN.

	NUNCA	OCASIONALMENTE	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
1. CREO QUE OCUPO MUCHO TIEMPO PREOCUPÁNDOME EN MI ENFERMEDAD	()	()	()	()
2. PENSAR QUE MI ENFERMEDAD NO TIENE REMEDIO ME DESESPERA	()	()	()	()
3. ACTUALMENTE, ME PREOCUPA MAS NO TENER DINERO	()	()	()	()
4. SIENTO QUE LA VIDA ME HA DADO TODO LO POSITIVO QUE MEREZCO	()	()	()	()
5. CREO QUE LO PEOR QUE ME HA OCURRIDO EN LA VIDA ES HABER LLEGADO A MI ACTUAL SITUACIÓN	()	()	()	()
6. CREO QUE TENGO DOLENCIAS QUE NO TIENEN RELACIÓN CON MI ENFERMEDAD	()	()	()	()
7. MANTENGO, SIN QUERERLO, UNA ATENCIÓN EXAGERADA A LOS SÍNTOMAS DE MI ENFERMEDAD	()	()	()	()
8. CREO QUE LA SUPERACIÓN DE MI ENFERMEDAD DEPENDE DE LA VOLUNTAD DE OTROS	()	()	()	()
9. TIENDO A BUSCAR ACTIVIDADES QUE ME HAGAN SENTIR BIEN O ME DISTRAIGAN	()	()	()	()
10. SOLO CUANDO TENGO GENTE A MI ALREDEDOR PUEDO OLVIDAR MIS PROBLEMAS DE SALUD	()	()	()	()
11. ME SIENTO SATISFECHO CON LO QUE HASTA EL MOMENTO HE REALIZADO EN MI VIDA	()	()	()	()
12. SIENTO QUE MIS FAMILIARES SON INDIFFERENTES CONMIGO	()	()	()	()

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA-UNAM
PSICOLOGIA**

13.ME GUSTARÍA PODER ESTAR MAS TIEMPO SOLO QUE ACOMPAÑADO DE OTROS	()	()	()	()
14.SIENTO QUE DIOS ME HA CASTIGADO A TRAVÉS DE MI ENFERMEDAD	()	()	()	()
15.NO ENCUENTRO LA FORMA DE SOLICITAR EL APOYO DE MIS AMIGOS	()	()	()	()
16.SIENTO EL APOYO DE MI PAREJA O PADRES EN LA DECISIONES QUE TOMO	()	()	()	()
17.CREO QUE MI VIDA SOCIAL ES ESCASA Y POBRE ACTUALMENTE	()	()	()	()
18.NO IMPORTA QUE TANTO ME ESFUERCE, NO LOGRO SER AGRADABLE PARA MUCHA GENTE	()	()	()	()
19.YA NO VALE LA PENA HACER COSAS QUE ANTES DE MI ENFERMEDAD HACIA	()	()	()	()
20.CREO QUE SOLO VALE LA PENA ACUDIR AL MEDICO CUANDO ME SIENTO MAL	()	()	()	()
21.SIENTO QUE TODO LO QUE DESEO LO PUEDO LOGRAR A TRAVÉS DE MI ESFUERZO	()	()	()	()
22.CREO QUE MUCHAS COSAS ESCAPAN DE MI CONTROL	()	()	()	()
23.SIENTO QUE NO MEREZCO QUE LA GENTE OIGA TODO LO QUE PIENSO O DESEO	()	()	()	()
24.ACTUALMENTE SE ME DIFICULTA SER MAS POSITIVO QUE ANTES	()	()	()	()
25.ACTUALMENTE, SE ME HACE MAS DIFÍCIL ALEJAR DE MI PENSAMIENTOS QUE ME HACEN SENTIR MAL	()	()	()	()
26.CREO QUE SON MAS MIS ACIERTOS EN LA VIDA QUE LOS ERRORES COMETIDOS	()	()	()	()
27.EL FUTURO CERCANO LO VEO MUY NEGRO	()	()	()	()
28.SIENTO UN VACIO EN MI CORAZÓN	()	()	()	()
29.SIENTO QUE DISFRUTO MUCHAS COSAS DE LA VIDA	()	()	()	()
30.TODO SE PUEDE LOGRAR SI SE TIENE DESEOS	()	()	()	()